



T.C.
DICLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI

**DICLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK
YOĞUN BAKIM SERVİSİNE SUİSİD NEDENİYLE
KABUL EDİLEN ADÖLESAN OLGULARIN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fırat CAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR-2016



T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK
YOĞUN BAKIM SERVİSİNE SUİSİD NEDENİYLE
KABUL EDİLEN ADÖLESAN OLGULARIN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fırat CAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ayfer GÖZÜ PİRİNÇÇİOĞLU

DIYARBAKIR-2016

İÇİNDEKİLER

	Sayfa Numarası
ÖNSÖZ	I
ÖZET	II
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	IV
GRAFİKLER LİSTESİ	V
TABLolar LİSTESİ	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 İntiharın Tanımı	3
2.2 İntihar Girişiminin Tanımı	4
2.3 İntihar Davranışlarının Sınıflandırılması	5
2.3.1 Durkheim Sınıflaması	5
2.3.2 Baechler Sınıflaması	6
2.3.3 Shneidman Sınıflaması	7
2.4. İntiharın Epidemiyolojisi ve İlişkili Faktörler.....	7
2.5. Demografik Özellikler	9
2.5.1. Yaş	10
2.5.2. Cinsiyet	11
2.5.3. Irk	12
2.5.4. Din	13
2.5.5. Eğitim	15
2.5.6. Meslek	16
2.5.7. Medeni durum	17
2.5.8. Fiziksel Hastalıklar	18

2.5.9. Alkol Kullanım Bozuklukları	19
2.5.10. Diğer Madde Kullanım Bozuklukları	20
2.5.11. Ailesel Risk Faktörleri	21
2.6. Coğrafi Etkenler	21
2.7. Daha Önceki Özkıyım Girişimleri	22
2.8. İntiharda Toksikoloji	22
2.9. Etyoloji	24
2.9.1. Biyolojik ve Genetik yaklaşım	24
2.9.2 Psikolojik Faktörler	26
2.10. Ergenlik Dönemi ve Özellikleri ile İlgili Kuramsal Açıklamalar	28
2.10.1. Ergenliğin Tanımı	28
2.10.2. Ergenlikte Fiziksel Gelişim	31
2.10.3. Ergenlikte Bilişsel ve Sosyal Gelişim	35
2.10.4. Ergenlikte Duygusal Gelişim	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ	75
7. KAYNAKÇA	77

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Celal Devecioğlu başta olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Ali Taş, Prof. Dr. Kenan Haspolat, Prof. Dr. Mehmet Fuat Gürkan, Prof. Dr. Aydın Ece, Prof. Dr. Murat Söker, Prof. Dr. Gökhan Baysoy, Doç. Dr. Ayfer Gözü Pirinçcioğlu, Doç. Dr. Meki Bilici, Doç. Dr. İlyas Yolbaş, Doç. Dr. Selvi Kelekçi, Doç. Dr. Mustafa Taşkesen, Doç. Dr. Müsemma Karabel, Doç. Dr. Velat Şen, Doç. Dr. Alper Akın, Doç. Dr. Ünal Uluca, Doç. Dr. Fikri Demir, Yrd. Doç. Dr. İlhan Tan, Yrd. Doç. Dr. Ali Güneş, Yrd. Doç. Dr. Fesih Aktar, Yrd. Doç. Dr. Sabahattin Ertuğrul, Yrd. Doç. Dr. Servet Yel, Uzm. Dr. Sevgi Yavuz, Uzm. Dr. Ruken Yıldırım, Uzm. Dr. Veysiye Hülya Üzel, Uzm. Dr. Edip Unal, Uzm. Dr. Hasan Balık ve Uzm. Dr. Mehmet Türe'ye şükranlarımı sunarım. Yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Ersin KILIÇ'a teşekkür ederim.

Tez çalışmamın planlaması, yönlendirilmesi ve hazırlanmasında katkılarından dolayı değerli tez hocam Doç. Dr. Ayfer GÖZÜ PİRİNÇÇİOĞLU'na teşekkür ederim. Birlikte çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma ve hastane çalışanlarına özverili çalışmalarından ötürü teşekkür ederim. Aileme yoğun iş temposunun olduğu dönemlerde bana katlandıkları için ve desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Dr. Fırat CAN

ÖZET

Giriş ve Amaç: Adölesanlarda suisid; genetik ve biyolojik yatkınlığın, çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların rol aldığı ve sosyokültürel faktörlerin önemli etken olduğu, yoğun bakım servislerini sıkça işgal eden, bireysel ve toplumsal ciddi problemlere yol açan bir davranış problemidir. Ergen yaş grubunda ilaç ile suicidal girişimde bulunmuş hastaların sosyodemografik özelliklerini tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 2003 Ocak – 2016 Mayıs ayları arasında ilaç ile suicidal girişimde bulunmuş ve yoğun bakım servisimize yatırılmış olan adölesan yaş grubundaki 50 hastayı aldık. Hastalar cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, Diyarbakır il sınırı içi/dışından olmak üzere nerden geldiği, merkez/kırsaldan mı olduğu, aldıkları tablet sayısı ve ilaç çeşitleri, daha önceden psikiyatrik tanılarının olup olmaması, daha önceden intihar girişimi olup olmaması, başvuru mevsimi, ailede intihar girişiminde bulunan olup olmadığı, sigara/alkol ve diğer madde kullanıp kullanılmaması yönünden incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 41 i kız ergen, 9 u erkek ergendi. Yaş ortalaması 13,8 , en küçüğü 11, en büyüğü 16 yaşındaydı. Hastaların 13 ü lisede 28 i ortaokulda, 8 i okulu terk etmiş, 1 i ise hiç okula gitmemişti. Vakaların 42 si Diyarbakır'dan, 8 i Diyarbakır dışından gelmişti. Hastaların % 68 i il merkezinden , % 18 i ilçeden, % 14 ü köyden geliyordu. Hastaların % 84 ü sigara kullanmıyor, % 16 sı ise kullanıyordu. Ergenlerin tümü alkol ve uyuşturucu madde çeşitlerini kullanmadığını belirtti. Hastaların sadece 6 sının daha önceden psikiyatrik rahatsızlık tanısıyla takip edildiği görüldü. Hastaların 40'ının ebeveynleri birlikte yaşıyorken, 10 u ölüm/boşanma gibi sebeplerden dolayı ayrıydı. Ergenlerin suicidal amaçlı en sık aldığı ilaç grupları analjezikler, antibiyotikler ve antidepresanlar olarak tespit edildi. Hastaların % 18 i depresif atak, % 46 sı impulsif girişim, % 8 i ise dikkat çekme amaçlı girişimde bulunmuştu.

Sonuç: Yoğun bakım servisine yatırılıp takip edilen suicidal girişimde bulunmuş ergenlerin sosyodemografik özelliklerini tespit ederek, intihar girişimine zemin hazırlayan faktörlerin azaltılmasına yönelik yapılacak çalışmalara katkı sunmayı amaçladık.



ABSTRACT

Introduction and Aim: Adolescents suicide is caused by genetic and biological vulnerabilities, sociocultural factors and variety of psychiatric disorders and it is often occupy our intensive care. It is also a behavioral problems that lead to serious personal and social problems. In this study, we aimed to determine the socio-demographic characteristics of the adolescent patients attempted suicide by drugs.

Materials and Methods: In our study, we examined 50 patients in the adolescent age who have been admitted to intensive care between the months 2003 January -2016 May, because of the suicide attempts by drugs. Patients were analyzed according to sex, age group, education levels, their income level, living in or out of Diyarbakir, living at center or rural, number of tablets taken, drug varieties, previous psychiatric diagnosis, previous suicide attempt, refer to the season, according to the use smoking / alcohol / drugs and the feature of family.

Results: 41 of the patients were female, 9 were males. The average age of 13.8, the youngest 11, the oldest was 16 years old. 13 patients in the high schools, 28 is in secondary schools, 8 patient was abandoned and one did not go to school at all. 42 cases live in Diyarbakir, 8 patient come from out of Diyarbakir. 68% of patients from the city center, 18% of patient are from the county, 14% was from the village. 84% of the patients werent smokers, 16% were smoking. None of adolescent use alcohol and drug. Only 6 patient had previously diagnosed psychiatric disorders. 40 of the patients were alive with their parents, 10 were separate reasons such as divorce / death. Most commonly taken drugs by adolescents for suicid are analgesics, antibiotics and antidepressants. 18% of patients who were diagnosed with depressive episodes, 46% impulsive interference and 8% of patient attempts have been aimed at drawing attention.

Discussion and Conclusion: We aim to contribute the work to be done to reduce the predisposing factors to suicide attempt by identifying the socio-demographic characteristics of adolescents admitted to the intensive care unit due to suicidal attempts.

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	39
Grafik 2: Yaşa Göre Dağılım	42
Grafik 3: Hastaların Eğitim Seviyelerine Göre Sınıflandırılması	43
Grafik 4: Hastaların Diyarbakır ve Diğer İllerden Gelmelerine Göre	43
Sınıflandırılması	
Grafik 5: Hastaların Köy / İlçe ve Şehirden Gelmelerine Göre Sınıflandırılması	44
Grafik 6: Hastaların Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi	47
Grafik 7: Hastaların Kardeş Sayılarına Göre Değerlendirilmesi	49
Grafik 8: Hastaların Hane Kişi Sayısına Göre Değerlendirilmesi	50
Grafik 9: Hastaların Özel Odaya Sahip Olmalarına Göre Değerlendirilmesi	52
Grafik 10: Annelerin Eğitim Seviyelerinin Değerlendirilmesi	52
Grafik 11: Babaların Eğitim Seviyelerinin Değerlendirilmesi	53
Grafik 12: Hastaların Ebeveyn Durumunun İncelenmesi	53
Grafik 13: Hastaların Aldıkları İlaç Miktarının Değerlendirilmesi	56
Grafik 14: Hastaların İntihar Girişimlerinin Mevsimlere Göre İncelenmesi	57
Grafik 15: Hastaların Aldıkları Psikiyatrik Tanıların İncelenmesi	58
Grafik 16: Alınan İlaç Türlerinin İncelenmesi	58

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1	Erkeklerde Genital Organların Ve Pubik Kılımların Gelişimi	33
Tablo 2	Kızlarda Memelerin Ve Pubik Kılımların Gelişimi	34
Tablo 3	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Aldıkları ilaç miktarı	39
Tablo 4	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Eğitim Seviyeleri	40
Tablo 5	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Gelir Düzeyleri	40
Tablo 6	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Özel Odaya Sahip Olup – Olmadıklarının Karşılaştırılması	40
Tablo 7	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikiyatrik Rahatsızlığa Sahip Olup Olmadıklarının Karşılaştırılması	41
Tablo 8	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tekrar Suisid Sayıları	41
Tablo 9	Cinsiyet İle Ailede Suisidal Girişimde Bulunan Kişi Varlığı Arasındaki İlişki	41
Tablo 10	Hastaların Yaşadıkları Yer İle Eğitim Seviyelerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi	44
Tablo 11	Hastaların Köy/İlçe Veya Şehirden Gelmeleri İle Tekrar Suisid Girişiminde Bulunmaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	45
Tablo 12	Hastaların Köy/İlçe Veya Şehirden Gelmeleri İle Psikiyatrik Rahatsızlıklara Sahip Olmaları Arasında İlişki	45
Tablo 13	Hastaların Köy/İlçe Veya Şehirden Gelmeleri İle Aldıkları İlaç Miktarının Değerlendirilmesi	46
Tablo 14	Hastaların Eğitim Seviyeleri İle Psikiyatrik Bir Rahatsızlığa Sahip Olmaları Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi	46
Tablo 15	Hastaların Gelir Düzeyleri İle Daha Önceden Psikiyatrik Bir Rahatsızlığa Sahip Olmaları Arasındaki İlişki	47
Tablo 16	Hastaların Psikiyatrik Rahatsızlığa Sahip Olmasıyla, Ailelerinde Girişimde Bulunan Birinin Olması Arasındaki İlişki	48
Tablo 17	Hastaların Psikiyatrik Rahatsızlığa Sahip Olmasıyla Tekrar İntihar Girişiminde Bulunmaları Arasındaki İlişki	48
Tablo 18	Ailesinde Girişimde Bulunan Ve Bulunmayan Hastaların Suisidal Girişim Sayıları Açısından Karşılaştırılması	48

Tablo 19	Hastaların Gelir Seviyesine Göre Eğitim Düzeylerinin Değerlendirilmesi	49
Tablo 20	Hane Kişi Sayısı İle Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığının Değerlendirilmesi	50
Tablo 21	Hane Kişi Sayısı İle Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	51
Tablo 22	Hane Kişi Sayısı İle Ailede Suisidal Girişimde Bulunan Birey Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	51
Tablo 23	Ebeveyn Durumu İle Hastaların Eğitim Seviyelerinin İncelenmesi	54
Tablo 24	Psikiyatrik Rahatsızlık Tanısı Alan Çocukların Ebeveyn Durumlarının Değerlendirilmesi	54
Tablo 25	Ebeveyn Durumu İle Hastaların Suisidal Girişim Sayılarının Değerlendirilmesi	54
Tablo 26	Ebeveyn Durumu İle Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığının İncelenmesi	55
Tablo 27	Ebeveyn Durumu İle Ailede Suisidal Girişimde Bulunan Birey Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	55
Tablo 28	Suisid Girişim Sayısı İle Alınan İlaç Miktarının Değerlendirilmesi	56



GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar girişimi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, özellikle de adölesan yaş grubunda önemli bir tıbbi ve sosyal sorun olarak gözlemlenmekte ve de son yıllarda artmış olarak tespit edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırarak gerçek intiharları ölümle sonuçlananlar olarak belirlemektedirken, İntihar girişimlerini ise bireyin kendisine zarar vermek, zehirlenmek ve de yok etmek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik fakat ölümle sonuçlanmayan tüm istemli girişimler olarak açıklamaktadır.

Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım biçimi vardır. Bunlar aslında çeşitli psikiyatrik kuramlara bağlı olarak ortaya atılırlar ve o kuramın kuralları çerçevesinde intiharlar açıklanmaya çalışılır. Bunlardan en önemlileri Durkheim, Baechler ve Shneidman kuramlarıdır.

Ergenlik çağı kişinin değerler sisteminin henüz yeni yerleşmeye başladığı, sosyal bir statü elde etmeye çalıştığı, kişinin fiziksel ve ruhsal değişimleriyle başa çıkmaya çalıştığı, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden dengesizlik ve karmaşanın yaşandığı bir dönemdir. Bu yüzden ergenler bu dönemdeki güçlükler karşısında kolayca yılmınlığa düşebilir ve yaşamdan vazgeçmeyi bir çıkış yolu olarak görebilirler. (Sayar, 2004).

İntihar girişimleri birçok psikiyatrik rahatsızlıklar ve sosyodemografik faktörler ile nedensel ilişki içindedir. İntihar girişimleri, intihar sonucu ölüm açısından önemli bir risk etkeni olduğu için intihar girişimleri ile ilişkili sosyodemografik özelliklerin, intihar girişimi türleri ve sonuçlarının çok iyi bilinmesi gerekmektedir.

Ergenlik döneminde intihar davranışı için risk etkenlerinin başında kronik hastalık, önceki intihar girişimleri, aile içi şiddet, ebeveynlerin boşanmış olması, ailede psikiyatrik rahatsızlık veya benzer suisidal girişim olması, düşük gelir düzeyi, madde kötüye kullanımı gelmektedir. İntihar girişiminde bulunan adölesanların ailelerinde de yüksek oranlarda intihar davranışı, ailede psikiyatrik rahatsızlık varlığı, alkol veya madde kullanımı olduğu ve bir ebeveyn kaybını (boşanma ya da ölümle) daha fazla yaşadıkları tespit edilmiştir. Daha önceki intihar girişimlerinin varlığı risk arttırıcı bir

etmemdir ve tekrarlayan giriřimler intihar dūřüncesinin önemli boyutta olduđunu dūřündüremelidir. Ergenlerle ilgili diđer risk faktörleri arasında aile ilgili etkenler olumsuz yařam olayları ve sosyal iliřki problemleri de bildirilmektedir.

Biz bu çalışmada; ilaç alımı ile intihar girişiminde bulunma sebebiyle acil servisimize başvuran ve yoğun bakım servisimizde yatırılarak takip edilen adölesanların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlıyoruz.



GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın Tanımı

İntihar genelde sadece ölümle neticelenmiş olaylar olarak düşünölmekteyken, intihara sadece bu bakış açısıyla bakıldığında bireyleri kendini öldürmeye götüren süreç göz ardı edilmekte ve tanımın kendisi intihar olayının bütün yönlerini kapsamaya yeterli olmamaktadır (1).

Asırlar boyunca intihar etmek, ruhsal hastalık, günah, zayıflık, korkaklık, kahramanlık, cesaret, delilik, suç bazen de onurlu bir davranış olarak farklı toplumlarda oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Bu yorum farklılığın sebebi ise insanın isteyerek ve kasten kendi canına kıymasının toplumdan topluma, din, hukuk, kültür ve zamana örf, adet, gelenek ve göreneklere göre değişebilmesinden kaynaklanmaktadır [2].

İntihar bilimine suicidology denir. Suicide (intihar) kavramı latin kökenli kelimelerden oluşur ve ‘insanın kendi kendini öldürmesi’ manasına gelen ‘sui’ yani ‘ben’ ve ‘cedere’ yani öldürmek anlamına gelen iki kelimenin birleşmesi sonucu ‘suicedere’den İngilizce’ye suicide şeklinde geçmiştir [3].

Dilimize ise ilk olarak Tanzimat döneminde Türkçe’ye çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu kelime Arapça’da ise göğüs, göğüse vurma, deveyi boğazlama, gırtlak bıçakla kesme, kurban anlamlarına gelen “**nahr**” kökünden türemiştir [4]. Yine son dönemlerde bazı eserlerde ise intihar yerine özkıyım ya da özekıyım gibi kavramlarda kullanılmaya başlanmıştır [5].

Littre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak açıklamaktadır. Littre’ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanın da eylemini intihar olarak kabul etmek gerekir. Durkheim ise kaza ile olma şartını tanımın dışına çıkarmakta ve insanın kendisini ölüme götüreceğini bilerek yaptığı eylemi intihar olarak tanımlamaktadır. [6]. Durkheim intiharı, “ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu veya olumsuz bir girişimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her türlü ölüm olayı intihardır” diye tarif etmektedir. [7]. Delmas intiharı, insanın yaşamla ölüm arasında bir seçim yapabileceği durumda her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşip ölümü tercih

edip kendini öldürmesi olarak tarif etmiştir. Kişinin sebep olduğu, fakat tam iradeli ve istekli olmayan ölüm isteği şekillerine ise sözde intihar (pseudo suicide) adını verir. De Fleury intiharı “Gerçek intihar sayılan davranışta, insan yaşamak isteyeceği yerde, şiddetle ölmek ister, bir bakıma ölüme susamıştır” diyerek tanımlamaktadır [8].

Dünyadaki intiharlara bakıldığında, günde ortalama 1000 kişinin intihar nedeniyle öldüğü, 42 saniyede bir kişinin ise intihar girişiminde bulunduğu gözlemlenmiştir [9]. İntihar davranışı terimi yaygın olarak kullanılmakta ve intihar davranışı terimiyle, düşünceyle başlayıp ölümlle neticelenen bir davranış süreci anlatılmaktadır. İntihar davranışı terimiyle tamamlanmış intihar, intihar girişimi, intihar düşüncesi anlatılmak istenmektedir [10]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır [11-13]. WHO 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır [6].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) da, 2011’de intihar sonucu ölüm sayısını 2677 olarak bildirmiş olup, bu ölümlerin büyük çoğunluğunu 15-19 yaş aralığındaki gençlerin oluşturduğu görülmektedir (14).

2.2. İntihar Girişiminin Tanımı

WHO intihar girişimini “söz konusu birey tarafından bilinçli olarak başlatılan ve yapılan, bireyin kendisine zarar vermesine sebep olan ya da başkalarının müdahalesi olmadığında bu şekilde sonuçlanan, yada genellikle belirlenen tedavi dozajı üzerinde bir madde alındığında ölümlle sonuçlanmayan alışılmadık bir olay” olarak tanımlamaktadır.

İntihar girişimi kişinin kendisine zarar vermek, kendisini yok etmek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan olaylardır [15,16]. İntihar girişimi, tamamlanmış intiharlardan 10- 40 kat daha sık görülmekte olup tekrarı açısından en önemli risk etkenidir [17, 18]. İntihar girişimlerinin yaklaşık %5’i ciddi, %30’u ambivalan (ölmeyi hem ister hem de istemez) ve %65’i gösteriş içindir [19]. İntihar girişiminde bulunan kişi gerçekten ölmek amacıyla olabileceği gibi, bu girişimiyle acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir [20].

Yine TÜİK'in İzmir'de yaptığı bir araştırmada, 2012 yılında tüm intihar girişimlerinin %44.9'unun 15-24 yaş aralığındaki gençlerde gerçekleştiği saptanmıştır (21).

2.3. İntihar Davranışlarının Sınıflandırması

Beck, Resnick ve Lettieri (1974), günümüzde intihar davranışlarına yönelik yaptığı sınıflandırmada üç temel kategori belirlemiştir. Bu kategoriler; tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesinden oluşmaktadır. Tamamlanmış intihar; kişinin kendi isteğiyle hayatını tehdit edici bir davranışta bulunmasını ve bu davranışının ölümle sonlanmasını içermektedir. İntihar girişimi; kişinin hayatını tehlikeye atacak bir davranışta bulunması veya bu amacı taşıyor izlenimini yaratacak şekilde davranması ve bu intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanmaması olarak tarif etmektedir. İntihar düşüncesi ise, kişinin, kendini öldürmeye yönelik açık bir davranış olmaksızın, intihar riskini çağrıştıracak gözlenebilir düşünceler ve davranışlar içerisinde olmasını ifade etmektedir (22).

2.3.1. Durkheim sınıflaması

Durkheim her toplumun kendine özgü olan ve büyük toplumsal dönüşümler ya da olağan dışı durumlar olmadıkça durağan kalan bir, toplumsal intihar oranı bulunduğunu belirtmiş, toplumda meydana gelen bunalımlar, devrim hareketleri, savaşlar vb. durumların toplumdaki intihar oranlarını düşürdüğünü belirtmiştir. Çünkü bu gibi durumlarda kolektif bilinç, bireysel bilinci sarmakta ve bütünleşmeyi sağlamaktadır (23). Durkheim'in yüzyılı aşkın bir süre önce yayınladığı eserinde, sosyal değişimin etkisi ve sosyal bütünleşme düzeylerine dayanarak, intiharı üç şekilde incelediği bilinmektedir (7).

Bencil (Egoistik) intiharlar: Bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşememesi sonucu oluşan ve daha çok bireyin kendini yalnız hissettiği dönemlerde görülen intihar olayı olarak tanımlanmaktadır. Durkheim'a göre aile bağlarının zayıflamasıyla bencil intihar olayları artış göstermektedir ve aile bağlarının derecesi belirleyici temel etken durumundadır. Bireyi kendi başının çaresine bakmak durumunda bırakan etkenler ne kadar çoğalırsa, intihar olaylarının da o ölçüde arttığı vurgulanmaktadır. Siyasal ve

ulusal büyük bunalımlar sırasında toplumda bütünleşme arttığından ve bireylerin toplumsal sorunlara etkin "katılımları" yoğunlaştığından, intihar oranlarının düştüğü gözlenmektedir. İntiharın bireyin aileye, dine, devlete olan bağlılıkla ters orantılı olduğu belirtmektedir.

Elcil (Altruistik) intiharlar: Bireyin kendi başına bırakıldığı durumlarda bencil intiharı artmış olmasına karşın, aşırı toplumsal bütünleşmişliğin de elcil intiharı kolaylaştırdığını öne sürmektedir. Bu ikinci durumda birey yaşamının âdetler, gelenekler ve alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğuna, topluluğun (ister dinsel, isterse siyasal nitelikte olsun) buyrukları gerektirdiğinde, bireylerin düşünmeden kendilerini öldürdüklerine işaret etmektedir.

Kuralsızlık (Anomik) intiharları: Toplumsal bunalımların yaşanması sonucu, bireyin davranışlarında uyulacak kuralların, ölçülerin bulunmamasından dolayı oluştuğu belirtilmektedir. Durkheim'a göre ekonomik krizler bu tür intiharlara iyi bir örnektir. Bu intihar türü, bireylerin davranışlarını düzenleyecek kural ve ölçülerin bulunmaması karşısında, Durkheim'ın deyişiyle "bireyin ufkunun ya aşırı genişlemesinin, ya da aşırı biçimde daralmasının sonucu olmaktadır". Bu durumlara örnek olarak Durkheim beklenmedik zenginleşme ile boşanma durumlarını göstermektedir. Toplumun yapısında meydana gelen değişikliğin bireyin yaşam koşullarını, manevi değerlerini altüst ederek kargaşaya neden olması bu intihardaki temel faktördür.

2.3.3. Baechler sınıflaması

Saldırganlık intiharları: Başkalarına yönelik duygular yüzünden meydana gelmektedir. Dört alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; başkalarından öç almak için yapılan *intikam* intiharları, başkalarını etkilemek için yapılan şantaj intiharları, kişinin hem kendini, hem de başkasını öldürdüğü cinayet intiharları ve kişinin çevreye sinyal vererek yardım talep ettiği intiharlardır.

Kaçma intiharları: Bireyin çözümsüz olarak gördüğü bir durumdan ya da sorundan kaçmak isteği ile ilişkilendirilmiş intiharlardır. Dayanılmaz bir durumdan kaçmak için gerçekleştirilen kaçış intiharları; bir kayıp sonrası gerçekleştirilen yas

intiharları; kişinin bir hata veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen ceza intiharları biçiminde üç alt tipi tanımlanmıştır.

Oyun intiharları: Bireyin hayatı dolu dolu yaşarken, riskli davranışlar sonucu ortaya çıkan ölüm olayları olarak belirtilmektedir. Oyun intiharlarıyla birey, yaşamda daha fazla heyecan, mutluluk vb. duyguları tatmak için ölümlerle sonuçlanabilecek eylemlere girişmektedir. İki alt tipi tanımlanmaktadır. Bunlar; kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği dayanıklılık denemesi intiharları ve bireyin yaşamı riske atan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği oyun intiharlarıdır

Adanma intiharları: İki alt tipi mevcuttur. Bunlar; kişinin kendi değerini arttırmak için kendini bir şeye adanmak için gerçekleştirdiği kurban intiharları ve kişinin kendini yüceltirmek (şehitlik mertebesine ulaşmak gibi) için gerçekleştirdiği intiharlardır (24).

2.3.2. Shneidman sınıflaması

1-Bencil (egotic) intiharlar: Bilinçsel daralma, sabit düşünme, dünyaya at gözlüğüyle bakma gibi işlevsel olmayan özelliklerden kaynaklandığı gibi; kişinin depresyonda kendisini aşağılaması, sadece kendi mutsuzluğu, sıkıntıları ve çektiği acılar üzerinde yoğunlaşması, ruhsal süreçlerden de kaynaklanabildiği vurgulanmaktadır.

2-Çiftli (dyadic) intiharlar: Burada bireyin ilişki bağlamında yaşadığı hayal kırıklıkları, öfkesi, mutsuzlukları, engellenmeleri ve doyurulmayan istekleri bireyin kendi canına kıymaya neden olduğu vurgulanmaktadır.

3-Soyutlanma (ageneratic) intiharları: Kişinin çevresindekilerden, kendi soyundan ve belki de tüm insanlıktan soyutlanması (yalnızlık intiharları) olarak tanımlanmaktadır [25].

2.4. İntiharın Epidemiyolojisi ve İlişkili Faktörler

Dünya Sağlık Örgütü (2009) verilerine göre her 40 saniyede bir kişi intihar etmekte, yılda ise ortalama 1 milyon insan intihar sebebiyle ölmektedir. Örgüte üye olmayan pek çok ülkenin bulunması, üye ülkelerden gelen oranların düzenli olmaması

gibi sebeplerle oranların resmi olarak açıklanandan daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Pek çok ülkede intiharın tabu olarak görülmesi ve damgalanma kaygısı ile de kayıtların gerçeği yansıtmayabileceği düşünülmektedir (26).

İntihar sonucu meydana gelen ölüm olaylarının sayısı ülkemizde de giderek artmaktadır. TÜİK verilerine göre 2012 yılında her gün yaklaşık 9 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade eden kaba intihar hızı 2012 yılı için yüz binde 4,29 olarak rapor edilmiştir. Cinsiyet ayrımına göre incelendiğinde ise erkek intiharları kadın intiharlarının yaklaşık olarak 3 katı olarak bildirilmiştir. Ancak ülkemizde intihara ilişkin tutum ve değerler bazı intihar olgularının kayıtlara geçirilmesini engelliyor ve yayınlanan veriler gerçeği yansıtmıyor olabilir (27).

Adölesan döneminde görülen intiharlar da hem ülkemizde hem de dünyada gün geçtikçe sayısı artan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) intihar, 10-14 yaş grubu ergenler arasında kazalar, kanser ve cinayetlerin ardından dördüncü ölüm nedeni olarak sayılırken, 15-24 yaş grubundaki ergenler arasında ise kazalar ve cinayetlerin ardından intihar üçüncü ölüm nedeni olarak sayılmaktadır. Aynı zamanda 1950'li yıllardan bu yana 15-19 yaş arası ergenlerde intihar oranının %35 arttığını belirtmektedir (28).

Türkiye'de ise intihar girişiminde bulunanların ve intiharı gerçekleştirenlerin oranı Avrupa ülkelerine göre daha düşük olmakla birlikte intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır (29).

ABD'de 1996 yılında 10-14 yaş arasındaki ergenlerin 298'i intihar ederken Türkiye'de her yıl 5-14 yaş grubunda 40-50 çocuğun intihar ettiği; Aynı yıl ABD'de, 15-19 yaş arasındaki ergenlerin 1817'si intihar ederken Türkiye'de bu oranların, 200-400 arasında değiştiğini belirtmektedir (28,30).

Ancak, Türkiye'de intihar girişimlerine ilişkin sistemli ve güvenilir veriler olmadığından bahsedilmektedir (31). Yurtdışında da inkar ve sosyal kısıtlayıcılar nedeniyle elde edilen intihar oranlarının belirtildiğinden daha fazla olduğunu kabul

edilmektedir. Ergenlik döneminde, tamamlanmış intihar oranlarının, intihar düşünceleri ve girişimlerine göre daha düşük olduğu ve her bir ergenin intiharına karşılık 100'den fazla ergenin de intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (28).

Amerika'da Gençlik Dönemi Riskli Davranışları Araştırma Merkezi (Youth Risk Behavior Survey) (1998), tarafından son 1 yıl içerisinde lise öğrencilerinin %20.5'inin ciddi olarak intiharı düşündüğünü, %15.7 sinin intihar planı yaptığını, %4.5'inin ise intihar girişiminde bulunduğunu ve intihar eden grubun %2.6 sına da tıbbi müdahale yapılması gerektiği belirtilmiştir (28).

2.5. Demografik Özellikler

Toplum içerisinde belirli bir statüye sahip kişilerde intihar eğilimi diğer bireylere oranla daha azdır. "Dünya üzerinde boşanmış ve yalnız yaşayan kişilerde özkıyım düşüncesi ve girişimi genel topluma oranla daha yüksek olarak görülmüştür(32). Evlilik kurumu bireyi özkıyım için koruyucu olmakla beraber ailevi faktörler de sorumluluğun artması sonucu özkıyım girişimi riskini arttırmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yılı intihar istatistikleri haber bülteni incelendiğinde intihar eden bireylerin %48,8'i evli, %38,4'ü hiç evlenmemiş, %5,6'sı ise boşanmış kişilerdi. İntihar eden kişilerin medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde en fazla evli olanların intihar ettiği görülürken, kadınlarda evli olanların yanında hiç evlenmemiş kadın intiharlarının da yüksek olduğu görülmüştür.

Bireylerin toplum içerisinde ait olma durumları intihar olasılıklarını etkilemektedir. Herhangi bir konuma sahip olamayan bireylerin intihar olasılıkları artmaktadır. Sosyal statüsüzlük eşliğinde gelen maddi yetersizlikler ve işsizlik intihar nedenleri içerisinde ciddi bir orana sahiptir. "İngiltere'de yapılan bir çalışmaya göre işsizlerde özkıyım riski genel topluma göre 3 kat artmış olarak tespit edilmiştir(33). Maddi imkanların kısıtlandığı emeklilikte de intihar oranları artmaktadır. Toplum içerisinde çalışma hayatı boyunca belirli bir konuma sahip bireylerin çalışma hayatının sonlanması durumunda konularını kaybetmeleri bireylerde intihar olasılığını arttırmaktadır. "Yaşlılık döneminde emeklilikle birlikte ekonomik ve sosyal statü kaybı, kısıtlı sosyal ilişkiler, sosyal destek azlığı yaşlılarda intihar ile ölümün önemli nedenlerindedir (34). Artan sağlık desteği ihtiyacına rağmen yeterince sağlık hizmeti

alamamak ve bunun yanı sıra maddi gelirindeki azalmalara bağılı olarak yaşlılarda ‘işe yaramama’ fikri intihara giden yolların önünü açmaktadır.

Yapılan araştırmalar ve istatistiksel incelemeler sonucunda bireylerde ekonomik sıkıntılardan kaynaklı özkıyım ihtimalinin daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin intihar eğilimlerinin eğitimsizlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. “Eğitim kişiye maddi ve manevi birçok yönden kazanımlar sağlamakla birlikte hayatta karşılaşılan sorunlarla baş edilmesi ve çözüm yolları aranmasında da çok etkilidir (34). Artan eğitim seviyesi bireylere sosyal bir statü sağladığı gibi bu statünün getirmiş olduğu maddi imkanları ve sosyal hayatı da sağlamaktadır. Sosyal hayatın varlığı ve canlılığı kişinin sorunlarını çözme konusunda en büyük destek olan sosyal desteği bulması anlamı taşımaktadır. Sosyal destek ne kadar kuvvetli olursa intihardan uzaklaşmak da o kadar kolaylaşır. Eğitim düzeyinin direkt intihar eğilimlerini etkilediği gerçeği eğitime verilmesi gereken önemi göstermektedir. Eğitimin bireylere kazandırdığı ekonomik özgürlük de intihar eğilimini azaltmaktadır. “Bireyin kendi ekonomik bağımsızlığının olmaması ve başka bireylere bağımlı olarak yaşamasının kişilerde özkıyım oranını yükseltmektedir (35).

2.5.1. Yaş

İntiharı konu alan çalışmalarda ele alınan temel faktörlerin başında yaş ve cinsiyet faktörleri yer almaktadır. Toplam intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde daha belirgin olmak üzere yaşla birlikte arttığı görülmektedir [36]. İntihar düşüncesi ve girişimi puberte sonrası dönemde kızlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir [37]. Kendine zarar veren sorunlu ergenlerin yaralayıcı ve zor ergenler olması özel bir dikkat gerektirmektedir [38].

15-24 yaş grubu arası intiharlar (ergen intiharları) ülkemizde ve dünya genelinde en sık görülen intiharlardır. İntiharların bu yaşlarda fazla görülmesinin en büyük nedenleri olarak bireyin kendini tanımaya başlaması, kimlik arayışı ve sosyalleşmeye başlamasıdır. Ergenlik döneminin erken evresindeki hormon değişimleri, çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecindeki büyüdüğünü fark ettirme çabaları, arkadaşları arasında yer alma telaşı belirleyici faktörlerdendir. Lise öğrencilerinin özgürleşme çabaları, duygusal faktörler ve tahammülsüzlükler intihar nedenlerindedir. Ülkemizde her yıl ergen

intihar ortalaması 200-400 vaka civarındadır. “Bu intiharların %20’sini lise öğrencileri, %25’ini ise 14 yaş üzerindeki ergenlerdir. Ayrıca intihar girişimlerinin %30-35’inin 15-24 yaş grubu arasında yoğunlaştığı belirtilmektedir (39).

Major depresyonda intihar her yaşta görülmekle birlikte genellikle 30 ile 40 yaşları arasında daha sıktır [40]. 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 gruplarındaysa erkeklerde yüksek oranda görülmektedir [41].

2.5.2. Cinsiyet

İntihar olgusu cinsiyete göre değişiklikler gösterir. İntihar sebeplerinin yanı sıra tercih edilen yöntem ve sonuç da farklılık gösterir. “Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara göre tamamlanmış özkıyım oranı erkeklerde daha yüksek olarak tespit edilmiş olup özkıyım girişimi ise kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir (32). Erkekler tamamlanmış intihar oranları daha fazlayken, kadınların intihar teşebbüslerinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Kadın intihar teşebbüsleri özellikle tutucu ve baskıcı toplumlarda daha sık görülür hale gelmiştir. Kadınlarda intihar girişiminin daha fazla olmasının sebebi yaşamdan vazgeçmek olmadığı fakat bireyin o an yaşadığı stresli durumun topluma ifade edilmesi için bir yol olarak kullanıldığını düşündürmektedir. Türkiye’de tüm bölgelerin aksine Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlarda tamamlanmış kadın intiharlarının erkek intiharlarından fazla olduğu görülmektedir [5]. Ambade ve arkadaşları bir çalışmada intihardan ölümlerin oranını erkeklerde %62,5, kadınlardaysa %37,5, oran olarak ta 1,7:1 bulunmuştur [42]. Çin’de kadınların intihar hızı erkek’ten %25 fazladır [43].

Bercz ve arkadaşlarının Macaristan’da yaptıkları çalışmada tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır [44].

İngiltere ve Galler’de son yirmi yılda genç erkeklerde intihar oranı ikiye katlanmıştır.35 yaş altı genç erkeklerde en yaygın olum nedenidir. Tüm gruplarda erkekler kadınlardan daha çok risk altındadır [45]. Tayland’da 1998-2003 yıllarında yapılan bir çalışmada ortalama intihar oranı 7.9:100000,erkeklerin kadınlara oranı ise

3.4:1 olarak bulunmuştur [46]. Erkeklerin intihar etme durumu genellikle kadınların 3 katı olmasına rağmen kadınlar 4 kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar [47].

İntihar olgusundaki cinsiyet faktörü yaş ile yakından ilişki içerisinde. Yaş ile değişen ailesel değerler ve toplumsal tutum cinsiyetlere göre bireyler üzerinde farklılaşmaktadır (48). İntihar girişimi olan kadınların büyük kısmı ergenlerden oluşmaktadır. Bunlar aile içi problemlerle daha çok yüz yüze gelmekte ve daha çok etkilenmektedirler. Ayrıca kadınların bağımsız olması ve bireyselleşme süreci geciktirilmekte ve buda kadınlarda iç çatışmaların oluşmasına yol açmaktadır. Yaşanılan çevredeki gözlemlerle ailesel tutumlar arasındaki farklar bireyde iç çatışmalara neden olmakta ve bu çatışmalarla baş edemeyen birey intihara yönelmektedir.

Doshi ve arkadaşlarının çalışmasında 15-19 yaş arasındaki kadın hastaların acil servislere başvurmaları erkek hastalardan daha fazladır. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda intihar girişimlerinde bu oran kızların lehine 4:1 oranındadır [49].

Tüm dünyada 15- 44 yaş arasındaki başlıca ölüm nedenlerine cinsiyet farklılıkları bağlamında bakıldığında ise; ölüm nedenleri arasında intiharın, kadınlarda %7,1'lik oranla ikinci; erkeklerde ise %6,6'lık bir oranla dördüncü sırada olduğu gözlemlenmiştir [50].

2.5.3. Irk

İntihar oranları cinsiyetten ırka kadar değişen geniş bir alanla ilişkilendirilebilirse de [51], cinsiyet ve eğitim farklılıkları açısından incelenmiştir. Yapılan birçok çalışmada intihar oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının çalışmalarında beyaz erkek ve kadınlardaki intihar etme oranı siyah erkek ve kadınlardan iki kat daha fazla olduğu görülmektedir [49]. Garrison ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada intihar girişimi beyaz adolesan kızlarda siyah adolesan genç kızlardan daha yüksek bulunmuştur. Siyah kızlar arasında medikal tedavi gerekliliği ise daha yüksektir [52] ABD'lerinde; Afroamerikanlar ülkedeki diğer gruplara göre daha düşük risk altındadırlar [53]. Popüler bir politikacının yâda filim yıldızının ardından; politik protesto amacı ile de intiharlar görülebilmektedir [54]. 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. Japonlarda ise farklı olarak intihar izin verilen bir davranıştır. Ailesel anlaşmazlıklar da Doğu toplumlarında intihar nedenidir. [43, 55].

Dünya üzerinde aynı coğrafya üzerinde yaşayan ve birbirlerine yakın ırka sahip toplumlarda kültürel ve toplumsal etkilere bağlı olarak farklılık göstermektedir. Yine aynı toplumlarda farklı yaşlardaki araştırmalar değişik yaş gruplarında bu sıralamaların farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Toplumların yaş gruplarındaki bu farklılıklar toplumun risk teşkil eden gruplara karşı yaklaşımları ile yakından ilişkilidir. Yaşlı gruplara değer verip toplum içerisinde belli statülerde yer veren toplumlarda yaşlı intiharları az iken, genç nüfusa yönelik sosyal paylaşım ve etkinliklere yer veren toplumlarda genç intiharlar daha az görülmektedir.

2.5.4. Din

Bireylerin inanç değerlerine yakınlığı hem sorunlarla baş etme aşamasında hem de sorunların nedenselleştirilmesi aşamasında bireye yardımcı olan bir unsurdur. Bireylerin herhangi bir dini inanışının olması sıkıntılar karşısında sığınabileceği, kendisine manevi yönden destek sağlayacağı bir dünya oluşturmaktadır. Din, inanç sahiplerinin sınıandığı, bireyin her sıkıntısının bu sınavın bir parçası olduğu ve sonunda mükafatlandırılacağına inanmasına yol açmaktadır. Bu yüzden sıkıntılarla baş edemese bile bekleyip sonucunu görene kadar sabredecektir. Din, bireyin alkol ve uyuşturucu madde kullanımını da sınırladığından bunlara bağlı intiharları da engellemektedir. Yapılan araştırmalarda; inanç sahibi bireylerin her sıkıntısından ders çıkardığını ve bu süreç içerisinde intihar fikrini hiç aklına dahi getirmediğini göstermektedir. “Allah’ı devamlı kendisi ile birlikte düşünen insan daha az kaygı ve stres içinde olacak, beden ve ruh sağlığı açısından daha az şikayetçi olacaktır.(56)

Bir dine mensup birey inandığı dinin vaatlerine ulaşabilmenin yolunun sıkıntılarını aşmaktan geçtiğine inanmaktadır. “Din insana karşılaştığı sıkıntıların karşılığını mükafat olarak alacağını vaat etmektedir. Bu vaat insanların çektiği acıları

hafifletmektedir (56). Sorunlar karşısındaki dinsel telkinler bir psikiyatrin telkinleri kadar etkin olabilmektedir.

Dini inançlar toplumdaki intihar sayılarını da etkilemektedir. İntihar tüm hak dinlerde yasaklanmıştır. Bireyin dini, dine yakınlığı, inanç seviyesi intihara olan eğilimini etkileyen bir faktördür. Avrupa'nın sert dini kurallarına ve sadakatli Katolik toplumlarına bakıldığında intihar oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Diğer mezheplere üye toplumlarda ise bu oran daha yüksektir. “Birleşmiş Milletler yıllığında İslam ülkeleri intihar oranları açısından son sıralarda yer almaktadır. Örnek olarak, % 000.1,9 gibi bir oranla Türkiye 45.sırada; 0.4 ile Kuveyt 52.sırada; 0.2 ile Ürdün 53.sırada yer almaktadır.(57).

Bütün tek Tanrı'lı dinler insanın kendisini öldürmemesi gerektiği yönünde birbirine benzer görüşler ileri sürseler de, intihara karşı en kuvvetli ve direk yasaklamayı İslamiyet'te görmekteyiz. Canı veren Allah olduğuna göre, onu Allah'ın bilgisi dışında sonlandırmak, Tanrının yasalarına karşı gelmektir [58]. İslam dinine göre intihar yasak olmasına rağmen Müslümanlar arasında da intihar edenler bulunmaktadır. Kişilerin dindarlık düzeyleri farklı olmakla birlikte intiharı engellemede bu dindarlık seviyesi önemlidir. Shneidman'a göre Hıristiyanlık geleneğinde intiharı yasaklama, dini olmayan sebepler yüzünden ortaya çıkmıştır. İlk Hıristiyanlar arasında şehitlik mertebesine ulaşarak cennete gidebilmek için kendini öldürmelerin yaygınlaşması, kiliseyi bu konuda bir yasaklama getirmek zorunda bırakmıştır. Tevrat'taki on emirden altıncısı “Öldürmeyin” diyerek öldürmemeyi emretmektedir. Aziz Thomas Aquinas altıncı emre dayanarak, kişinin kendini öldürmesinin Tanrı'ya karşı geliş olduğunu ileri sürmüştür [59].

Kişilerin içinde yetiştiği toplumun dini görüşleri de intiharın görülme sıklığını etkilemektedir. Bir çalışmada Levav ve Aisenberg İsrail'de doğup büyüyen Yahudiler, İsraili Araplar, Avrupa ülkelerinden göç eden Yahudiler ve Müslüman ülkelerden İsrail'e göç eden Yahudiler arasındaki intihar olaylarını karşılaştırmıştır. Burada Müslüman ülkelerden göç eden Yahudilerin daha düşük intihar oranına sahip oldukları bulunmuştur [58].

İntiharların onaylandığı Japonya’da intihar hala yüksek seviyelerde görülmektedir. Dindar kişilerde boşanma, alkol ve madde bağımlılığı, tamamlanmış intihar oranı düşüktür. Sosyal destek vermek kişilerin yalnızlık duygularını azaltırken, depresyona karşı da korur. Bunların intiharla doğrudan ilgisi varsa, dindarlık dolaylı yoldan intihar üzerinde koruyucu etki gösterecektir [60].

Genel manada din olgusunun bireyler üzerinde intiharı engelleyici bir yönü bulunmaktadır. Fakat dinin neden tüm toplumlarda aynı azaltıcı etkiyi göstermediği araştırılmayı bekleyen önemli bir sorundur. Türkiye açısından bakıldığında İslamiyet dini intiharı tamamen yasaklamış ve bu eylemi gerçekleştiren bireylerin dünyada sıkıntılılarından kurtuluyor gibi gözükse de ruhani dünyada ciddi cezalara maruz kalacaklarını bildirmiş ve böyle bir eylemi men etmiştir. İslam dini intihar eden kişinin sonsuz hayatında maruz kalacağı cezayı da açıkladığı için kişinin içinde bulunduğu duruma direnmeyi daha şiddetli bir cezaya tercih etmektedir. İntihar oranlarını birçok kriter belirlerken din bu anlamda intihar oranını azaltıcı olumlu bir kriterdir. “ Kültürel yapının genel özelliklerinin göz önünde bulundurulmadığı çalışmaların bu anlamda yetersiz kalacağı da bir başka gerçekliktir. Bu haliyle konu halen araştırmaya açık bir özellik taşımaktadır (61).

2.5.5. Eğitim

Eğitim en önemli sosyoekonomik düzey göstergelerindendir [62] Düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, az gelir ve yoksul yaşam intihar için risk faktörleridir [53]. Eğitim açısından yaklaşıldığında intihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik duygusu, umutsuzluk ve gerginlik sebebiyle, düşünme yeteneklerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda da mevcut çıkış yollarını, alternatifleri yararsız düşündükleri hesaba katıldığında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir [50].

İntihar ve intihara teşebbüs edenlerin eğitim durumları yükseldikçe sebeplerinde değiştiği ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanların %93’ünün eğitim seviyelerinin lise ve daha da altında olduğunu, 5–8–11 yıllık eğitimler arası anlamlı bir farklılıkların bulunmadığını belirtilmektedir [63].

Yapılan alışmalar, işsizliğin ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğunu, intiharların duşuk sosyoekonomik durumu olanlarda daha yaygın olduğunu göstermektedir [64]. Avrupa’da intihar girişimleri genellikle eğitim düzeyi dşuk olan kişiiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişiiler arasında kadınların %12’si, erkeklerin ise %20’si işsizdir[65]. Türkiye’de intihar girişimlerinin ev hanımı, ğrenci gibi ekonomik olarak bağımlı olan kişiilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir [66]. Kişiilerin suikid ihtimalini sosyal statüsünün yükselmesi ve düşmesi etkilemektedir. Genel olarak dşuk sosyal sınıftan olmanın intihar riskini arttırdığı bildirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunanların yarısından fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte olmasına rağmen, kadınların %5’i, erkeklerin %10’u st sosyal sınıftan gelmektedir [67].

2.5.6. Meslek

Meslek, intihar nedeni olarak değerlendirildiğinde en büyük etkenin işsizlik olduğu tespit edilmiştir. Bireysel anlamda işsizlik bireyin üretkenliğini durduran, bireyi psikolojik olarak zayıflatan, sosyal yapı içerisinde yer edinememe ve toplumsal yapıda rol stlenememe sonucu gelişen ruhsal sorunlara sebep olabilen, ekonomik ve toplumsal açıdan travmalara sebep olan çok ciddi bir sosyal intihar endikasyonudur. İşsiz bireyler gerek ihtiyaçlarını karşılayamama gerekse herhangi bir meşguliyetin olmamasına bağlı ruhsal boşluklar nedeniyle intihar etmektedir.

İşsizlerde intihar etme oranı, içi olan gruba göre daha yüksektir. Ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar artmaktadır, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında ise intihar oranı azalmaktadır [68]. İntihar için risk grubundaki meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlardan psikiyatristler başta gelmekte, onları göz doktorları ve anesteziştler izlemektedir [68]. Mesleği içerisinde karşılaşılan kişiilerin özelliklerine, içi gereği kullanılan materyaller, ilaçlar ve yüksek derecede dikkat gerektiren meslekler intihar açısından risk gruplarını oluşurmaktadır. Tarihe baktığımızda, öz-kıyım ya da öldürmek amaçlı zehir kullanımına devlet adamları, sanatçılar ve bilim adamlarında rastlanmaktadır [69, 70].

İşsizliğin tek başına bir etken olup olmadığı tartışılıyor olsa da, işsizlik intiharı tetikleyen etkenler arasında en önemlilerinden biridir. Durkheim çalışmanın, enerjiyi belli bir alana yönlendirmenin intihar riskini azalttığını belirtmektedir. Bireyler arası ilişkilerin daha az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşük, ilişkilerin çok olduğu gruplarda intihar riski yüksektir. Londra' da ki çalışmada işsizlerdeki intihar oranı genel toplumun üç kat daha fazla olarak bulunmuştur. Ankara' da intihar girişimi ile ilgili yapılan bir çalışmada ise ekonomik olarak bağımlı olan öğrencilerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Emekli olanlarda da intihar ihtimali artmaktadır [71]. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12'si, erkeklerin ise %20'si işsizdir (72). Burns ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada suicid vakalarının 29 tanesi (%48,3) işsizdir.[73]. Cheng ve arkadaşları 1985-2000 yılları arasındaki intihar oranı ile işsizlik karşılıklı olarak birbirleriyle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir [74].

2.5.7. Medeni durum

Aile bütünlüğü toplumlardaki en önemli unsurlardan biridir. Bu aile bütünlüğünün bozulması hem ebeveynleri hem de ailenin diğer bireylerini olumsuz yönde etkilemekle birlikte ileride çıkmazlara neden olan mutsuz ve umudunu yitirmiş bireylerin oluşmasına yol açmaktadır. Ve bunlardan bazıları bu çıkmazları intihar ile sonlandırmak yönünde duygulara kapılmaktadır. Aile bireylerinin ruhsal durumunu olumsuz yönde etkileyen aile içi problemler, şiddet ve ayrılıklar bireyleri intihara yaklaştıran en önemli faktör olarak göze çarpmaktadır. Ebeveynleri ayrılmış olan gençler ebeveynleri ayrılmamış çocuklara göre daha fazla psikolojik sorun, okul ve davranış problemleri göstermektedir (75).

Aile bütünlüğünün değişkenleri, intihar potansiyelinin en etkili belirleyicisidir. Rol kargaşası ile birlikte evlilik sorunları, aile bütünlüğünde bozulma ya da tehditleri özellikle kadınlarda intihar riskini arttırmaktadır (76).

Ebeveynlerin davranışlarının, çocuktaki mizaç, karakter, psikopatoloji ve uyumluluk, uyumsuzluk davranışları arasındaki ilişkide direk rol oynadığı bilinmektedir [77-79]. Babalarla karşılaştırıldığında, annelerle ilişkilerde yaşanan sorunlar (annenin negatif etkileri), annelerin psikiyatrik sorun yaşamaları çocukların mizaç özelliklerini daha çok olumsuz etkilemektedir [79-81].

Ebeveynlerin ayrı olması, ebeveynlerden birinin eksikliği adölesanlarda intihar girişimi riskini arttırdığı gösterilmiştir [52]. Kısaca tek ebeveynli aile çocuklarında intihar daha sık görülür [55]. Aile bütünlüğünün bozulması ile birlikte bireyin üzerindeki aile otoritesinin kalkması, bu bireylerde alkol ve uyuşturucu madde kullanımına yönelimi arttırmaktadır. Havvton intihar girişimlerinin genelde dağılmış, ruhsal sorun ve alkolizmin olduğu ailelerden geldiğini, girişimlerin sıklıkla ana-baba ya da arkadaşla sürtüşmeden sonra olduğunu vurgulamıştır. Alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımına bağlı intiharlar parçalanmış aile bireylerinde sıkça rastlanılır bir durumdur. Garfinkel ve arkadaşları incelediği 505 çocuk ve ergen intihar girişiminin kendilerinde ve ailelerinde kontrollerden daha çok alkol ve madde kullanımı olduğunu belirtmiştir (82).

Ülkemizdeki araştırmalarda, intihar girişimlerinin bekarlarda evlilere göre daha çok görüldüğü bildirilmiştir (83). Evlilik öncesi dönemlerde baskı altındaki kadınların intihar oranları evli kadınlara göre daha yüksektir. Yine erkeklerin istediği kişiyle evlenememesi intihar riskini artırıcı etki göstermektedir. ABD’de evlilerde intihar oranı 11/100000, evlenmemiş kişilerde oran bunun neredeyse iki katı kadardır. Erkek olmak burada oranları yükseltmektedir. Boşanmış erkeklerde oran 69/100000, boşanmış kadınlarda daha düşüktür 18/100000’dir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekâr, dul veya yalnız yaşamaktadır [83]. Yapılan bir çalışmada boşanmış yada ayrı yaşayanlarda risk olmayanlara göre 11 kat fazla bulunmuştur [53].

Deveci ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada intihar girişimi ile başvuranların %18,4’ünde ailede psikiyatrik problem, %8,8’inde ailede intihar girişimi, %15,8’inde çevresinde intihar girişimi olduğunu saptamıştır [84]. Yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalığı olanlarda ailelerinde intihar öyküsü varsa özkıyım davranış riskinin arttığını göstermektedir [85].

2.5.8. Fiziksel Hastalıklar

Fiziksel olarak devamlı bakıma muhtaç bir hastalığı olan bireylerde intihar fikrinin yaygınlığı çok fazladır. Hastalıklar sebebiyle bakıma muhtaç hale düşmek genel itibariyle intiharı tetikleyen bir etkidir. Özellikle bakıma muhtaç hale gelen yaşlı erkeklerde bu oranın oldukça yüksek oranda olduğu görülmektedir. Fiziksel hastalığı

olan bireyin duygusal yapısı bozulur ve daha hassas bir yapıya bürünür. Fiziksel hastalıklar aynı zamanda bireyde daha önceden var olan duygulanım bozukluklarını alevlendirir, algısal yapısı bozulan birey ağır depresyona doğru ilerler. Yaşlılardaki fiziksel hastalıklarda ve terminal dönemdeki hastalarda, özellikle de kanserde intihar hasta tarafından bir ‘çıkış yolu’ gibi görülebilir. İntihar riski teşhisten hemen sonra ve kemoterapi alırken en yüksektir. Özellikle yaşlı hastalarda eşlik eden depresyonun tedavisi, yaşlılardaki intiharların önlenmesinde önemli bir adımdır (86). Hastalıkların tedavi süreci hem bireyi hem de yakınlarını yıpratmaktadır. Maddi açıdan ve psikolojik açıdan yıpranan aile fertleri ve birey intihara yönelmektedir.

2.5.9 Alkol Kullanım Bozuklukları

İntihar riskinin en yüksek olduğu gruplardan birisi de alkol bağımlılarıdır. Alkol bağımlılığı sonucu meydana gelen ölümlerde karaciğer hastalıkları ilk sırayı alırken, ikinci sırada intihar gelmektedir. Kişinin beyin fonksiyonlarını, bilinçli davranışlarını, reflekslerini direk etkileyen alkol kullanımı kontrollü tüketimin dışına çıktığı zaman bireyin hayatını tehdit eder durumlara yol açmaktadır. Alkolün etkisi altındaki birey, normal bir insan gibi düşünemez ve hareket edemez. Normal bir insanın hiç etkilenmeyeceği durumdan etkilenip intihara teşebbüs edebilir. Alkolün neden olduğu fiziksel hastalıkların yol açtığı intiharlar da değerlendirme kapsamına alınmalıdır. Alkol bağımlılığında gizli intihar teşebbüsleri vardır. “Alkol entoksikasyonu olgularının çoğunun arkasında bu ‘intihar’ düşüncesi yatmaktadır. Yine alkol bağımlılarının işlerine, bedenlerine ve ilişkilerine karşı gösterdikleri yıkıcı tutum ‘gizli bir intihar’ davranışı olarak yorumlanmıştır (87).

Alkol ile ilgili yapılan çalışma sonuçları göstermektedir ki, alkol bir ölüm aracıdır. Kişinin alkol almadan önceki intihar fikri ile alkol aldıktan sonraki fikri arasında büyük oranda farklılık olduğu görülmüştür. “Tamamlanmış intiharlarda % 19-63 oranında madde kullanım bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Alkol ya da madde bağımlılığı hastanın intihar riskini beş kat arttırmaktadır. Alkol bağımlılarında genel nüfusa ve yatış yapılan psikiyatri hastalarına göre 6 -25 katı risk oranı saptanmıştır (88). Alkolün kötü kullanım alışkanlığının süregelenleşmesi beraberinde kronik hastalıkları getirebileceği gibi entoksikasyon sonucu ölümlere de yol açmaktadır.

Ülkemizde alkolizme bağlı intiharlar önceki yıllarda erkeklerde daha yüksek olmasına karşın alkol tüketiminin kadınlarda da artması alkole bağlı intiharlarda kadınların oranını da yükseltmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin iş ve aile hayatını uzun süre devam ettirememeleri de sorunun toplumsal boyutunu yansıtmaktadır. Bunun yanında, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından intihar davranışı/düşüncesi olan ile olmayanlar arasında yapılan istatistiki değerlendirmelerde intihar davranışı/düşüncesi olan grupta birinci derece yakınlarında alkol bağımlılığı oranı daha yüksek görünmektedir (87).

2.5.10. Diğer Madde Kullanım Bozuklukları

Uyuşturucu madde kullanımı bireyde intihar görülme ihtimalini artırıyor. Özellikle yoksunluk çekildiği durumlarda uyuşturucu maddeye ulaşamamak intiharın sınırlarını zorlayıcı bir durum olarak ortaya çıkmaktadır ve madde bulunamadığı zaman intihar riski kendini gösterebilmektedir. Madde bağımlılığı olan bireyler maddeye ulaşamadığı durumlarda intihara yönelse de bireylerin kendisini değersiz hissetmesi, utanç ve kendisine olan kızgınlıkları sonucunda da intihara yönelmektedir. Uyuşturucu madde kullanan bireyler düşünce olarak bozulmalara yönelmekte ve bu bozuk düşüncelerle kendi özbenliğini değersizleştirmektedir. Madde kötüye kullanımı/bağımlılığı, özellikle komorbid duygu durum bozukluğu ve davranım bozukluğu olan ergen erkeklerde intihar için önemli bir risk faktörüdür (89).

Psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında, psikiyatrik bozukluğa ek olarak madde kullananlarda intihar ihtimali çok artmaktadır. Madde bağımlıları genel popülasyona göre intihar açısından yüksek risk altındadır. Madde bağımlılarının tamamlanmış intihar açısından genel psikiyatrik popülasyona göre iki kat kadar daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (90). Madde kullanımı ülkemizde artık küçük yaşlarda bile görülmektedir. Maddelerin çeşitlenmesi, ucuz madde temin edilebilir hale gelmesi, ailelerin çocuklarının üzerindeki kontrolünün azalması, iletişim hataları veya eksiklikleri madde kullanımını arttırmakta ve madde kullanımının tespitini güçleştirmektedir. Madde kullanımına bağlı intiharların da hızla artan kullanıcı sayısına paralel olarak arttığı görülmüştür.

Madde bağımlılığı olan bireylerin genelde daha öncesinde sigara ve alkol tüketiminin varlığı söz konusudur. Masum gibi görünen bu iki madde bireyi uyuşturucu madde kullanımına yönelten birinci basamaktır. Her sigara ve alkol kullanıcısı madde kullanımına başlamayabilir ancak her tüketici beynin zevk noktasında sigara ve alkol kullanımı ile gelen doyunluğu hissetmektedir. Kimi bireyler bu zevkin üzerindeki maddelere erişmeye çalışır ve sonunda uyuşturucu madde ile tanışır. Madde kullanımı masum gibi görünen ve temini kolay olan kimyasal, sentetik ürünlerle başlar. Birey her seferinde biraz daha fazlasını istemeye başlar ve bu istek ve kullanım aşırı doz uygulaması ile son bulur. Geçiş kavramını daha kategorik değerlendirecek olursak, geçişin esrar gibi hafif olarak adlandırılan maddelerden, eroin, kokain gibi daha ağır maddelere doğru olması beklenmektedir(91).

2.11. Ailesel Risk Faktörleri

Ailenin intiharla ilgili geçmişi, ailedeki medikal ve psikiyatrik rahatsızlıklar da intihar riskini arttırmaktadır. Ekonomik sıkıntı, aile içindeki çatışmalar, kayıplar, ebeveynlerin ayrı olması, aile bireylerinden birinin daha önceden intihar girişiminde bulunması, aile üyelerinde depresyon ve madde kullanımı risk faktörleri içerisinde sayılmaktadır. İntihara teşebbüs eden ergenler ailelerini destek olmayan, ilgisiz, reddeden ve bireyler olarak tanımlamışlardır (28, 92, 93, 94, 95, 96, 97).

Başka çalışmacılar da ailenin önemini vurgulamış ve intihar girişimlerinin çoğunlukla dağılmış, ruhsal sorunu ve alkolizmin olduğu ailelerin çocuklarında görüldüğü belirtmiştir (98). Yapılan birçok çalışmada ergenlerin intihar girişimi öncesinde yoğun ailesel çatışmalar yaşadığı görülmüştür (5, 6, 99, 100) .

2.6. Coğrafi Etkenler

Türkiye’de de intihar sonucu oluşan ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği bilinmektedir [64]. Alptekin’in de [101] belirttiği gibi, intiharlar en yüksek Ege, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde kaydedilirken en düşük oranlar Karadeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir. Türkiye’nin batısından doğuya doğru gidildikçe kadın intihar hızlarının artışı göze çarpmaktadır. Güneydoğudaki kadınlarda intihar sayısı daha fazladır. Bölgedeki tamamlanmış

intiharlar sınırlı sayıda da olsa intihar girişimleri üzerine yapılan araştırmalarda [102-104] elde edilen sonuçlar gene kadınların ön planda olduğunu göstermektedir.

2.7. Daha Önceki Özkıyım Girişimleri

Psikiyatrik hastalıklar ve bireyin daha önceki intihar girişimleri bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunu gösteren en önemli parametrelerdir [105-107]. Yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunmuş olan depresif hastaların yaklaşık %40'ının daha önce den girişimde bulunduğunu göstermektedir. Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunma ihtimalinin en yüksek olduğu dönem ilk intihar girişiminden sonraki ilk üç aydır [47]. Daha önce intihar girişiminde bulunanların sonraki girişimlerinde mortalitenin daha yüksek olduğu bulunmuştur [108-110]. Hikâyede intihar girişiminin olması özkıyım girişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır [111].

Daha önceki intihar girişimlerinin tekrarı için risk faktörü olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ının tekrar girişimde bulunduğu ve %12-25'inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdikleri görülmektedir [81, 112-114]. İntihar girişiminde bulunanların %32-60'ının son iki ay içinde hekimlerine müracaat ettikleri görülüyor ki yaklaşık %50'sinin de son bir hafta içerisinde bir hekime gittiği tespit edilmiştir. Çoğu son reçete edilen ilaçların aşırı dozda alımı ile ölmektedir [115, 116]. Son 12 ayda intihar girişimini yineleyenler çoğunlukla bekâr, işsiz, alkol bağımlısı ve psikiyatrik problemleri olanlardır [117].

İntihar girişiminin tekrarlanmasında ki başlıca risk faktörleri aile içinde stresin fazla olması, remisyona girmemiş affektif bozukluğun olması, taburculuktan sonra aile terapisine devam edilmemesi, tedavideki trisiklik antidepresanların kullanılması olarak belirtilmektedir [118-120].

2.8. İntiharda Toksikoloji

İntihar amaçlı uygulanan en yaygın yöntem ilaç alımıdır. Zehir terimi ilk defa İngiliz literatüründe milattan sonra 1230 yıllarında içeriği ölümcül olabilen ilaçları ve ilaç dozlarını tanımlamak için kullanılmıştır [121]. Paracelsus'un dediği gibi "her madde zehir özelliği gösterebilir ancak ilaç ile zehri birbirinden ayıran dozudur" tanımı

birçok maddenin zehirsel özellik taşıyabileceği anlaşılmaktadır. Tedavi için önerilen dozun fazlası alınırsa, o zaman ilaç zehir olarak kullanılmış olacaktır.

Endüstrideki gelişmeyle birlikte kimyasal maddelerin yaygınlaşması; bunların da kolayca elde edilebilmesi, hızlı ve ani ölüm meydana getirmeleri sonucu zehirle intihar sayısında önemli artışlar görülmüştür. İlaç intoksikasyonu acil servislere sık başvuru nedenlerinden birisidir. İlaç intoksikasyonları çocuklarda sıklıkla kazara alım sonucu, ergenlerde ve erişkinlerde ise sıklıkla intihar amaçlı meydana gelmektedir. Ülkemizde, acil servislerin sık karşılaştığı sorunlardan biri olmasına karşılık, yeterli ve uygun kayıt tutulmadığından güvenilir morbidite ve mortalite istatistiklerine ulaşmak oldukça güçtür [122].

İntiharlarda en çok, reçete ile alınmış ilaçlar karşımıza çıkmaktayken, siyanür, arsenik ve diğer toksik maddelere de sık rastlanmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olan kişiler, bu hastalıkla mücadele etmek için kendilerine reçete edilen ve fazla miktarda alındığında öldürücü olabilen ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmektedirler [123].

Avustralya'da tüm çabalara rağmen ilaçların toksik dozda kullanımı önemli bir problemdir [124]. Böylece bütün ilaçların (ağrı kesiciler, antibiyotikler, vitaminler gibi) suistimali mümkündür. İlaçlardan sonra keyif verici maddeler, ev kaynaklı, endüstriyel ve tarımsal kaynaklı toksik maddelerle de zehirlenme olmaktadır [121]. İlaçlardan barbitüratlar, trankilizanlar intihar amacıyla sık kullanılırken, asit içme, havagazı, çamaşır suyu, karbonmonoksit, antifriz vb. madde ve yöntemler de kullanılabilirler.

Kişilerin yaşadıkları çevrede genelde en kolay ulaşabildikleri maddeleri intihar amaçlı kullanırlar. Şehirlerde ilaçlar, kırsal kesimde ise zirai mücadele ilaçları daha kolay temin edilirler. Gelişmiş ülkelerde intihar amaçlı ilaç alımı yaygınken diğer ülkelerde kaza ile oluşan zehirlenmeler daha sık görülmektedir. Böcek ilaçları ve organofosfatlar gelişmekte olan ülkelerde sorun haline gelmektedir [125, 126]. İngiltere'de en sık intihar parasetamolle olurken, Finlandiya'da alkol ve psikiyatrik ilaçlar öne çıkmaktadır [125].

2.10. Etyoloji

2.10.1. Biyolojik ve Genetik yaklaşım

İntiharı açıklamaya çalışan biyolojik yaklaşım içindeki çalışmalar iki grupta toplanmaktadır. Bunlar; intiharın kalıtsal geçişini inceleyen genetik araştırmalar ve biyokimyasal yapı ile intihar arasındaki ilişkileri inceleyen biyokimyasal araştırmalardır. İntihar genetiği üzerine yapılan araştırma sonuçları kalıtımsal etmenlerin intihar davranışı üzerinde diğer psikolojik etmenlerden bağımsız olarak %30-50 oranında rol oynadığını göstermektedir (127). İntiharın genetik temellerini ele alan çalışmalarında Baldessarini ve Hennen 20 kontrollü aile çalışmasının bulgularını incelemiş ve intihar davranışında bulunan bireylerin akrabalarında 5 kat daha fazla intihar davranışı görülme olasılığı olduğu sonucuna ulaşmışlardır (128). Fakat çok nedenli bir davranış olduğu dikkate alındığında genetik faktörleri çevresel faktörlerden ayırt ederek tek başına intihar davranışını açıklama çabasının yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Genetik faktörlerin etkisini doğrulayan aynı zamanda da çevresel faktörlerin etkisi konusunda da önemli bilgiler sağlayan bir diğer grup çalışma evlat edinme çalışmalarıdır. Schulsinger ve ark. yaptıkları çalışmada intihar girişimi olan evlat edinilmiş 269 katılımcıdan 12'sinin biyolojik akrabalarında intihar girişimi varken kontrol grubunda sadece ikisinin biyolojik akrabasında intihar girişimi olduğunu bulmuşlardır (129).

Baldessarini ve Hennen çevresel etkenler ile genetik etkenleri birbirinden ayırt edebilmek adına, çalışmalarında ikiz çalışmalarına da yer vermişlerdir ve tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek düzeyde intihar olasılığı olduğunu görmüşlerdir (128). Roy ve ark intihar girişiminde bulunmuş 26 tek yumurta ikizi ve 9 çift yumurta ikizi ile yaptıkları çalışmada 26 tek yumurta ikizinden onunda diğer ikizin de intihar girişiminde bulunduğunu, 9 çift yumurta ikizinden ise hiç birinin intihar girişiminde bulunmadığını rapor etmişlerdir (127). 5995 ikizin katıldığı ve intihar düşüncesi ve girişimlerinin incelendiği bir çalışmada da tek yumurta ikizlerindeki konkordans oranı çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek olarak saptanmıştır (130).

Biyolojik yaklaşım içinde intihar davranışını açıklamaya çalışan diğer grup çalışmalar ise intihar ile beyin biyokimyası arasındaki ilişkiyi inceleyen biyokimyasal çalışmalardır. Çalışmalarda en çok üzerinde durulan ve intihar ile ilişkisi araştırılan madde Serotonin maddesidir. Yapılan çalışmalar öfke ve duygusal dengesizlik gibi bazı kişilik özelliklerinin intiharla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir. Bu kişilik özellikleri genel olarak beyindeki serotonerjik işlev bozukluklarıyla ilişkilidir. Özellikle adolesanlarda serotonerjik sistemle ilgili olduğu bilinen öfke, bulantı ve dürtüsellikle intihar davranışı arasında yakın bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Serotonerjik sistemin intihar davranışının yanı sıra saldırganlık ve bulantıyla da yakın bir ilişkisi vardır ve bu sistemin ailesel geçiş gösterdiği bilinmektedir (131). Bu yüzden beyin görüntüleme çalışmaları ve postmortem çalışmalarda özellikle serotonin reseptörleri üzerinde durulmuştur. Erişkinlerdekine benzer şekilde intihar etmiş ergenlerde de prefrontal korteks ve hipokampusta serotonin 2A (5HT2A) reseptörlerinde artış tespit edilmiştir (132). Ergenlerde 5HT2A reseptörleri için reseptör sonrası süreçlerde de çeşitli değişiklikler olduğu tespit edilmiş. Bunlar protein kinaz C bağlanmasında değişiklikler ve prefrontal kortekste siklik AMP'ye yanıt elementini bağlayan proteinin (SYEB) (Cyclic AMP response element-binding protein, CREB) ekspresyonunda belirgin derecede olan azalmadır (133). Nörotransmitter seviyelerindeki değişiklikler, şiddet ve dürtüsellik ile, intihar davranışı arasında bir ilişki olduğunu gösteren güçlü deliller saptanmıştır. Özellikle BOS'ta 5HIAA düşüklüğü çok sık görülmektedir. Postmortem beyin çalışmalarında frontal korteks ve alfa 2 reseptörlerde serotonin sistem fonksiyonlarında sapmalar bulunmuş ve yine bazı çalışmalarda intihar ile BOS'ta düşük HVA düzeyleri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Davranış bozukluğu bulunan ergenler değerlendirilmiş ve bunlarda da BOS'ta 5HIAA düzeyleri düşük bulunmuştur (134). Yapılan farklı çalışmalarda intihar eden ergenlerde serotonin öncüsü olan triptofan aminoasitinin, serumdaki diğer aminoasitlere oranının çok daha düşük seviyelerde saptanması sebebiyle, triptofan aminoasiti oranlarının intihar riskini belirlemede öncü olabileceği ve yol gösterebileceği öngörülmüştür (135).

İntihar davranışı gösteren bireylerde fenfluramine prolaktin yanıtında küntleşme saptandığı ve bu durumun psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak ciddi intihar girişimlerinde görüldüğünü bildiren yayınların sayısı gittikçe artmaktadır (136).

2.10.2 Psikolojik Faktörler

Erişkinlerle yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda bu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların çoğunun aslında erişkin dönemden önce başladığı gösterilmektedir. İntihar eden ergenler üzerinde yapılan otopsi çalışmaları sonucunda psikiyatrik bozuklukların intihar davranışının dinamiğinde yer alan en önemli etmen olduğu tespit edilmiştir. Bu psikiyatrik bozukluklar içerisinde madde kullanımını ve depresif bozukluklar ilk sıralarda yer almaktadır (92). Yapılan araştırmalarda, intiharların %90'ının bağımlılık veya mental bozukluklarla bağlantılı olduğu düşünülmektedir (28). Hagnel ve Rorsman'ın yapmış olduğu çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olmayan popülasyonda intihar oranı 100.000'de 8,3 iken, depresif bozukluklarda bu oran 100.000'de 83 olarak bulunmuştur. Depresif bozukluğu olan erkeklerde ise bu oran 100.000'de 650'lere kadar yükselmektedir [137]. Freud, yasta gerçek bir nesne kaybı varken depresyonda ise gerçekte ya da hayali bir nesne kaybı olduğunu söylemiştir [138].

Ergenlik döneminde intiharla ilgili olarak karşılaşılan diğer psikiyatrik bozukluklar arasında duygu durum bozuklukları, iletişim bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu yer almaktadır (139-142).

Şizofreni intihar riskinin yüksek olduğu hastalıklardandır. Ancak çocuk ve ergen intiharlarının çok küçük bir bölümünü şizofreni hastaları oluşturmaktadır (92).

Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada da intihar girişiminde bulunan ergenlerin %73.68'inde bir psikiyatrik bozukluğa rastlanmıştır. Bu bozukluklar da görülme sıklığına göre sırasıyla konversiyon bozukluğu, uyum bozukluğu, panik bozukluğu, enüresiz, majör depresyon, otomutilasyon, şizofreni ve zihinsel engel şeklindedir (143).

521 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırma sonucunda elde edilen verilere göre de cinsiyetlere göre farklılık göstermekle birlikte depresyonla ile intihar riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada, depresyonun erkeklerde madde kullanımını bunun ardından da intihar riskini belirgin arttırdığı; kızlarda ise depresyonun intihar riskini direkt olarak arttırdığını belirtmektedir (144).

Farklı bir çalışmada ise afektif bozukluğu olan adölesanların diğer psikiyatrik bozuklukları olan adölesanlara göre intihar düşüncesi ve intihar girişimi sıklığının 4-5 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (145).

Ebeveynlerden herhangi birinin ölümü, kişinin yaşı ne olursa olsun ruhsal travmaya maruz kalınırken; bu kayıp, küçük çocukları daha çok etkilemektedir. Burada da yapılması gereken sosyal problemleri çözüme ulaştırmaktır [146]. Çin'in Henan Bölgesinde çocuk cinsel istismarının ergen kızlar üzerindeki yol açtığı intihar düşüncesi ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Bunun amacı da, Çin'deki çocuk cinsel istismarının sıklığı ve ruh sağlığı üzerine etkileri ve ergen kızlardaki riskli davranışların tespit edilmesidir. 351 ortaöğretimde okuyan kız öğrenci üzerinde yapılan bu çalışma sonucunda; kız öğrencilerin %21'i bir şekilde 16 yaşından önce cinsel istismara maruz kalmıştır. Bunda %14'ünün fiziksel temasla olduğu belirtilmiştir. Bu da ailenin eğitim durumu, kardeşin bulunup bulunmaması; kırsal alan veya şehirde oturmakla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Sonunda da, Çin'deki cinsel istismara maruz kalan ergen kızların davranış biçimlerinin başka batı ülkelerine benzer şekilde ortaya çıktığı bulunmuştur [147].

Alkol madde kullanımının da ergen intiharlarında oynadığı rol oldukça dikkat çekicidir. Abel ve Zeidenberg (1985), örneklem grubunu oluşturan, 15-24 yaşları arasındaki intihar eden ergenlerin %35'inin kanında yüksek oranda alkol bulunduğunu belirtmektedir (145). 600 ergenle madde bağımlılıklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, intihar düşüncelerinin % 50 oranıyla en çok marihuana kullananlarda olduğu saptanırken, alkol bağımlılarında ise bu oran % 36 olarak görülmüştür (148)

Farklı bir çalışma da ise borderline kişilik bozukluğu ile intihar davranışları arası ilişki ele alınmış ve intihar girişiminde bulunan 1397 ergenin incelenmesi sonucu bunların %26'sının borderline kişilik bozukluğu tanı kriterlerini taşıdığı görülmüştür (142).

Diğer bozukluklara kıyasla daha az görülmekle birlikte anksiyete bozukluklarının da intihar girişiminde bulunan ergenler açısından bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (93).

2.1. Ergenlik Dönemi ve Özellikleri ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

2.1.1. Ergenliğin Tanımı

Ergenlik, fiziksel büyümenin, cinsel gelişimin ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir ve insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı evredir. Önemli gelişim ve değişimin yaşandığı ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçişin anahtar evresini oluşturmaktadır. Puberte ile başlayan ergenlik dönemi, yaşam sürecinde en etkileyici sosyal ve biyolojik geçiş dönemlerinden biridir. Bu dönemde nöroendokrin sistemde değişim, hormon konsantrasyonlarında değişim, fiziksel büyüme ve üreme sisteminde farklılaşma gibi vücudun tüm sistemlerinde çeşitli değişiklikler meydana gelir (149). Bu büyümenin ve olgunlaşmanın gerçekleştiği döneme “adolesan dönem” de denilmektedir (150, 151).

İlk kez 15. yüzyılda kullanılan “Adolescence” sözcüğü, Latince kökenli “adolescere” sözcüğünden türetilmiş olup “büyüme”, “olgunlaşma” anlamına gelmektedir. Bu kavram bir durumu değil, bir süreci belirtmektedir. Sieg (1971) ergenliği “insanda bireyin yetişkine özgü ayrıcalıklarının kendisine verilmediğini hissettiği zaman başlayan ve yetişkinin tüm gücü ve toplumsal konumu toplum tarafından bireye verildiği zaman sona eren gelişim dönemi” olarak tariflemektedir (152).

Ergenlik, toplumsal, bedensel, bilişsel olgunlaşma dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecidir (153). (Onur, 2004). Değişim ve büyümenin yanı sıra başkalaşım ve dönüşümü de kapsamaktadır (154). (Parman, 1997). Spengle (1980),e göre, ergenin duygusal dünyası bir takım çelişkilerle doludur. Yalnızlıktan duyulan hazzın yanı sıra, bir gruba katılma özlemi, yetişkini hor görme, ama ona dayanma, endişe ve umutsuzluğa karşın geleceğe coşkuyla yöneliş, bu evrenin belirgin çelişkili duyguları arasında sayılabilir(155). Bu gelişimsel sorunlar duygusal alanda bir karmaşaya, düşünce ve davranışlarda anlaşılması güç değişimlere yol açmaktadır. Dürtülerdeki kabarma ve şiddetlenme ego üzerinde bozucu bir etkiye neden olmakta, biyolojik olarak ergen vücudunda meydana gelen değişimlere uyum sağlamak ve bunlara bağlı ortaya çıkan cinsel dürtülerle baş etmek konumundadır. Dönemsel

olgunlaşmaya paralel olarak ortaya çıkan bilişsel yetiler ergeni hem kendisiyle, hem de çevresiyle ilgili yeni değerlendirmelere ve soyutlamalara itmektedir (156).

Freud'a göre ergenlik dönemi, çok hızlı ve çabuk fizyolojik değişiklikleri yüzünden, problemlerin çok yoğun olduğu bir dönemdir. Örtülü evrede (6-11 yaş) uyku dönemine giren saldırgan dürtüler artık egoyu ve onun savunmalarını yenebilecek düzeyde güçlendiği için Freud ergenlik dönemini "genital evre" olarak adlandırmıştır. Erikson'a göre ise bir arayış dönemi olan ergenlik döneminde birey benliğini bulma çabasındadır. Bu dönemin en önemli gelişimsel görevi kimlik duygusunun kazanılmasıdır. Kimlik duygusunun geliştirilmemesi bireyde rol karışıklığına neden olmaktadır. Bu aşamayı başarıyla geçen genç, yetişkinlere ilişkin gelişim evresine girer. Piaget'e göre, 12 yaşından itibaren soyut düşünme yeteneği hızlı bir gelişim göstermektedir. Bu yaştan itibaren formal düşünce biçimini kazanan genç soyut düşüncelerden yola çıkarak bunları gerçek durumlara uyarlayabilir. Zihinsel gelişim kişilik gelişimini etkileyerek ahlak anlayışının gelişimini sağlamaktadır. Böylece ergen, yanlış davranışlardan cezalandırılma nedeniyle değil, kendisine doğru ve uygun gelmediği için kaçınır ve uygun davranışı hem kendi yararına, hem de toplum değerlerine uyduğu için benimser. Anne-baba ve ergen arasındaki problemler ise ebeveynlerin ergenin hayatına fazla ya da çok az müdahale ederek bağımsızlığın kazanılmasını engelleyici davranışlarda bulunmalarından kaynaklanmaktadır. Evlerinde sıcak, güvenli ve etkinliklerin paylaşıldığı ortamları bulan ergenler bu döneme iyi uyum sağlarlar (153).

Ergenlik; toplumlara, dönemlere ve kişilere göre farklı özellikler göstermektedir. Puberte ile ilgili değişimler öngörülen bir sıraya göre oluşur ancak başlama zamanı ve seyri bireyler arasında oldukça değişkenlik gösterir (157). Fiziksel, cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir (158). Ergenliğin başlama zamanı konusunda farklı görüşler söz konusudur (159). Ülkemizde, Neyzi O. ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, kızlar için ortalama meme gelişimi, pubik ve aksiller kıllanma yaşları sırasıyla 9, 8, 10,4 ve 10,8 olarak saptanmış; ortalama menarş yaşı ise $12,36 \pm 0,01$ yıl olarak bulunmuştur (160).. Ergenlik dönemi değişimleri genellikle kızlarda 10-12 yaşlar, erkeklerde ise 11-14 yaşlar arasında

başlamaktadır (161). Kızlar ortalama olarak erkeklerden iki yıl önce adolesan döneme girerler ve adolesan dönemi erkeklerden ortalama iki yıl önce sonlanır (162).

İlkel toplumlarda ergenlik dönemi erişkinlik dönemiyle çakışmakta ve ergen, üreme yeteneğini kazandığı andan itibaren artık yetişkin olarak kabul edilmektedir. Oysa günümüzde ergenlik zihinsel, duygusal ve toplumsal gelişimi de içine alan kapsamlı bir anlam taşımakta, çocuksu tutum ve davranışların yerini, yetişkin tutum ve davranışlarının şekillendiği süreci kapsamaktadır (163). Günümüzde de sosyo-ekonomik koşullar, sağlık, beslenme, iklim gibi etkenlerden dolayı farklı toplumlarda ergenlik tanımı, ergenlik başlama yaşı değişiklikler gösterebilmektedir. Örneğin, endüstriyel toplumlarda ana babaya bağımlı olarak geçirilen süre arttıkça ergenlik dönemi daha geniş bir döneme yayılmıştır (164).

Ergenlik dönemi psikososyal gelişim açısından, erken, orta ve geç ergenlik dönemi olmak üzere üç bölümde incelenir (165). Erken ergenlik, 10-14 yaşlar arası dönemi ifade eder (158). Bu dönemde sekonder seks karakterleri gelişmeye başlar. Boy uzaması, kilo artışı, iç organlarda gelişme ve bunlara bağlı fiziksel kapasite artışı, bilişsel gelişme ve buna bağlı olarak somut düşüncenin yerini soyut düşüncenin alması bu dönemin başlıca özellikleridir. En belirgin özelliği ise puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklerin yarattığı baskıya karşı gencin uyumu ve bununla baş etme çabalarıdır (149,166). Orta ergenlik, 15-17 yaşlar arası dönemdir. Fiziksel gelişimini büyük ölçüde tamamlayan ergen bu dönemde daha çok ruhsal alandaki gelişimsel sorunlar ile baş etmek zorundadır. Grup arkadaşlıkları önem kazanır ve karşı cinsle ilişkiler artar, cinsel kimlik gelişimi ilerler (149,158). Geç ergenlik; 18-21 yaşlar arası dönemdir. Geç ergenlik (18 yaş ve üstü), ergenliğin bu son dönemi kimlik gelişiminin tamamlandığı ve kimlik duygusunda bir bütünlüğe erişildiği dönemdir. Üst sınırı kültürel, ekonomik ve eğitsel faktörlerle kısmen değişebilir. Büyüme ve cinsel gelişmenin tamamlanması ile bu konuda yaşanan kaygılar sona ermiştir. Soyut düşünme süreçlerini tamamlamıştır. Geleceğe yönelik seçimlerin yapılması ve uygulama yeteneği oluşmuştur (158, 166).

2.1.2. Ergenlikte Fiziksel Gelişim

Adölesan dönemindeki önemli değişimlerden birisi hızlı fiziksel büyümedir. Ergen 3-5 yıl gibi oldukça kısa bir sürede erişkin hayattaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşır; iç organ ve salgı bezleri büyüklüklerinde, kemik, yağ ve kas kitlelerinde belirgin artış olur. Büyüme ve gelişme, adolesanda belirgin bir hızlanma gösterir ve 11-16 yaşları arasında başlayan ve genellikle 2-3 yıl süren büyüme hızlanması döneminde kızlarda ortalama 23-28 cm. erkeklerde 26-28 cm. boy artışı olur. Boyda uzama erkeklerde 14-15 yaşları arasında en hızlı olurken, kızlarda en hızlı artış dönemi 12-13 yaşlarıdır. Adolesanlarda ağırlık artışı ise ortalama 20 kg (7-30 kg) kadardır (162, 167, 168).

Ergenlik döneminde kız ve erkeklerde iskelet sisteminde meydana gelen hızlı değişiklikler, vücudun kilo ve boy olarak artışı, ergenin bazı koordinasyon güçlükleri yaşamasına yol açmak (169).

Erkeklerde ergenlik dönemine girişin en önemli göstergesi vücut yapısında ve ses tonundaki değişikliklerken kızlarda adet kanamalarının başlamasıdır. Bu evrede artan yağ dokusu sayesinde kızlarda göğüsler büyür ve bedensel hatlar ovalleşir. Erkeklerde ise kas dokusu artar ve vücudun tüm bölgeleri hızla gelişir. Ergenlik döneminde fiziksel gelişimle birlikte cinsel olgunlaşma da meydana gelir. Hormonal değişikliklerle birlikte birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri ortaya çıkar. Kızlarda pubik ve aksiller kılların çıkması, göğüslerin büyümesi, yüzde ve vücudun çeşitli bölgelerinde akne oluşumu, kalçanın büyümesi, adet kanamaları ikincil cinsiyet özellikleriyken, erkekte ise sakal ve bıyık çıkması, vücudun kıllanması, akne, sesin kalınlaşması, kas gelişimi şeklinde ortaya çıkar. Birincil cinsiyet özellikleri ise üreme fonksiyonları ile ilgili olup her iki cins için de tamamen cinsel organların gelişmesini içermektedir. Önemli olan, ergenin bütün bu değişim ve gelişmeleri benimseyerek cinsine özgü davranışları kazanabilmesidir (170).

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi adolesan dönemde oluşan majör değişiklikler; sekonder seks karakterleridir (testis ve penis gelişimi, pubik kıllanma ve meme gelişimi Tanner'in 1962'de geliştirdiği skalaya göre, seksüel olgunlaşma evreleri erkeklerde

pubik kıllanma ve genital organların gelişimi, kızlarda pubik kıllanma ve meme gelişimi baz alınarak 5 evreye ayrılmaktadır (162, 167, 168).

Erkeklerin %98'inde pubertenin ilk fiziksel işareti, testislerin büyümesidir (162). Ortalama testis volümünün 4 cm'den büyük olması cinsel gelişmenin başlama işareti olarak kabul edilir (171). Erkek seksüel gelişimi ortalama 11,6 yaşında (9,5- 13,5 yaşlar) başlar. Erkeklerde ilk ejakülasyon evre-3'de görülür. Evre-3 (ortalama 13,4 yaş) ejakülasyonunda bir miktar sperm bulunmasına rağmen, fertilité Evre-4 ile bağlantılıdır. Pubertenin ortalama süresi 2-5 yıl arasında değişebilmektedir (162). Erkeklerde genital organ ve pubik kıllanma gelişim evreleri aşağıdaki tablo ve şekillerde verilmiştir (tablo 1,).

Kızlarda pubertenin ilk fiziksel belirtisi genellikle meme gelişimi (telarş)'dır. Ancak kızların %10-20'sinde pubik kıllanma da (pubarş) ilk gösterge olabilir. Kızların seksüel gelişimi ortalama 11,2 yaş (9,0-13,4 yaş) civarında meydana gelir. Uterus ve overlerin boyutları 5 ile 7 kat arasında artar. Pubertenin ortalama süresi 4 yıldır (162). Menarş ortalama 12,5 yaşında (9-17 yaş) gerçekleşir. Menstrüel kanamaların düzenli bir karakter kazanması aylarca sürebilirken, ilk iki yıl içindeki düzensizlikler de olağan kabul edilir (171).

Kızlarda meme ve pubik kıllanma gelişim evreleri aşağıdaki tablo ve şekillerde verilmiştir (tablo 2).

Tablo 1. Erkeklerde Genital Organların Ve Pubik Kılların Gelişimi (Tanner Evrelemesi) (172)

	Genital Organlar	Pubik Kılanma
Evre 1	Penis, testis, skrotum çocukluk çağındaki görünümündedir.	Pubik kıllanma yok.
Evre 2	Skrotum ve testislerde genişleme gözlenir, ancak penis sıklıkla büyümmez. Skrotum derisi kırmızı renk alır.	Seyrek, uzun, hafif pigmentli, aşağı yönde, düz hafif kıvrık, daha çok penis tabanındadır.
Evre 3	Testis ve skrotumda daha fazla büyüme oluşur, penisin de daha çok boyu uzar.	Kıllar oldukça koyulaşır, daha kaba ve daha kıvrıktır. Kıllar pubis bileşkesine doğru daha seyrek olarak dağılır.
Evre 4	Skrotum ve testislerin büyümesi devam eder, penis boyutlarında özellikle genişliğinde büyüme söz konusudur.	Kıllar yetişkindeki gibi ancak yetiştikine göre daha küçük bir alanı kaplar; kasıklara doğru yayılmamıştır
Evre 5	Üreme organı yetişkinin görünüş ölçülerindedir	Kıllar nitelik ve nicelik olarak yetişkin tipinde olup kasıklara yayılmıştır.

Tablo 2. Kızlarda Memelerin Ve Pubik Kılırların Gelişimi (Tanner Evrelemesi)

(172)

	Memeler	Pubik Kılınma
Evre 1	Ergenlik öncesi dönem gibi.	Pubik kılınma yok.
Evre 2	Memenin tomurcuklanma dönemi. Meme ve meme ucunun yükselmesi ile şekillenen memenin hafif kabarması ve belirginleşmesi. Areola çapı genişler.	Seyrek, uzun, hafif pigmentli, aşağı yönde, düz ya da hafif kıvrık, daha çok labiumlar boyunca büyüme.
Evre 3	Meme ve areola daha da büyür, sınırları ayrılamaz.	Kıllar oldukça koyulaşır kıvrık hale gelir. Kıllar pubis bileşkesine doğru seyrek olarak dağılır
Evre 4	Areola ve meme ucu öne doğru çıkarak ikinci bir tepe belirir.	Kıllar yetişkin tipinde, yetişkine nazaran daha az yayılmış, kasıklara doğru yayılma yok.
Evre 5	Memeler erişkin kadındaki görünümü alır, areola meme çizgisine döner.	Nitelik ve nicelik olarak yetişkin ile aynı duruma gelmiş, kasıklara doğru yayılır.

2.1.3. Ergenlikte Bilişsel ve Sosyal Gelişim

Ergenlerdeki bilişsel olgunlaşma, beynin yürütücü işlevleri arasında sayılan çok çeşitli becerinin gelişmesini içerir. Bunların arasında arkadaş ilişkilerinde, sosyal ortamlarda ve bilimsel konularda somut düşünceden soyut düşünceye geçiş, kendini değerlendirme ve yeni beceriler edinilmesi yer alır (173). Piaget, ergenlikteki bilişsel uyumun sosyal ilişkiler ve ergenin arkadaşları ile kurduğu diyalogdan önemli ölçüde etkilendiğine inanmış ve sosyal bilişi ergenlikteki bilişsel gelişimin bir parçası olarak tanımlamıştır (173). Piaget'nin çocuklarda zeka ve düşüncenin gelişimini açıklayan önemli araştırmalarına göre, 12 yaşlarından başlayarak çocuklarda soyut düşünme yeteneği hızlı bir gelişme gösterir.

Ergenlikteki psikososyal gelişim, ergenin gerçekçi ve olumlu öz görünüm ve kimlik geliştirmesini zorunlu kılar (166). Kimliğin kazanılması, ergenlik döneminin en önemli psikososyal yönüdür. Görünümüne gösterdiği ilgi benliğin oluşmasına yardımcı olur. Kimliğini arayış çabası içinde kahramanlara, öğretilere, karşı cinsten kişilere tutulur. Kararsızlık ve şaşkınlık bu yaştaki gençlerin dayanışma grupları oluşturmasına neden olur. Bu dönemde ergen çocuklukta öğrenmiş olduğu kurullarla, yetişkinin geliştirmesi gereken değer yargıları arasında bocalar (174). Pek çok anne-baba, ergen çocuklarıyla iyi geçinememektedir. Yaşanan çatışmaların genellikle ahlaklı davranış, aile üyeleriyle ilişkiler, akademik başarı, sorumluluklarını yerine getirme, toplumsal etkileşimler (giyim tarzı, saç stili vs.) gibi konularla ilgilidir (175). (İnanç ve diğerleri, 2004). Ailelerin %10 ile %20 arasındaki bir bölümünde ebeveynler ve ergenler duygusal bir soğukluk ve sürekli bir öfke ve çatışma cereyanı olarak tanımlanabilecek problemlili ilişkiler içine girerler. Genellikle şehir içi komşulukları ile ilişkilendirilebilecek gençlik çeteleri, şehirlerde varoşlarda hatta kırsal kesimlerde karşılaşılabilecek tanımlanabilir bir akran grubu haline gelmektedir (176). (Lingren, 2001)

Ergenlerin yakın arkadaşlarına duydukları gereksinim çocuklarıkinden farklıdır. Bir araştırmaya göre dördüncü sınıf öğrencilerinin en çok destek gördükleri kişiler anne-baba olarak ortaya çıkarken, yedinci sınıf öğrencileri anne-babanın yanı sıra aynı cinsiyet grubundaki arkadaşlarını yakın bulduklarını belirtmiş, onuncu sınıf öğrencileri ise arkadaşlarını en sık destek aldıkları kişiler olarak belirtmişlerdir (177).

Son yıllarda ergenlik döneminde değişen ana baba ve çocuk ilişkileri üzerinde durulmaktadır. Bu dönemde ana- baba ve çocuk arasında daha önce kurulmuş olan dengeler değişir. Ergenlikle birlikte çocuk, artık evde “herhangi biri” yerine bir “kişi” olarak görülmeyi talep eder. Ana-baba ise çocuklarında ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamak zorunda kalırlar. Ergenin ana-babadan ayrılma, bağımsızlığını ortaya koyarak bireyselliğini kazanma ve gelişimsel görevini yerine getirebilmesi için ailenin önemli işlevleri vardır (178). Ergenlik döneminde gençler, akranları tarafından onay görmek için onların ilgi, değer ve tutumlarını benimsemektedirler. Akranlarıyla kurduğu ilişkide genç, eşit ilişki kurmayı, güvenli davranış göstermeyi, kendi düşüncesini ifade etmeyi, başkalarının fikirlerini hoşgörü ile karşılamayı öğrenmektedir. Grup tarafından kabul görme, gencin kendisine olan güvenini pekiştirmekte ve arkadaşları arasında duygu ve düşüncelerini rahatça dile getirmesine katkıda bulunmaktadır (179).

2.1.4. Ergenlikte Duygusal Gelişim

Duygu organizmanın fizyolojik uyarılar karşısında bütünsel bir tepki olarak yaşadığı farkındalık durumu uyarıcılara karşı verdiği içsel ve öznel tepkidir. Ergenlik döneminde gösterilen duygusal tepki örüntüleri, çocuklukta yavaş yavaş ortaya çıkan örüntülerin devamı niteliğindedir. Ergen bu dönemde mutluluk, sevgi, şefkat gibi olumlu duyguların yanında korku (somut şeylere, benliğe, toplumsal ilişkilere, bilinmeyene ilişkin), fobiler(yükseklik, kan, açık alan, sosyal fobi), kaygı, öfke gibi duyguları sıklıkla yaşar (175). Hızlı bedensel değişimin dolaylı olarak yarattığı ruhsal değişimler nedeniyle mutlu, uysal, dengeli ergenin yerini kaygılı, tedirgin, dengesiz, uyumsuz ergen almaktadır. Bocalama ve kararsızlık içinde olan ergenin duyguları, ilgileri değişmekte coşkuları ölçsüz, sınırsız ve dengesiz şekilde farklılık göstermektedir (180). Ergenlik döneminin karmaşık ruhsal özellikleri incelendiğinde ortaya dengesiz ve sağlıksız bir görünüm çıkar: Sinirlilik, birden tepki gösterme, öfke patlamaları, çabuk sevinip, çabuk üzülme, içe kapanma ile coşku arasında gidiş gelişler, bencillik, kaygılar, güvensizlik, kararsızlık ve birçok özellik. Öyle ki, bu özellikler bir yetişkinde toplandığı zaman o kişiye ruh sağlığı bozuk ya da uyumsuz tanısı konabilir (181). Bu nedenle yetişkini psikolojik açıdan değerlendirme ile ergeni bu açıdandeğerlendirme kriterlerinin farklı olduğunu ve hatta bu çağın uyumsuzluğunun

Anna Freud'un da vurguladığı gibi bir sağlık göstergesi sayılması gerektiği üzerinde durur.



GEREÇ VE YÖNTEM

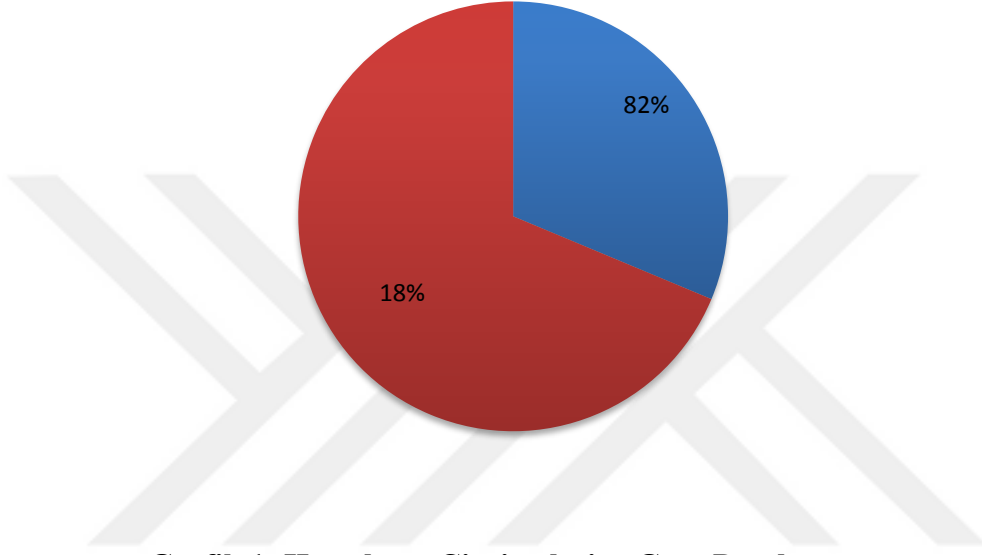
Çalışmamıza Ocak 20013 – Mayıs 2016 tarihleri arasında oral yolla alınabilen ajanlarla suisid girişiminde bulunmuş ve Dicle Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi Yoğun bakım servisine yatırılıp takip edilmiş 11 – 20 yaş arasında olan adölesan vakaları çalışmaya dahil edildi. Çalışmamızda olguların sosyodemografik özelliklerini retrospektif olarak inceledik. Çalışmamızda Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nin klinik uygulamaları ve iyi laboratuvar uygulamaları etik kurallarına uyuldu. Çalışmaya başlamadan önce Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı.

Çalışmamızda olguların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyleri, okudukları sınıf, varsa eğer psikiyatrik veya fiziki bir rahatsızlık varlığı, sigara – alkol –diğer madde kullanım durumu, intihar girişimi sayısı, yaşadıkları il/ilçe/ köy, anne – baba yaşı , anne – baba eğitim durumu, anne babanın birliktelik / ayrılık durumu, kardeş sayısı, hanede yaşayan birey sayısı, ailede psikiyatrik rahatsızlığa sahip birey varlığı, ailede intihar girişiminde bulunan birey varlığı, ailenin gelir düzeyi, kullanılan ilaç adeti / miktarı, suisidal girişimde kullanılan ajan çeşitleri / isimleri, girişim sonrası psikiyatri tarafından konulan tanı ve bu faktörlerin birbirleriyle ilişkisi incelendi. Verilerin elde edilmesi amacıyla Dicle Üniversitesi Hastane Bilgi Sistemi'nden (PROBEL™) yararlanıldı. Hastaların girişim sonrası psikiyatrik muayeneleri çocuk psikiyatri uzmanları tarafından yapıldı.

Vaka bilgi formlarından elde edilen verilerin analizi SPSS 16.0 istatistik programı (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlendi ve normal dağılıma uygun oldukları görüldü. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde, nominal değişkenler için ise olgu sayısı ve sıklık biçiminde gösterildi. Sürekli değişken grupları Student t-testi, nominal değişkenler ki-kare veya Fisher'in kesin sonuçlu testleriyle karşılaştırıldı. Verilerin dağılımını normal olduğundan aralarındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile araştırıldı. $P<0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

İntihar girişiminde bulunan 50 kişilik hasta grubunun 41 i kadın (% 82) ve 9 u erkekten (% 18); oluşmaktadır. (Grafik 1)



Grafik 1: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Hastaların cinsiyetlerine göre aldıkları ilaç miktarları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ($p= 0,522$) bulunmamıştır. (Tablo 1)

Tablo 3: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Aldıkları ilaç miktarı

Alınan ilaç miktarı	Kadın	Erkek
Bilinmiyor	3 (11,1%)	1 (7,3%)
5 tablettten az	6 (0,0%)	0 (14,6%)
5 – 10 tablet arası	7 (22,2%)	2 (17,1%)
10 – 15 tablet arası	8 (44,4%)	4 (19,5%)
15 – 20 tablet arası	9 (11,1%)	1 (22,0%)
20 tablettten fazla	8 (11,1%)	1 (19,5%)

Hastaların cinsiyetlerine göre eğitim seviyeleri karşılaştırıldığında anlamlı fark ($p = 0,881$) bulunmamıştır. (Tablo 2)

Tablo 4: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Eğitim Seviyeleri

Eğitim Seviyesi	Kadın	Erkek
Okuma – yazma yok	1 (2,4%)	0 (0,0%)
Terk	7 (17,1%)	1 (11,1%)
İlkokul	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Ortaokul	22 (53,7%)	6 (66,7%)
Lise	11 (26,8%)	2 (22,2%)

Hastaların cinsiyetlerine göre gelir düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark ($p = 0,164$) bulunamadı. Her iki grubumuzda ki adölesanlar da düşük ve orta gelir seviyesine sahipken, yüksek gelir seviyesine sahip vakamız yoktu.

Tablo 5: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Gelir Düzeyleri

Gelir Düzeyi	Kadın	Erkek
Düşük	32 (78,0%)	5 (55,6%)
Orta	9 (22,0%)	4 (44,4%)
Yüksek	0 (% 0,0)	0 (% 0,0)

Hastaların cinsiyetlerine göre özel odaya sahip olup – olmadıkları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ($p = 0,297$) saptanmadı.

Tablo 6: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Özel Odaya Sahip Olup – Olmadıklarının Karşılaştırılması

Özel Oda	Kadın	Erkek
Var	4 (9,8%)	2 (22,2%)
Yok	37 (90,2%)	7 (77,8%)

Hastaların cinsiyetlerine göre psikiyatrik rahatsızlığa sahip olup olmadıkları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ($p = 0,297$) bulunmadı.

Tablo 7: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Psikiyatrik Rahatsızlığa Sahip Olup Olmadıklarının Karşılaştırılması

Psikiyatrik Rahatsızlık	Kadın	Erkek
Var	4 (9,8%)	2 (22,2%)
Yok	37 (90,2%)	7 (77,8%)

Hastaların cinsiyetlerine göre tekrar suisit sayıları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ($p = 0,403$) saptanmadı (Tablo 6).

Tablo 8: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tekrar Suisid Sayıları

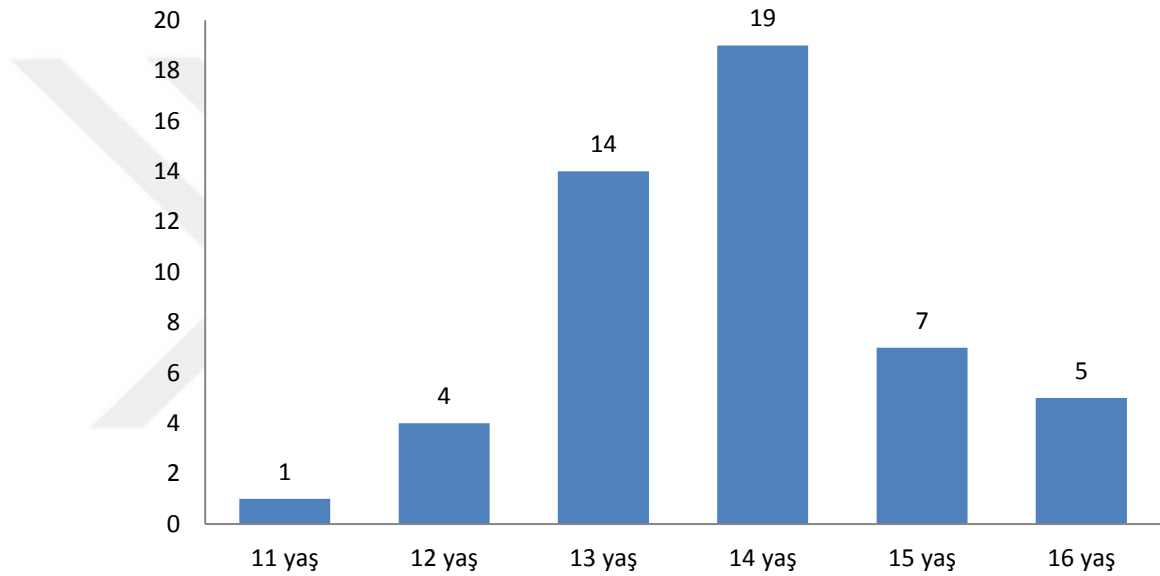
İntihar girişimi sayısı	Kadın	Erkek
İlk	38 (92,7%)	9 (100,0%)
Birden Fazla	3 (7,3%)	0 (0,0%)

Cinsiyet ile ailede suisidal girişimde bulunan kişi varlığı arasında anlamlı bir fark ($p = 0,902$) bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 9: Cinsiyet İle Ailede Suisidal Girişimde Bulunan Kişi Varlığı Arasındaki İlişki

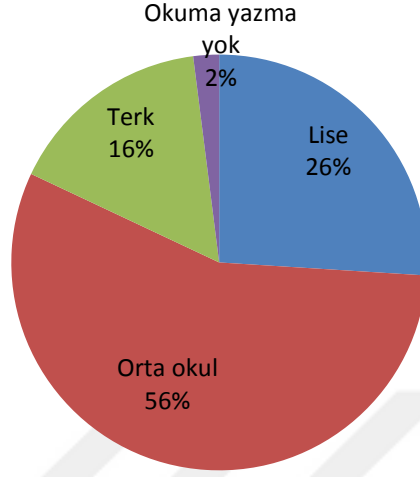
Ailede suisidal girişim	Kadın	Erkek
Var	4 (9,8%)	1(11,1%)
Yok	37 (90,2%)	8 (88,9%)

Yaptığımız çalışmada suicidal girişimde bulunan adölesanların yaş ortalaması 13,8 olarak görüldü. En küçüğü 11, en büyüğü 16 yaşındaydı. Cinsiyete göre gruplandırdığımızda ise kadınların yaş ortalaması 13,7, erkeklerin yaş ortalaması ise 14,2 olarak görüldü. Her iki grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark ($p = 0,275$) tespit edilmedi. Hastalarımızı yaşlarına göre gruplandırdığımızda ise 1 kişi (% 2) 11 yaşında, 4 kişi (% 8) 12 yaşında, 14 kişi (% 28) 13 yaşında, 19 kişi (% 38) 14 yaşında, 7 kişi (% 14) 15 yaşında, 5 kişi (% 10) 16 yaşındaydı (Grafik 2).



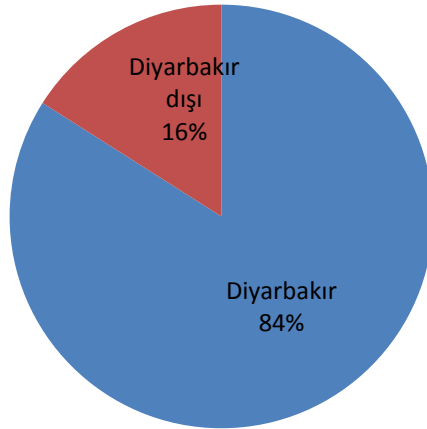
Grafik 2: Yaşa Göre Dağılım

Hastalarımız eğitim durumuna göre sınıflandırıldığında 13 kişi (% 26) lisede okuyor, 28 kişi (% 56) ortaokul da okuyor, 8 kişi (% 16) eğitimini yarıda terk etmiş, 1 kişinin (% 2) ise okuma yazması yok. (Grafik 3)

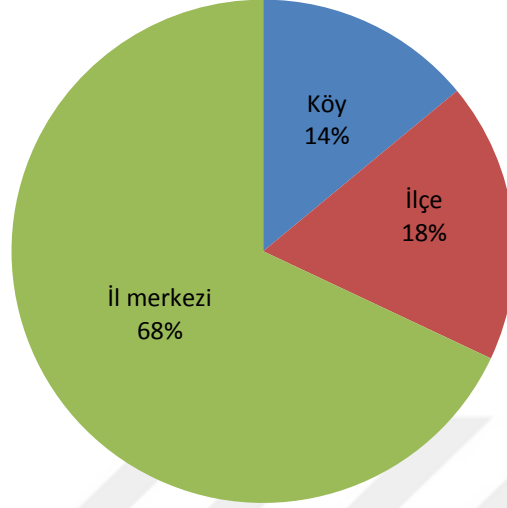


Grafik 3: Hastaların Eğitim Seviyelerine Göre Sınıflandırılması

Hastaları geldikleri ile göre değerlendirdiğimizde 8 kişi (%16) Diyarbakır dışından, 42 kişi (% 84) ise Diyarbakır'dan gelmişti (Grafik 4). Hastaların 7 si (% 14) köyden, 9 u (%18) ilçeden, 34 ü ise (% 68) şehir merkezinden gelmişti (Grafik 5).



Grafik 4: Hastaların Diyarbakır ve Diğer İllerden Gelmelerine Göre Sınıflandırılması



Grafik 5: Hastaların Köy / İlçe ve Şhirden Gelmelerine Göre Sınıflandırılması

Hastaların köy/ilçe ve ya şhirden gelmelerinin eğitim seviyelerini etkileyip etkilemediği değerlendirildiğinde anlamlı bir fark ($p = 0,113$) olmadığı görüldü. (Tablo 8)

Tablo 10: Hastaların Yaşadıkları Yer İle Eğitim Seviyelerinin İlişisinin Değerlendirilmesi

Eğitim Seviyesi	Köy	İlçe	Şehir
Okuma Yazma Yok	0 (%0,0)	1 (%2)	0 (%0,0)
Terk	3 (%6)	1 (%2)	4 (%8)
Ortaokul	3 (%6)	6 (%12)	19 (%38)
Lise	1 (%2)	1 (%2)	11 (%22)

Hastaların köy/ilçe ve ya şehirden gelmelerinin tekrar suisid girişiminde bulunmalarını etkiliyor mu diye değerlendirdiğimizde anlamlı bir fark ($p = 0,472$) saptanmadı. (Tablo 9)

Tablo 11: Hastaların Köy/İlçe Veya Şehirden Gelmeleri İle Tekrar Suisid Girişiminde Bulunmaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tekrar suisid girişim sayısı	Köy	İlçe	Şehir
Bir	7 (%14)	9 (%18)	31 (%62)
Birden fazla	0 (%0,0)	0 (%0,0)	3 (%6)

Hastaların köy/ilçe ve ya şehirden gelmeleri ile psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olmaları arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde, anlamlı bir fark ($p=0,201$) saptanmadı.(Tablo 10)

Tablo 12: Hastaların Köy/İlçe Veya Şehirden Gelmeleri İle Psikiyatrik Rahatsızlıklara Sahip Olmaları Arasında İlişki

Psikiyatrik Rahatsızlık	Köy	İlçe	Şehir
Var	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (12,0%)
Yok	7 (14,0%)	9 (18,0%)	28 (56,0%)

Hastaların köy/ilçe ve ya şehirden gelmelerinin aldıkları ilaç miktarını etkilemediği ($p = 0,340$) görüldü. (Tablo 11)

Tablo 13: Hastaların Köy/İlçe Veya Şehirden Gelmeleri İle Aldıkları İlaç Miktarının Değerlendirilmesi

Alınan ilaç sayısı	Köy	İlçe	Şehir
5 tablettten az	0 (%0,0)	1 (%2)	5 (%10)
5 – 10 tablet arası	0 (%0,0)	2 (%4)	7 (%14)
10 – 15 tablet arası	1 (%2)	2 (%4)	9 (%18)
15 – 20 tablet arası	3 (%6)	1 (%2)	6 (%12)
20 tablettten fazla	1 (%2)	3 (%6)	5 (%10)
Bilinmiyor	2 (%4)	0 (%0,0)	2 (%4)

Yaptığımız çalışmada hastaların 6 sınıfın (% 12) daha önceden psikiyatrik rahatsızlık tanısı almış olduğu, 44 ünün (% 88) daha önceden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık tanısı olmadığı görüldü. Hastaların eğitim seviyeleri ile psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olmaları arasında ilişki bulunmadı ($p = 0,956$).

Tablo 14: Hastaların Eğitim Seviyeleri İle Psikiyatrik Bir Rahatsızlığa Sahip Olmaları Arasında İlişkinin Değerlendirilmesi

Psikiyatrik rahatsızlık	Terk	Okuma Yazma yok	Orta okul	Lise
Yok	7 (14,0%)	1 (2,0%)	25 (50,0%)	11 (22,0%)
Var	0 (0,0%)	1 (2,0%)	3 (6,0%)	2 (4,0%)

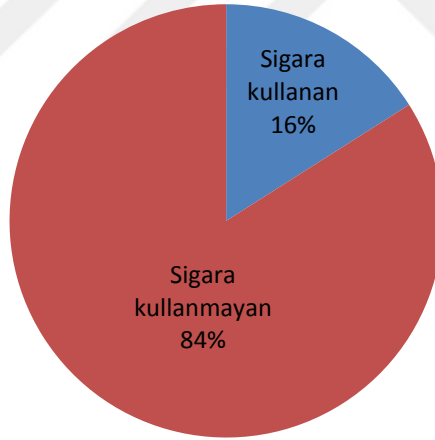
Hastaların gelir düzeyleri ile daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip olup olmamaları arasındaki ilişki değerlendirilince anlamlı bir fark saptandı ($p = 0,000$). Orta gelir düzeyine sahip hastaların yüzde 46,2 si daha önceden psikiyatrik rahatsızlık tanısı almışken, düşük gelir seviyesindekilerin hiçbirinde psikiyatrik rahatsızlık tanısı yoktu. (Tablo 13)

Tablo 15: Hastaların Gelir Düzeyleri İle Daha Önceden Psikiyatrik Bir Rahatsızlığa Sahip Olmaları Arasındaki İlişki

Psikiyatrik Rahatsızlık	Düşük gelir düzeyi	Orta gelir düzeyi	Yüksek gelir düzeyi
Yok	37 (74,0%)	7 (14,0%)	0 (0,0%)
Var	0 (0,0%)	6 (12,0%)	0 (0,0%)

Hastaların intihar girişimi sayıları değerlendirildiğinde 3 hastanın (% 6) birden fazla girişimde bulunduğu, 47 hastanın (% 94) ise ilk girişimi olduğu görüldü.

Yaptığımız çalışmada hastaların 8 inin (% 16) sigara kullandığı, 42 sinin (% 84) ise sigara kullanmadığı görüldü. (Grafik 6). Olguların tümü alkol veya uyuşturucu madde kullanmadığını beyan etti.



Grafik 6: Hastaların Sigara Kullanımının Değerlendirilmesi

Hastaların psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmasıyla, ailelerinde girişimde bulunan birinin olması arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark bulundu ($p = 0,000$). Ailesinde girişimde bulunan bireyin olduğu hastaların % 60'ın da psikiyatrik rahatsızlık olduğu görüldü, ailesinde girişimde bulunan bireyin olmadığı hastaların ise % 6,7 sinde psikiyatrik rahatsızlık tanısı olduğu tespit edildi (Tablo 14).

Tablo 16: Hastaların Psikiyatrik Rahatsızlığa Sahip Olmasıyla, Ailelerinde Girişimde Bulunan Birinin Olması Arasındaki İlişki

Ailesinde suisid girişimde bulunan	Psikiyatrik rahatsızlık var	Psikiyatrik rahatsızlık yok
Var	3 (6,0%)	2 (4,0%)
Yok	3 (6,0%)	42 (84,0%)

Yaptığımız çalışma da hastaların psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmasıyla tekrar intihar girişiminde bulunmaları arasındaki anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,000$). Psikiyatrik tanısı olan hastaların tümü birden fazla girişimde bulunmuşken, psikiyatrik tanısı olmayan hastalar ise sadece bir defa girişimde bulunmuş (Tablo 15).

Tablo 17: Hastaların Psikiyatrik Rahatsızlığa Sahip Olmasıyla Tekrar İntihar Girişiminde Bulunmaları Arasındaki İlişki

İntihar girişimi sayısı	Psikiyatrik rahatsızlık var	Psikiyatrik rahatsızlık yok
İlk girişim	3 (% 6,4)	44 (% 93,6)
Birden fazla	3 (% 6,4)	0 (% 0,0)

Ailesinde girişimde bulunan ve bulunmayan hastalar, suisid girişimi sayıları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$). Ailesinde girişimde bulunan bireyin olduğu hastaların % 60 ı birden fazla girişimde bulunmuşken, ailesinde girişimde bulunan birey olmayan hastaların ise bir defa suisidal girişimde bulunduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 18: Ailesinde Girişimde Bulunan Ve Bulunmayan Hastaların Suisidal Girişim Sayıları Açısından Karşılaştırılması

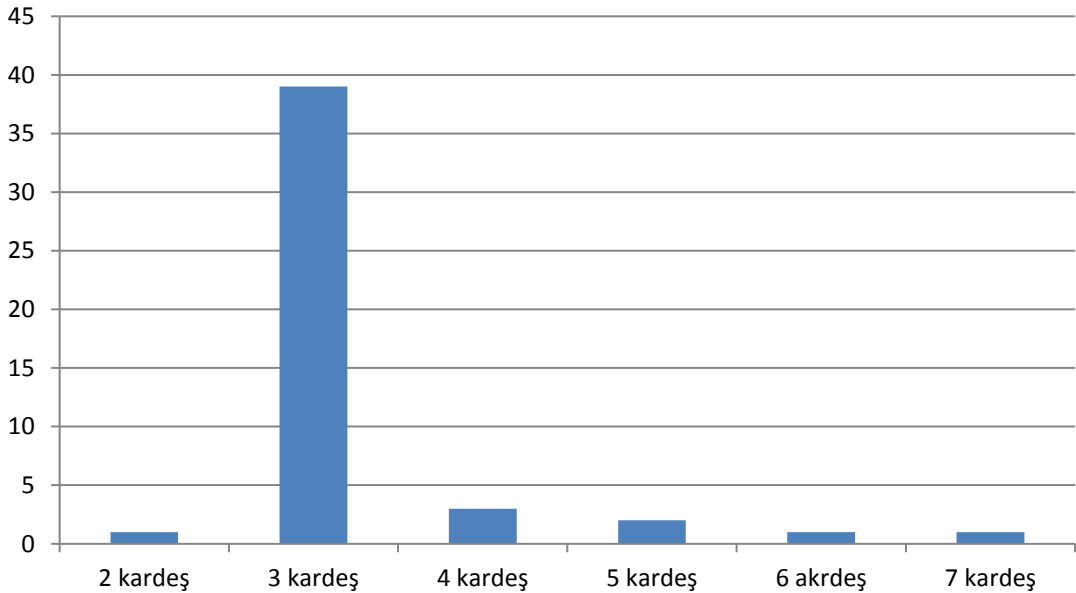
Ailede girişimde bulunan birey	İlk intihar girişimi	Birden fazla intihar girişimi
Var	2 (% 4)	3 (% 6)
Yok	45 (% 90)	0 (% 0,0)

Hastalar gelir düzeylerine göre sınıflandırıldığında 37 sinin (% 74) düşük gelir seviyesinde, 13 ünün ise (% 26) orta gelir seviyesinde olduğu görüldü. Hastaların hiçbiri yüksek gelir seviyesine sahip değildi. Hastaların gelir seviyesine göre eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark ($p = 0,537$) saptanmadı (Tablo 17).

Tablo 19: Hastaların Gelir Seviyesine Göre Eğitim Düzeylerinin Değerlendirilmesi

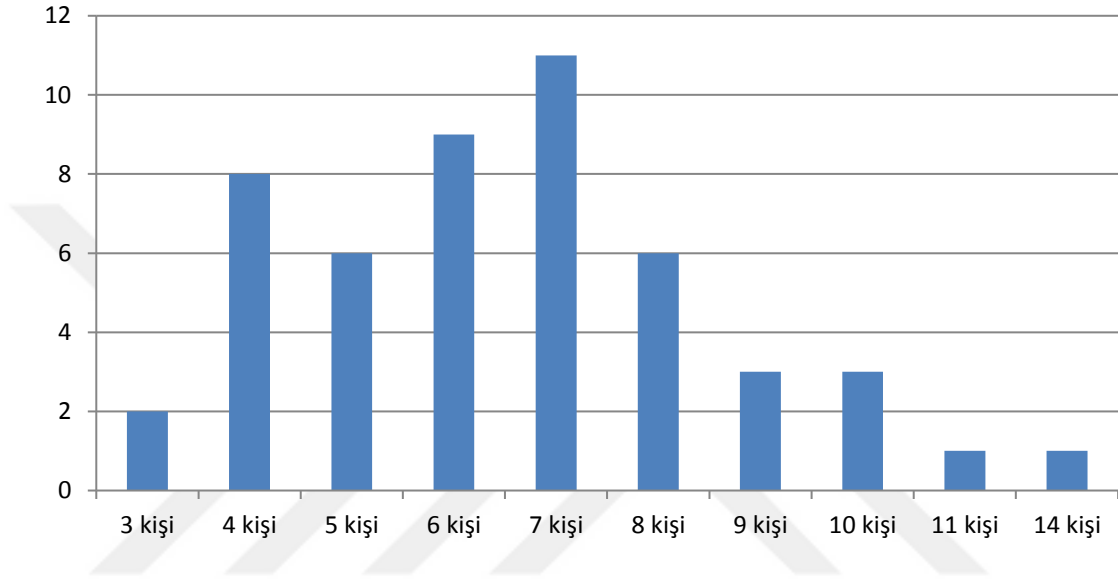
Eğitim Seviyesi	Gelir seviyesi düşük	Gelir seviyesi orta
Okuma yazma yok	1 (% 2)	0 (% 0,0)
Terk	7 (% 14)	1 (% 2)
Ortaokul	21 (% 42)	7 (% 14)
Lise	8 (% 16)	5 (% 10)

Hastaları kardeş sayılarına göre incelediğimizde; 2 kardeş olanlar 1 (% 2) kişi , 3 kardeş olanlar 39 (% 78) kişi , 4 kardeş olanlar 3 (% 6) kişi , 5 kardeş olanlar 2 (% 4) kişi , 6 kardeş olanlar 1 (% 2) kişi , 7 kardeş olanlar 1 (% 2) kişi , 8 kardeş olanlar 2 (% 4) kişi , 10 kardeş olanlar 1 (% 2) kişi olarak görüldü (Grafik 7).



Grafik 7: Hastaların Kardeş Sayılarına Göre Değerlendirilmesi

Hastaları, evlerinde yaşayan kişi sayılarına bakarak değerlendirdiğimizde; evinde toplam 3 kişi yaşayan hasta sayısı 2 (% 4), 4 kişi olan hasta sayısı 8 (% 16), 5 kişi olan hasta sayısı 6 (% 12), 6 kişi olan hasta sayısı 9 (% 18), 7 kişi olan hasta sayısı 11 (% 22), 8 kişi olan hasta sayısı 6 (% 12), 9 kişi olan hasta sayısı 3 (% 6), 10 kişi olan hasta sayısı 3 (% 6), 11 kişi olan hasta sayısı 1 (% 2), 14 kişi olan hasta sayısı 1 (% 2) olarak görüldü.



Grafik 8: Hastaların Hane Kişi Sayısına Göre Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada daha önceden psikiyatrik rahatsızlık tanısı almış hastaların evlerinde yaşayan kişi sayısına baktığımızda, evde yaşayan birey sayısının bu rahatsızlığın gelişmesinde anlamlı bir katkısı olmadığı ($p= 0,726$) görüldü. Psikiyatrik rahatsızlık tanısı alan hastaların 2 sinin evinde 4 kişi, 2 sinin 5 kişi, 1 inin 6 kişi, 1 inin ise evinde 7 kişi yaşadığı görüldü. (Tablo 18)

Tablo 20: Hane Kişi Sayısı İle Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığının Değerlendirilmesi

Psikiyatrik Rahatsızlık	Hane kişi sayısı 3	Hane kişi sayısı 4	Hane kişi sayısı 5	Hane kişi sayısı 6	Hane kişi sayısı 7	Hane kişi sayısı 8	Hane kişi sayısı 9	Hane kişi sayısı 10	Hane kişi sayısı 11	Hane kişi sayısı 14
Var	0 (%0,0)	2 (%4)	2 (%4)	1 (%2)	1 (%2)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)
Yok	2 (%4)	6 (%12)	4 (%8)	8 (%16)	10 (%20)	6 (%12)	3 (%6)	3 (%6)	1 (%2)	1 (%2)

Ayrıca aile bireylerinde psikiyatrik rahatsızlık tanısı olan hastaların, evlerinde yaşayan kişi sayılarına baktığımızda, evde yaşayan birey sayısının ailede herhangi birinde psikiyatrik rahatsızlığa yol açmada etken olan bir faktör olmadığı ($p= 0,347$) tespit edildi (Tablo 19). Ailede suicidal girişimde bulunan birey olması ile hanede yaşayan kişi sayısı arasındaki ilişkiye baktığımızda anlamlı bir fark ($p= 0,608$) tespit edilmedi. Özetlersek, hane kişi sayısının aileden herhangi birinde veya bireyin kendisinde intihar girişimi için bir risk faktörü olmadığı tespit edildi (Tablo 20).

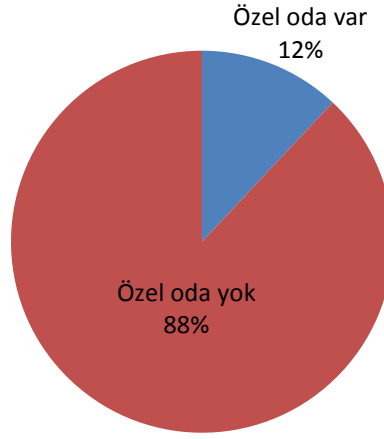
Tablo 21: Hane Kişi Sayısı İle Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Psikiyatrik Rahatsızlık	Hane kişi sayısı 3	Hane kişi sayısı 4	Hane kişi sayısı 5	Hane kişi sayısı 6	Hane kişi sayısı 7	Hane kişi sayısı 8	Hane kişi sayısı 9	Hane kişi sayısı 10	Hane kişi sayısı 11	Hane kişi sayısı 14
Var	0 (%0,0)	2 (%4)	2 (%4)	0 (%0)	5 (%10)	1 (%2)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)
Yok	2 (%4)	6 (%12)	4 (%8)	9 (%18)	6 (%12)	5 (%10)	3 (%6)	3 (%6)	1 (%2)	1 (%2)

Tablo 22: Hane Kişi Sayısı İle Aile de Suicidal Girişimde Bulunan Birey Varlığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ailede Suicidal girişimi	Hane kişi sayısı 3	Hane kişi sayısı 4	Hane kişi sayısı 5	Hane kişi sayısı 6	Hane kişi sayısı 7	Hane kişi sayısı 8	Hane kişi sayısı 9	Hane kişi sayısı 10	Hane kişi sayısı 11	Hane kişi sayısı 14
Var	0 (%0,0)	1 (%2)	2 (%4)	0 (%0,0)	2 (%4)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)
Yok	2 (%4)	7 (%14)	4 (%8)	9 (%18)	9 (%18)	6 (%12)	3 (%6)	3 (%6)	1 (%2)	1 (%2)

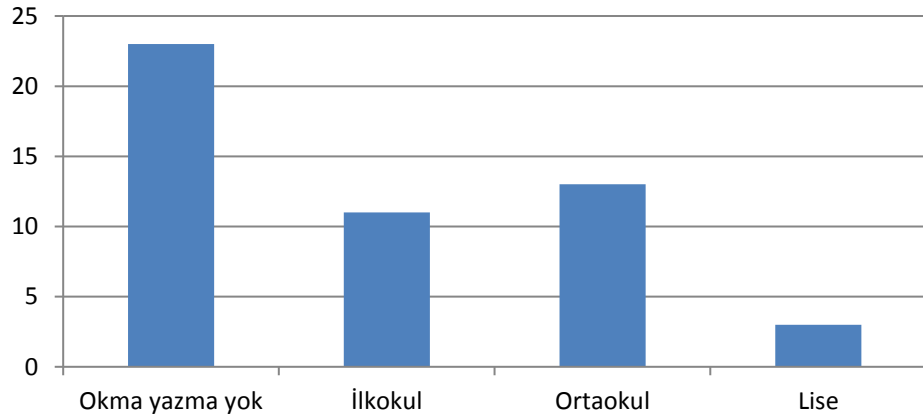
Hastaları özel odalarının olup olmamasına göre değerlendirdiğimizde; hastaların 6 sınıfın (% 12) özel odaya sahip olduğu, 44 ünün (% 88) ise özel odaya sahip olmadığı görüldü.



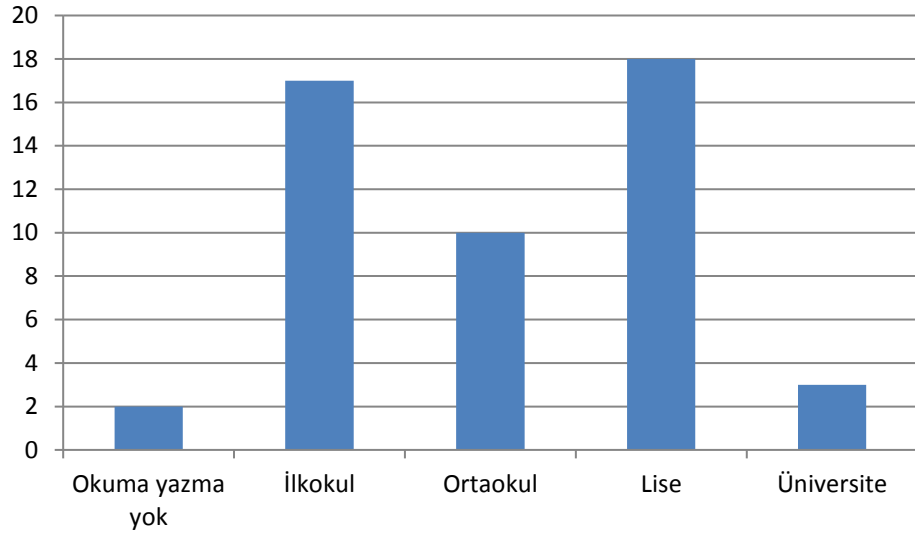
Grafik 9: Hastaların Özel Odaya Sahip Olmalarına Göre Değerlendirilmesi

Hastaların ebeveynlerinin 16 sınıfın (% 32) akraba olmadığı, 34 ünün ise (% 68) akraba olduğu görüldü. Hastaların anne ve baba yaş ortalamalarına baktığımızda; annelerin yaş ortalamasını 42.85, babaların yaş ortalamasını 45.91 olarak tespit ettik. En küçük anne yaşı 29, en büyüğü 61, en küçük baba yaşı 33 ve en büyük baba yaşı 64 idi.

Hastaların annelerinin eğitim seviyelerine baktığımızda; 23 annenin okuma yazmasının olmadığı, 11 annenin ilkokul mezunu olduğu, 13 annenin ortaokul mezunu olduğu ve 3 annenin de lise mezunu olduğu görüldü (Grafik 10). Babaların eğitim seviyesine baktığımızda ise 2 kişinin okuma yazmasının olmadığı, 17 kişinin ilkokul mezunu olduğu, 10 kişinin ortaokul mezunu olduğu, 18 kişinin lise mezunu olduğu ve 3 kişinin de üniversite mezunu olduğu görüldü (Grafik 11).

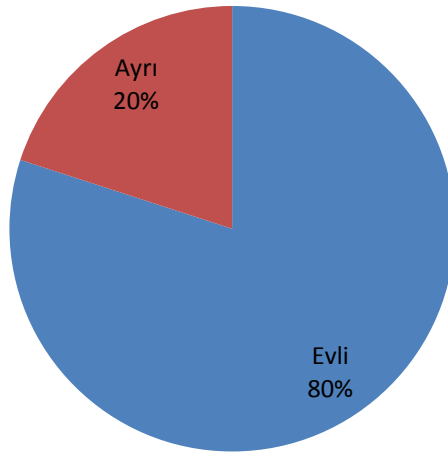


Grafik 10: Annelerin Eğitim Seviyelerinin Değerlendirilmesi



Grafik 11: Babaların Eğitim Seviyelerinin Değerlendirilmesi

Hastaların ebeveyn durumuna göre incelediğimizde; 10 kişinin (% 20) boşanma veya ölüm gibi sebeplerden dolayı ayrı olduğu, 40 ebeveynin (% 80) ise birlikte yaşadığı görüldü.



Grafik 12: Hastaların Ebeveyn Birliktelik Durumunun İncelenmesi

Ebeveynlerin ayrı ya da birlikte yaşamalarının hastaların eğitim seviyeleri üzerine bir etken olup olmadığını değerlendirdiğimizde, ikisinin arasında anlamlı bir fark ($p= 0,384$) bulmadık (Tablo 21). Psikiyatrik rahatsızlık tanısı olan çocukların

ebeveynlerinin durumunu incelediğimiz de yine anlamlı bir fark ($p= 0,828$) tespit edilmedi (Tablo 22).

Tablo 23: Ebeveyn Durumu İle Hastaların Eğitim Seviyelerinin İncelenmesi

Ebeveyn durumu	Lise	Ortaokul	Okul terk	Okuma yazma yok
Evli	1 (% 2)	8 (% 16)	1 (% 2)	0 (% 0,0)
Ayrı	12 (% 24)	20 (% 40)	7 (% 14)	1 (% 2)

Tablo 24: Psikiyatrik Rahatsızlık Tanısı Alan Çocukların Ebeveyn Durumlarının Değerlendirilmesi

Ebeveyn durumu	Psikiyatrik rahatsızlık var	Psikiyatrik rahatsızlık yok
Evli	5 (% 10)	35 (% 70)
Ayrı	1 (% 2)	9 (% 18)

Ebeveynlerin ayrı ve ya birlikte yaşamasının hastaların suicidal girişim sayısı üzerine etkisini değerlendirdiğimiz de anlamlı bir fark ($p= 0,552$) bulunmadı (Tablo 23).

Tablo 25: Ebeveyn Durumu İle Hastaların Suisidal Girişim Sayılarının Değerlendirilmesi

Ebeveyn durumu	İlk suicidal girişim	Birden fazla girişim
Evli	38 (% 76)	2 (% 4)
Ayrı	9 (% 18)	1 (% 2)

Ebeveynlerin ayrı ve ya birlikte yaşamalarının ailedeki diğer bireylerde psikiyatrik rahatsızlığa yol açma riski değerlendirildiğinde, evli yada ayrı olmanın arasında anlamlı bir fark ($p = 0,377$) tespit edilmedi (Tablo 24). Ebeveyn durumunun

ailenin diğ er bireylerinde suisid girişimini etkileyip etkilemediğini değerlendirdiğimizde yine anlamlı bir fark ($p= 0,239$) bulunmadı (Tablo 25).

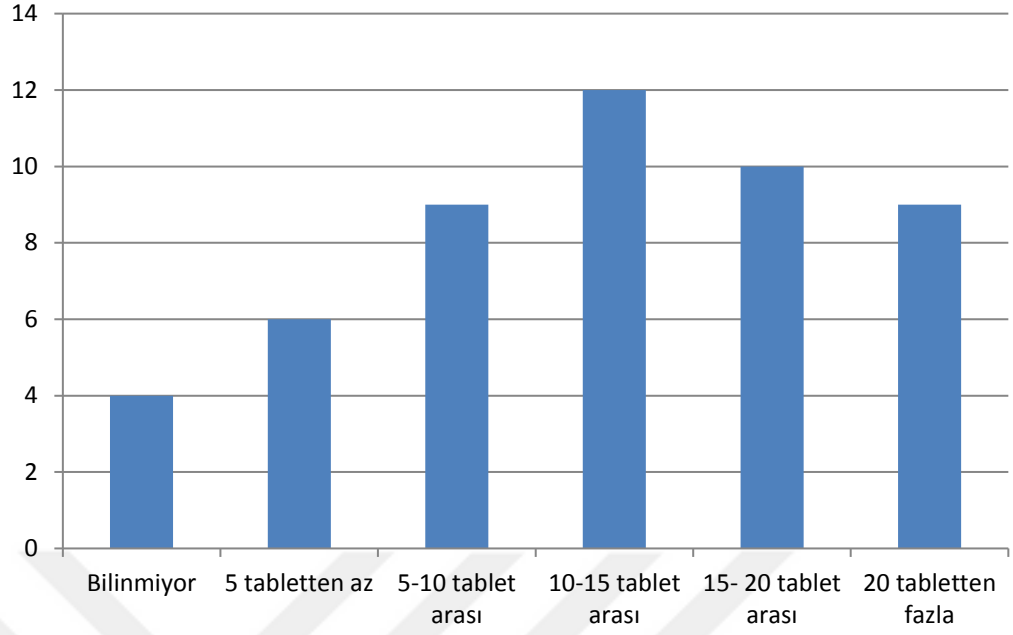
Tablo 26: Ebeveyn Durumu İle Ailede Psikiyatrik Rahatsızlık Varlığının İncelenmesi

Ebeveyn durumu	Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey var	Ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan birey yok
Evli	7 (% 14)	33 (% 66)
Ayrı	3 (% 6)	7 (% 14)

Tablo 27: Ebeveyn Durumu İle Ailede Suisidal Girişimde Bulunan Birey Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Ebeveyn durumu	Ailede suisidal girişimi olan birey var	Aile suisidal girişimi olan birey yok
Evli	3 (% 6)	37 (% 74)
Ayrı	2 (% 4)	8 (% 16)

Hastaların aldığı ilaç miktarına baktığımızda; 4 hastanın (% 8) aldığı ilaç miktarı tespit edilemezken, 6 hasta (% 12) 5 tabletten az, 9 hasta (% 18) 5 - 10 tablet arası, 12 hasta (% 24) 10 - 15 tablet arası, 10 hasta (% 20) 15 - 20 tablet arası, 9 hasta (% 18) 20 tabletten fazla ilaç almıştır (Grafik 13). Hastaların girişim sayılarının aldıkları ilaç miktarını etkilemediği ($p = 0,177$) görüldü (Tablo 26).

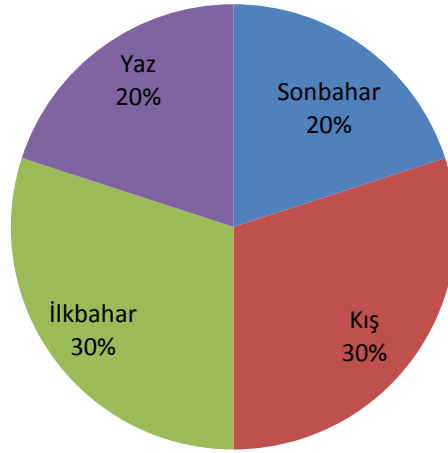


Grafik 13: Hastaların Aldıkları İlaç Miktarının Değerlendirilmesi

Tablo 28: Suisid Girişim Sayısı İle Alınan İlaç Miktarının Değerlendirilmesi

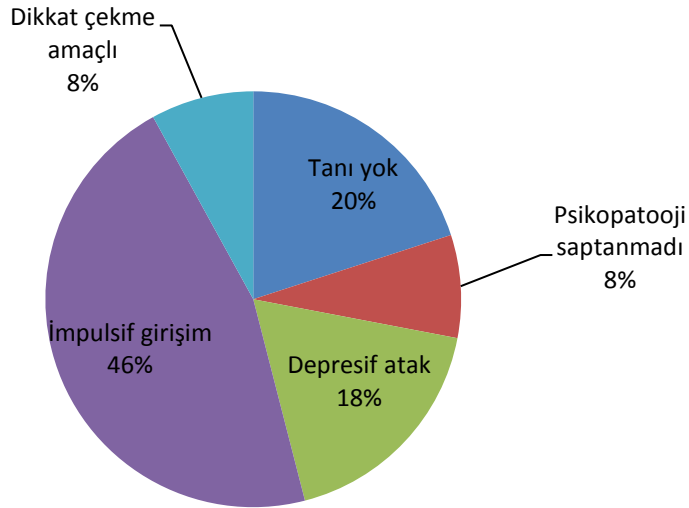
Suisid girişim sayısı	Bilinmiyor	5 tabletten az	5-10 tablet arası	10-15 tablet arası	15-20 tablet arası	20 tablettenden fazla
İlk	4 (% 8)	9 (%18)	5 (% 10)	12 (% 24)	10 (% 20)	7 (% 14)
Birden fazla	0 (0,0)	1 (%2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (% 4)

Hastaları suicidal girişimde buldukları mevsime göre incelediğimizde; 15 hasta (% 30) ilkbahar da, 10 hasta (% 20) yaz mevsimin de, 10 (% 20) hasta sonbahar da, 15 hasta da (% 30) kış mevsiminde girişimde bulunmuştur (Grafik 14).



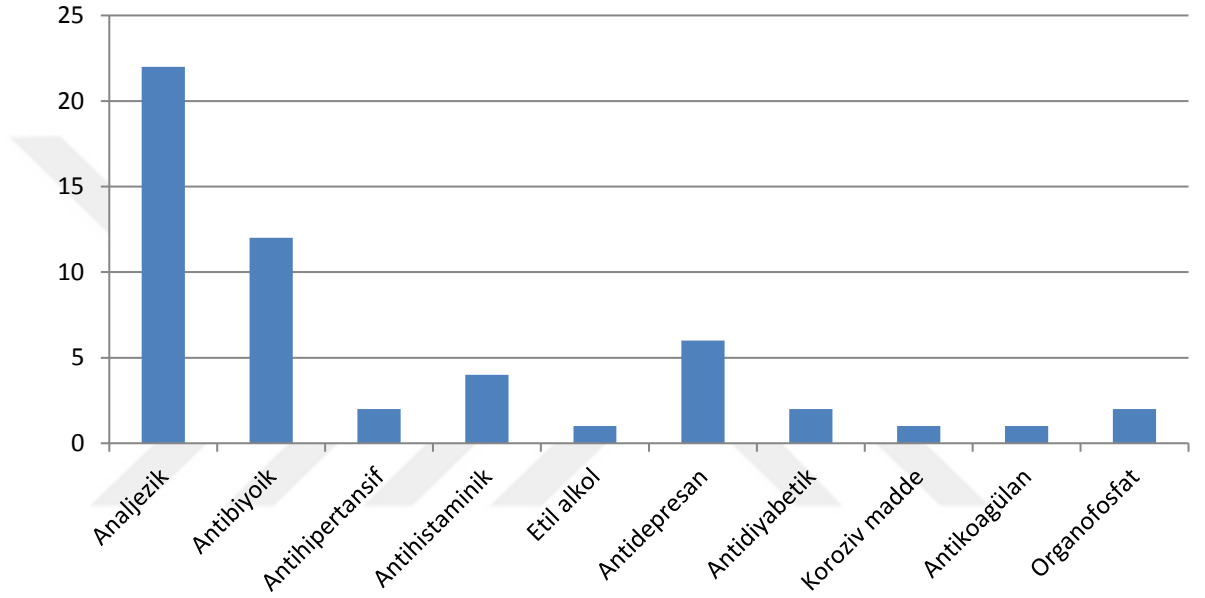
Grafik 14: Hastaların İntihar Girişimlerinin Mevsimlere Göre İncelenmesi

Hastaların intihar girişimi sonrasında; 9 una (% 18)depresif atak tanısı kondu. 4 ünün (% 8) dikkat çekme amaçlı girişimde bulunduğu görüldü. 23 kişinin (% 44) ise impulsif girişimde bulunduğu tespit edildi. Hastaların 4 ünde (% 8) psikopatoloji saptanmadı, 10 kişiye (% 20) ise psikiyatri görüşü alınmadı (Grafik 15)



Grafik 15: Hastaların Aldıkları Psikiyatrik Tanıların İncelenmesi

Hastaların aldıkları ilaçları türlerine göre incelediğimizde; analjezikler (22 kişi), antibiyotikler (12 kişi), antihipertansif ilaçlar (2 kişi), antidepresan ilaçlar (6 kişi), antihistaminik ilaçlar (4 kişi), antidiyabetik ilaçlar (3 kişi), organofosfat (2 kişi), koroziv madde (1 kişi), etil alkol (1 kişi) ve antikoagülan ilaçların (1 kişi) suisid amaçlı kullanıldığı görüldü.



Grafik 16: Alınan ilaç türlerinin incelenmesi

TARTIŞMA

Çalışmamızın bu bölümünde adölesanlar da suisit riskini arttıran faktörlere ilişkin elde ettiğimiz bulguların, mevcut literatür desteğiyle tartışılmasına ve değerlendirilmesine yer verilmiştir.

Adölesan döneminde suisid oranlarının artmasıyla birlikte bu dönemde kız ve erkek ergenlerin intihar davranışları arasında da farklılıklar görülmektedir. Tamamlanmış intiharların kızlarda daha az olduğu, 10-14 yaş arası ergenlerde her bir kıza karşılık 2.78 erkeğin intihar ettiği, yine aynı çalışmada 15-19 yaş arasında ise bu oranın bir kıza karşılık 4.3 erkek şeklinde gerçekleştiği belirtilmektedir (1). Buna karşılık kızların, erkeklere göre intiharı daha fazla düşündüğü, planladığı ve girişimde bulunduğu görülmektedir (1,2). Amerika'da Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi'nin (National Center for Health Statistics) yayınladığı verilere göre 15-19 yaş arasındaki erkeklerin tamamlanmış intihar oranı kızların yaklaşık beş katıdır (3).

Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda da kız ergenlerin intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin erkek ergenlere göre daha sık olduğu tespit edilmiştir (4,5).

Yapılan bir başka çalışmada İntihar girişiminde bulunan ergenlerin 27'si (% 75) kız, 9'u (% 25) erkek hastadan oluşmaktaydı (6).

Literatürde kız hastaların intihar girişimi oranı için % 70, % 78, % 83, % 87, % 96 gibi rakamlar bildirilmektedir (7,8).

Garfinkel (1982), 7 yıl boyunca pediatrik acil odasına kabul edilenler incelenmiş ve intihar girişiminde bulunmuş 505 çocuk ve ergen bulunmuştur. Kızlar erkeklerin üç katı idi, erkekler anlamlı şekilde daha küçüktü (9).

Jay ve diğ. (1989), bu çalışmada pediatrik acil bakım odasına alınmış tedavi görmüş ve intihar girişiminde bulunmuş ergenler incelenmektedir. 1984-Temmuzu ile 1995 Haziranı arasında hastaneye acil bakıma alınan çocuklar ile, 4072 ergen geriye dönük olarak incelenmiştir. Kendisini bilerek kasten inciten 27 ergen teşhis edilmiştir. Yaş ortalaması 14 yıl 7 aydır (Ranj 11-19). Hastaların % 52'si beyaz ve % 78'i de kızdır (10).

Sayar ve arkadaşları (2000), 15-18 yaş gurubu ergenlerle yaptıkları çalışmalarında kızların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulduklarını bulmuşlardır (11). Eker (2006) ergenlerle yaptığı çalışmasında, intihar düşüncesi ve intihar girişiminin kız ergenlerde erkek ergenlere göre daha fazla olduğunu bulmuştur (12). Şengül ve arkadaşları (2008), kızların erkeklere göre üç kat daha fazla intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir (13). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda kızların erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde buldukları saptanmıştır (14).

Bizim çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte İntihar girişiminde bulunan vakalarımızın 41 i kız (% 82), 9 u erkekten (% 18); oluşmaktaydı. Ayrıca yaptığımız çalışmada cinsiyetler arasında eğitim seviyesi, suisidal girişim sayısı, psikiyatrik rahatsızlık varlığı ve gelir seviyesinde anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Adölesan dönemde kızların suisid girişiminin erkeklerden fazla olmasına yol açan birçok faktör literatürlerde tartışılmıştır. Bunda ülkemizdeki ve özellikle de bölgemizdeki yaşam biçiminin kızlar üzerinde oluşturduğu toplumsal baskı ve kızlara kendi yaşamları konusunda yeterince söz hakkı tanınmaması sonucunda kızların başka bir çıkış yolu bulamadıklarından sorunlarını ve çaresizliklerini intihar davranışı yoluyla anlatmaya çalıştıklarını düşünmekteyiz. Birçok çalışmada da üstünde durulmuş olan cinsiyetler arasındaki farklılık, bizim toplumumuz gibi aile içinde erkek ve kız çocuklarına verilen değer, yer ve rollerin farklı olduğu toplumlarda daha fazla ön plana çıkmaktadır. Kızların bu dönemde ve sonrasında çeşitli sebeplerden dolayı eve bağımlı kaldıkları, aile içinde kendilerine daha fazla sorumluluk yüklenmesi nedeniyle de aile içi problemlerle daha fazla yüz yüze kaldıkları görülmektedir. Bu nedenle kız çocukları adölesan döneminde psikososyal ve çevresel etmenlerden erkeklere göre daha fazla etkilenmektedirler. Yukarı da değindiğimiz gibi kızların suisid girişiminde daha fazla bulunmalarının bir sebebi de kız ve erkeklerin kullandığı başa çıkma yollarındaki farklılıktan da kaynaklanıyor. Erkekler stresle başa çıkmada alkol ve saldırgan davranışlar gibi başka seçeneklere başvurmakta iken kızlar daha çok intiharı seçmektedirler. Erkeklerin tamamlanmış intiharlarının daha fazla olması, buna karşı kızların erkeklere oranla girişim sayılarının fazla olması (daha az ölümcül yöntemlere başvurarak), erkeklere oranla yardım isteme yöntemlerinin ve sorunlarla başa çıkma çabalarının daha farklı olduğu, ergenlik dönemi sonrası kızlarda duygulanım

bozukluklarının daha yaygın olduğu gibi birçok neden bu yaygınlığı açıklamak için öne sürülebilir.

Ülkemiz de suicidal girişimde bulunanların oranı Avrupa ülkelerine göre daha düşük olmakla birlikte intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki adölesanlar oluşturmaktadır (15).

ABD’de 1996 yılında 10-14 yaş arasındaki ergenlerin 298’i intihar ederken Türkiye’de her yıl 5-14 yaş grubunda 40-50 çocuğun intihar ettiği; Aynı yıl ABD’de, 15-19 yaş arasındaki ergenlerin 1817’si intihar ederken Türkiye’de ise bu oranların, 200-400 arasında değiştiğini belirtmektedir (1,4).

Osana ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %73’ü 14-17 yaş grubunda, Le Heuzey ve arkadaşlarının çalışmasında ise vakaların % 81’i 13 yaş ve üzerinde bulunmuştur (16 -17).

Yapılan bir başka çalışmada ise en fazla intihar girişimi vakası 15- 16 yaş (% 44.4) grubundadır. Bunu 12-13 yaş grubu % 36.1 oranında takip etmektedir (6).

Bizim yaptığımız çalışmada suicidal girişimde bulunan adölesanların yaş ortalaması 13,8 olarak görüldü. Cinsiyete göre gruplandırdığımızda ise kızların yaş ortalaması 13,7 erkeklerin yaş ortalaması ise 14,2 olarak görüldü. Her iki grup arasında yaş ortalaması açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi. En fazla intihar girişimi vakası 13-14 yaş (% 66) grubunda görüldü. Ülkemizde bu dönem ilköğretimin son dönemi ve ortaöğretimin ilk dönemlerine denk gelmektedir. Bu dönemde liseye geçiş sınavlarının yoğun olduğu, aynı zamanda yeni bir okula, çevreye adaptasyon döneminin olduğu unutulmamalıdır. Bu dönemde ergenlerin yeni bir sosyal ortamla karşılaştıkları, bir yandan fiziksel bir yandan zihinsel değişikliklerle baş etmek zorunda oldukları göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde erişkinlerde yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların sağlıklı kontrollere göre daha eğitimsiz oldukları ve okula devam etme oranlarının da daha düşük olduğunu destekleyen bulgular mevcuttur (18, 19, 20, 21).

Öğrenim durumu, okulu bırakma durumu ve eğitim süresi açısından yine erişkinlerde yapılan çalışmalar da gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiş, intihar girişiminde bulunanların eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu ve çoğunun okulu bırakmış olduğu görülmüştür. Okuldan ayrılmanın intihar riskini artırdığını bildiren birçok çalışma bulunmaktadır (22).

Yapılan bir başka çalışmada (23) intihar girişimlerinde bulunanların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiş, olguların %82.4'nün eğitim düzeyi ilköğretim ve ilköğretim altı bir seviyede olduğu görülmüş. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda da benzer şekilde eğitim oranları düşük bulunmuştur (24,25). Avrupa'da yapılan 4 yıllık uzun süreli bir çalışmada eğitim düzeyinin düşük olmasıyla intihar girişimi riski arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (26).

Yapılan bir başka çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin 21'i (% 58.3) lise (9., 10., 11., 12. sınıf) öğrencisi, 9'u (% 25) ortaokul (6., 7., 8. sınıf) öğrencisi; 6'sı % 16.7) ise okula devam etmediği görülmüş (6)

Bizim yaptığımız çalışmada ergenler eğitim durumuna göre sınıflandırıldığında 13 kişi (% 26) lisede okuyor, 28 kişi (% 56) ortaokul da okuyor, 8 kişi (% 16) eğitimini yarıda bırakmış, 1 kişinin (% 2) ise okuma yazmasının olmadığı görüldü. % 16 oranında eğitimini yarıda bırakmış grup olmasına rağmen çalışmamızı yukarıda örneklerden ayıran en önemli etken, diğer çalışmaların erişkinler üzerinde yapılmış olmasıdır. Dolayısıyla okulu bırakma oranının diğer çalışmalarda yüksek olarak görülmesinin sebebi çalışma grubu yaş ortalaması diye düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızdaki ağırlık yaş grubunun geniş olmaması (ilköğretim sonu ve ortaöğretim başındaki ergenler) sebebiyle, çalışma grubumuz henüz okul okuma çağında olan ergenler olduğundan ileriye yönelik okula devam etme veya devam etmeme durumlarını tespit etmek güç olmaktadır. Bu çalışmamızı kısıtlayan ve erişkinlerle yapılan çalışmalardan farklı sonuca yol açan faktörlerden biridir.

Gökhan (2008) çalışmasında; acile gelen intihar vakalarının geliş yerlerini incelediğinde % 73.9' unun il merkezlerinden, % 26.1' inin ise ilçe ve köylerden geldiğini tespit etmektedir (27).

Bizim çalışmamızda hastaları geldikleri ile göre değerlendirdiğimizde 8 kişi (%16) Diyarbakır dışından, 42 kişinin (% 84) ise Diyarbakır'dan geldiği görüldü. Hastaların 7 si (% 14) köyden, 9 u (%18) ilçeden, 34 ü ise (% 68) şehir merkezinden geldiği tespit edildi. Çalışmamız literatürdeki diğer çalışmalara benzer şekilde il merkezlerinden hastanelere suisid sebebiyle başvuruların daha fazla olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda hastaların yaşadıkları yer (il-ilçe-köy) ile hastaların eğitim seviyeleri, girişim sayıları, psikiyatrik rahatsızlık varlığı, aldıkları ilaç sayısı arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.

İlaçla suisid girişiminde bulunanların çoğunun şehir merkezlerinde yaşadığı görülmektedir. Bu durum Üniversite hastanesinin şehir merkezinde olması, köy ve ilçelere göre şehir içinden daha kolay ulaşılabilmesiyle de yakından ilişkilidir. Hastaların köylerden ve ilçelerden hastanemize ulaşana kadar aradaki diğer sağlık kurumlarına başvurması sebebiyle hastanemize daha az sayıda hasta ulaşmış olabilir. Aynı zaman da Diyarbakır gibi yoğun göç alan şehirlerde eğitim ve gelir seviyesi düşük, kalabalık aile ortamında büyüyen ve şehir kültürüne tam adapte olamamış, bölgemizin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik problemlerden etkilenmeye psikososyal olarak daha meyilli adölesan yaş grubunun, sosyokültürel ve ekonomik anlamda daha iyi seviyedeki gençlerle aynı ortamları paylaşması ve onlara özenmesi aile bireyleri arasında kırsal - kentsel geleneklerin ve yaşam tarzının çözümlenememiş bir sorun olarak devamı ve bunun aile içinde çatışmalara yol açması şehir merkezlerindeki intihar girişimini artıran risk faktörlerinden bazıları olabilir.

Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan adölesanların %82'si ailelerinin maddi durumunu orta olarak değerlendirmiş.(28)

Volant, özellikle kızlarda yaşama karşı bir bezginlik ve intihar etme eğilimi yaratan bunalımlar görüldüğünü belirtmiştir. Volant'a göre kızlardaki bunalımın ortaya çıkmasında yoksulluk ve düşük eğitim düzeyinin yanı sıra onların toplumla bütünleşememelerinin de önemli bir etkisi bulunmaktadır. [29)

Garfinkel (1982), 7 yıl boyunca pediatrik acil servisine kabul edilen intihar girişiminde bulunmuş 505 çocuk ve ergeni incelemiştir. Kontrol grubuna göre ailelerinde

daha fazla psikiyatrik hastalık (öncelikle ilaç ve alkol yıkımı), intihar, babanın işsizliği, ana-baba yoksunluğu görülmekte olduğunu ifade etmiş (9).

Bir başka çalışmada 19 ergenin 3 ünün gelir seviyesinin kötü, 14 ünün orta, 2 sinin de iyi olduğu görülmüş (30).

Çalışmamızda ergenleri gelir düzeylerine göre sınıflandırdığımızda 37 sinin (%74) düşük gelir seviyesinde, 13 ünün ise (%26) orta gelir seviyesinde olduğu görüldü. Hastaların hiçbiri yüksek gelir seviyesine sahip değildi. Çalışmamız ekonomik zorlanmaya paralel intihar riskinin arttığına dair yayınlarla uyumludur. Fakat çalışmamızda suicidal girişimden önce psikiyatrik rahatsızlık tanısı almış olan hastaların gelir düzeylerini incelediğimizde anlamlı bir fark olduğu görüldü. Orta gelir seviyesindeki hasta grubumuzda tanı alan hasta sayısı göze çarpıyordu. Halbuki yukarıda da belirttiğimiz gibi suicidal girişimde bulunanların %74 ü düşük gelir seviyesinde olduğunu beyan etmişti. Bu ikilemin sebeplerinden biri; Özellikle bölgemizde insanların psikiyatrik hastalıkları düşünce ve davranışları şiddetli derecede etkilenmiş ve kısıtlanmış hastalarla sınırlandırmasıdır. Bir diğer sebep, aşağıda bahsettiğimiz gibi ebeveynlerin özellikle de annelerin eğitim seviyelerinin düşük olması ve ergenle iletişime geçememesi, dolayısıyla ruhsal bir sorunun varlığını anlamayıp/önemsemeyip doktora başvurmamasıdır. Tabii ailelerin maddi durumlarının düşüklüğü, doktora başvurudaki kısıtlılığın bir diğer etkiyici faktörü olduğunu düşünmekteyiz.

Geçmişteki intihar girişimi hikayesi, intihar ve intihar girişimi için en önemli risk faktörlerinden biridir (31, 32, 32).

Girişim sayısının açısından incelendiğinde ise; yapılan bir çalışmada; acile başvuran suicidal vakalarının %75,54'ünün daha önceden intihar girişiminde bulunmadığı, %21,58'inin ise daha önce intihar girişiminde 1 defa bulunduğu ve %2,88 daha önce intihar girişiminde 2 defa bulunduğu görülmüştür (34). Kübalı (2007) çalışmasında; intihar girişiminde bulunanların %18,9'unun daha önceden intihar girişiminde bulunduğunu bildirmektedir (35).

Bir başka çalışmada (36) intihar girişiminde bulunan ergenlerin %66'sının daha önce de intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Bunların %40'ı son girişimlerinden önce 1 veya 2 kez, %26'sı 3 veya daha fazla kez intihar girişiminde bulunmuşlardır.

Bir çalışmada, (37) intihar girişiminde bulunanların %49'unun daha önce özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmiştir. İlaçla özkıyım girişimlerinin incelendiği bir çalışmada hastaların %34'ünün daha önce de girişimde bulunduğu belirtilmiştir(38). Ergen özkıyım girişimlerinin incelendiği bir çalışmada,(39) %21'inin daha önce de girişimde bulunduğu bildirilmiştir. Özkıyım girişiminde bulunan 40 ergenin incelendiği bir başka çalışmada (40) daha önceki girişim oranı %35 olarak saptanmış ve 6 aylık izlem sürecinde ise 3 (%7.5) kişi tekrar girişimde bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise (41) yaşam boyu tekrarlayan girişim ergen grupta %10, diğer grupta %14 bulundu.

Neehall ve Beharry'nin çalışmasında ise % 85'inin ilk intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir (42).

Yapılan bir diğer çalışmada intihar girişimi sayısına bakıldığında 22 vakanın (% 61.1) ilk girişimi, 2 vakanın ikinci girişimi, 4 vakanın üçüncü girişimi, 4 vakanın dördüncü girişimi, 1 vakanın beşinci girişimi, 1 vakanın altıncı girişimi, 1 vakanın on birinci girişimi ve 1 vakanın da on üçüncü girişimi olduğu görülmektedir. Vakaların % 61.1'inin ilk intihar girişimi olması yaş değişkeninden etkilenmiş bir bulgu olabilir (6).

Bizim çalışmamızda hastaların intihar girişimi sayıları değerlendirildiğinde 3 hastanın (% 6) birden fazla girişimde bulunduğu, 47 hastanın (% 94) ise ilk girişimi olduğu görüldü. Yapılan çalışmalara baktığımızda tekrar suisid oranlarının % 15 ile % 70 e kadar varan çok geniş bir spektruma dağıldığını görebiliriz. Bu oranları etkileyen çok fazla faktör olduğunu düşünmekteyiz. Bu oranın tam olarak belirlenebilmesi için ciddi epidemiyolojik çalışmalarla ve il genelinde sağlıkla ilgili kayıtların iyi tutulduğu prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca çalışmamızda tekrar girişim sayısı etkileyen en önemli faktör olarak hastaların psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmaları görüldü. Psikiyatrik rahatsızlığa sahip tüm olgularımız birden fazla girişimde bulunmuştu.

Daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerin, sonuçlanmış intihar bakımından daha büyük risk altında olduğu bildirilmiştir. O yüzden tekrarlayan intihar davranışı gösteren kişilerin yakın bir psikiyatrik izlemeye alınmaları gerekmektedir (43-44).

Tüm dünyada önemli bir sorun olarak kabul edilen sigara ve alkol bağımlılığı başlangıç yaşının genelde adölesan döneme rastlaması nedeniyle ergenlik dönemin önemli sorunları arasında yer almaktadır (45, 47, 48). Ergenlik döneminin çoğunlukla sorunlarla yüklü olması, ergenin bu sorunlarla başa çıkmada yetersiz kalması, aile ve arkadaşlar ile yaşanan sorunlar ve uyum problemleri zararlı alışkanlıklara zemin hazırlayabilen sebeplerdendir (45,47).

Alkol madde kullanımının da ergen intiharlarında oynadığı rol oldukça dikkat çekicidir. Abel ve Zeidenberg (1985), örneklem grubunu oluşturan, 15-24 yaşları arasındaki intihar eden ergenlerin %35'inin kanında yüksek oranda alkol bulunduğunu belirtmektedir.

Literatür sonuçlarından farklı olarak bir başka çalışmada intihar sigara alışkanlığı olan ergenlerin sayısı 8 ve alkol kullananların sayısı ise 2 olarak saptanmıştır; madde kullanımını bildiren ergen bulunmamaktadır.(6)

Bazı araştırmalar da cinsel tercihler ile intihar düşüncesi arasında bir ilişki olduğu; gay, lezbiyen ve biseksüel ergenlerde, heteroseksüel ergenlere göre intihar düşüncelerinin %50-%70 oranında, intihar girişimlerinin ise %30 oranında daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (49). Benzer bir araştırma da 3365 ergen üzerinde yapılmış ve kendilerini gay, lezbiyen, olarak tanımlayan ve cinsel eğiliminden tam emin olmayan ergenlerin, heteroseksüel ergenlere göre 3.41 kez daha fazla intihar girişiminde buldukları tespit edilmiştir. Aynı araştırmada cinsel tercihin özellikle erkek adölesanlar için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (50). Ancak konuyla ilgili olarak yapılan başka bir çalışmada cinsel tercihleri ile intihar girişimleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, sosyal desteğin eksik olmasının intihar girişimlerinde önemli bir rol oynadığını bulunmuştur (26).

Bizim çalışmamızda hastaların 8 inin (% 16) sigara kullandığı, 42 sinin (% 84) ise sigara kullanmadığı görüldü. Hastalara alkol ve uyuşturucu madde kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda hastaların tümü hiç alkol ve uyuşturucu madde almadıklarını beyan etmişlerdir. Bizim çalışmamızdan çıkan sonuç değerlendirildiğinde literatür sonuçlarından farklı olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde hastalara cinsel tercihleri, ilişki sıklığı ve partner sayıları gibi cinsel yaşantıları ile ilgili sorduğumuz soruların hiçbirine yeterli ve güvenilir yanıt alamadığımızdan anlamlı bir değerlendirmede bulunamadık.

Bu farklılığın ortaya çıkmasında çalışmada seçilen örneklemin (hastanemize doğrudan başvuran veya sevk edilen vakaların) özelliğinden, sosyokültürel yapıdan dolayı ergenlerin (çoğunluğu kız adölesan) alkol aldıklarını beyan etmekten çekinmeleri, uyuşturucu kullandıklarının bilinmesinin istememeleri, güvenlik kaygıları, vb. gibi faktörler rol oynayabilir.

Ailedeki medikal ve psikiyatrik rahatsızlıklar, ailedeki bireylerin intiharla ilgili geçmişi intihar riskini önemli oranda arttırmaktadır. Aile içindeki sorunlar, çatışmalar ve kayıplar, ebeveynlerin ayrı olması, yeniden evlenmesi, aile üyelerinden birinin daha önceden intihar girişiminde bulunması, aile üyelerinde psikiyatrik rahatsızlık olması ve madde kullanımı, risk faktörleri arasında sayılmaktadır. İntihara teşebbüs eden ergenler ailelerini ilgisiz, reddeden ve destek olmayan bireyler olarak tanımlamışlardır (1, 2, 3, 51, 52, 53, 54).

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin önemli bir bölümü ‘dağılmış ev’lerin çocukları olarak bildirilmiştir. “Kastedilmek istenen sadece boşanma veya ölüm sebebiyle ailenin dağılması değil, ” kayıp bir baba ve çalışan anneden” de oluşur. Tishler ve ark.nın (1981) bir çalışması intihar girişiminde bulunan 108 ergenin % 49’unun ebeveynlerden birinin eksik olduğu ailelerden geldiğini göstermiştir (55) .Bir başka çalışmada, Güney Afrika’da suicidal davranışlarda bulunan 40 hastanın % 77.5’u olaydan birkaç saat önce ebeveynleriyle bir çatışma bildirmişlerdir. İntihar davranışı göstermiş olan bireyler, son dönemlerde aile çatışması, okul sorunları ve erkek/kız arkadaş sorunlarını daha fazla bildirmişlerdir (56). Garnefski ve ark. da tek ebeveyni olan ya da üvey anne babanın bulunduğu ailelerden gelen adölesanların “bozulmamış aile”den gelen adölesanlara göre daha düşük benlik saygısı, daha fazla anksiyete

bulgusu ve yalnızlık, daha çökkün bir duygudurum, daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi gösterdiklerini bulmuşlardır (57). Aile-içi çatışmalar Trinidad'da yapılan bir çalışmada da adölesan intihar girişimlerinin en yaygın nedeni olarak gösterilmiştir (42).

Bizim çalışmamızda hastaları ebeveyn durumuna göre incelediğimizde; 10 kişinin (% 20) boşanma veya ölüm gibi sebeplerden dolayı ayrı olduğu, 40 ebeveynin (% 80) ise birlikte yaşadığı görüldü. Fakat ebeveynlerin birlikte yaşıyor olması aile içi çatışma ve ya problemlerin olmadığı anlamına gelmemekle birlikte, kültürel yapıdan dolayı boşanmanın ülkemizde özellikle bölgemizde istenmeyen/ hoş karşılanmayan bir durum olması da tek başına bu oranın yanıltıcı olabileceğini göstermektedir. Literatüre uygun olarak bizim yaptığımız çalışmada da iletişim kurabildiğimiz vakalarımızdan 35 inden 20 si aile içi tartışmadan sonra ilaç ile intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir. Dilsiz (1993), intihar girişimlerinin nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında, intihar girişimine en sık yol açan nedenlerin anne-baba ile yaşanan sorunlar olduğunu belirtmişlerdir. (58)

Aysev (1992), Ceyhun (1992), Özşahin ve arkadaşları (1990), araştırmalarında, aile içi yaşanan sorunların intihar girişimlerinde başlıca nedenler arasında yer aldığını bulmuşlardır (59) Yalçın - Canyigit (2003), intihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularını karşılaştırdığı çalışmasında, anne-baba ile anlaşmazlık yaşamının intihar ve intihar girişimi için önemli bir risk faktörleri olduğunu belirtmiştir (60)

Çocuk ve ergenleri intihar davranışına iten önemli risk etmenlerinden birisi yakın çevresinde psikiyatrik rahatsızlık olması ve intihar deneyimi yaşanmış olmasıdır. Yapılan bir Araştırmada, ailesinde ruhsal bozukluğa sahip bir birey bulunan öğrencilerin intihar girişiminde bulunma oranı (%22,9), bulunmayan öğrencilere göre (%4,2) daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada literatürle uyumlu olarak, ailesinde intihar girişiminde bulunan bir yakını olan öğrencilerin %61,0'i geçmişte intiharı düşünmüş, %36,6'sı intihar girişiminde bulunmuştur (62)

Yapılan bir diğerk çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlerin annelerinde % 48 oranında psikiyatrik rahatsızlık tespit edilmiş, babaların da ise % 36sı alkolizm olmak üzere toplamda %53 ünde ruhsal patoloji saptanmıştır.(9)

Çalışmamızda ailesinde girişimde bulunan bireyin olduğu hastaların % 60 ı birden fazla girişimde bulunmuşken, ailesinde girişimde bulunan birey olmayan hastaların ise bir defa suisidal girişimde bulunduğu görüldü. Ayrıca ailesinde girişimde bulunan bireyin olduğu hastaların % 60ın da psikiyatrik rahatsızlık olduğu görüldü, ailesinde girişimde bulunan bireyin olmadığı hastaların ise sadece % 6,7 sinde psikiyatrik rahatsızlık tanısı olduğu tespit edildi. Her iki durumda ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan ve/veya ailesinde intihar girişiminde bulunmuş birey olan vakaların hem psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma oranı hem de intihar girişimi ihtimali literatürle paralel biçimde artmaktadır.

Bu konuda yapılmış olan biyolojik ve genetik çalışmaların artmasıyla intihar davranışında model alma ve genetik etkenlerin öneminin daha fazla açıklık kazanacağı düşünülebilir.

Literatür incelendiğinde intihar girişiminde bulunan olguların ebeveyn eğitim düzeyleri ile ilgili verilerin çelişkili olduğu görülmekte. Bazı çalışmalarda intihar girişiminde bulunan grupta hem anne hem de baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu (19), bazı çalışmalarda ise sadece anne eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu (63,64), bazı çalışmalarda ise anne ve baba eğitim düzeyleri ile intihar girişiminde bulunma arasında anlamlı ilişkili bulunmadığı (65) saptanmıştır.

Bizim çalışmamız da hastaların annelerinin eğitim seviyelerine baktığımızda; 23 annenin okuma yazmasının olmadığı, 11 annenin ilkokul mezunu olduğu, 13 annenin ortaokul mezunu olduğu ve 3 annenin de lise mezunu olduğu görüldü. Babaların eğitim seviyesine baktığımızda ise 2 kişinin okuma yazmasının olmadığı, 17 kişinin ilkokul mezunu olduğu, 10 kişinin ortaokul mezunu olduğu, 18 kişinin lise mezunu olduğu ve 3 kişinin de üniversite mezunu olduğu görüldü. Ailelerin özellikle annelerin eğitim seviyelerinin belirgin düşük olduğu görüldü. Bu durum; ergenlik döneminin hem fiziki hem de ruhsal sorunlarıyla boğuşan adölesana destek olmakta güçlük çekecek olan

ebeveyn anlamına gelmekle birlikte, sorunlarına aile desteğiyle çözüm bulamayan ergenin sorunun çözümünü başka şekilde arayacağı anlamında gelecektir.

Yaptığımız çalışmada suicidal girişimde bulunan olguları, kardeş sayısına , hane de yaşayan birey sayısına, özel odalarının olup olmamasına göre değerlendirdik ve anlamlı bir fark tespit edemedik. Bu ölçeklerin ergenlerin suicidal girişimi riskini arttırmadığı, ayrıca girişim sayısı, eğitim düzeyi gibi parametreleri de etkilemediği tespit edildi.

İntihar eden ergenler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda psikiyatrik bozuklukların intihar davranışının dinamiğinde yer alan en önemli faktör olduğu saptanmıştır. Bu psikiyatrik bozukluklar arasında depresif bozukluklar ve madde kullanımını ilk sıralarda yer almaktadır (8). Araştırmacılar, intiharların %90'ının bağımlılık veya mental bozukluklarla bağlantılı olduğu düşünmektedir. Ergenlik döneminde intiharla ilgili olarak karşılaşılan diğer psikiyatrik bozukluklar arasında duygu durum bozuklukları, iletişim bozuklukları ve borderline kişilik bozukluğu yer almaktadır . Şizofreni, yetişkin intiharları için önemli risk faktörü oluşturmasına rağmen tüm ergen intiharlarının çok küçük bir kısmında şizofreniye rastlanmıştır.

Yapılan bir çalışmada (66) suicid vakalarının %26,08'inde daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olup, son altı ay içinde psikiyatrik nedenlerle psikiyatri polikliniğine başvuru oranları ise %22,7'dir. Eroğlu ve arkadaşlarının daha önce yaptığı multisentrik benzer bir çalışmada bu oranlar (sırasıyla; %19,5'e %15,8) çıkmıştır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde Batman ilinde yapılan bir çalışmada Altındağ ve arkadaşları gerçekleşmiş intiharların %15'inde psikiyatrik bozukluk nedeniyle tedavi almakta olduğunu bildirmişlerdir [67]Bölgemizdeki bir başka çalışmada Emet ve arkadaşları bir devlet hastahanesinde yaptığı çalışmada parasuisid vakalarının %81'nin ne intihar girişiminden önce, ne de acil servisten taburcu edildikten sonra psikiyatri polikliniğine başvurmadığını göstermişlerdir. İntihar girişiminden önce ve intihar girişiminden sonra hastahanedeki psikiyatri polikliniğine başvuru oranları (sırasıyla; %4 ve %11,5'dir) [68]. İngiltere'de yapılan bir çalışmada intihar gerçekleşmiş yaşlı hastaların yaklaşık yarısının ölmeden önceki ay içinde aile hekimlerini ziyaret ettikleri ve bu ziyaretlerin %5'inden fazlasının nedeninin fiziksel yakınmalar olduğunu bildirmiştir [69].

Yaptığımız çalışmada hastaların 6 sınıfın (% 12) daha önceden psikiyatrik rahatsızlık tanısı almış olduğu, 44 ünün (% 88) daha önceden herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık tanısı olmadığını gördük. Çalışma sonucumuz ülkemizde ve özellikle bölgeimizde yapılan diğer çalışmalar ile uyumludur. Güneydoğu Anadolu bölgesinde ruhsal hastalıkların hala düşünce ve davranışları şiddetli derecede etkilenmiş ve kısıtlanmış hastalarla sınırlandırılmasına bağlı olarak bu sonuçların ortaya çıktığını düşünmekteyiz.

Literatürde intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 80-90'ında psikiyatrik bir bozukluğun mevcut olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (70-71).

Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan gruptaki vakaların % 22.2'sinin dürtüsel tarzda intihar girişiminde bulunduğu görülmüş; % 77.8'inde ise psikiyatrik bozukluk saptanmıştır.(6)

Bir diğer çalışmada (28) intihar girişiminde bulunan ergenlerde en sık görülen tanıların sırasıyla depresyon, davranım bozukluğu ve anksiyete bozuklukları olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunma öyküsü bulunmayan ayaktan tedavi birimlerine başvuran ergenlerde ise en sık sırasıyla uyum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları konulmuştur. Ercan'ın (72) intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik özellikleri incelediği araştırmada major depresyon, uyum bozukluğu, konversiyon bozukluğu ve davranım bozukluğunun en sık görülen psikiyatrik bozukluklar olduğu görülmüştür. Turgay (73) intihar girişiminde bulunmuş olan çocuk ve ergenlerle yaptığı çalışmasında, en sık rastlanan psikiyatrik tanıların uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğunu bildirmiştir . İntihar girişiminde bulunan ergenlerle yapılan bir başka çalışmada da duygudurum bozukluklarından sonra en sık rastlanan psikiyatrik tanıların uyum bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğu saptanmıştır (74)

Bizim çalışmamız da hastaların intihar girişimi sonrasında; 9 una (% 18) depresif atak tanısı kondu. 4 ünün (% 8) dikkat çekme amaçlı girişimde bulunduğu görüldü. 23 kişinin (% 44) ise impulsif girişimde bulunduğu tespit edildi. Hastaların 4 ünde (% 8) psikopatoloji saptanmazken, 10 kişiye (% 20) ise psikiyatri görüşü alınamadı. Çalışmamızda dürtüsellik faktörü ön plana çıkmaktaydı ve çalışmamızda

intihar nedenleri arasında değerlendirilmiştir. Belli bir neden olmadan “bir anlık öfke” ile intihar girişiminde bulduklarını ifade eden adölesanların bu girişimleri dürtüsel olarak değerlendirilmiştir. Literatürde ergen intiharlarının dürtüsellik ile yakından ilişkili olduğunu, ergenlerin çoğunlukla intihar girişiminden önce plan yapmadıklarını, intihar girişimlerinin erişkinlere göre daha dürtüsel nitelik taşıdığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (75,76, 77, 78, 79, 80). Çalışmamızda intihar girişimcilerinin %44’ünün eylemleri dürtüseldir ve bu bulgumuz literatür ile uyumludur.

İntihar girişimleri mevsimsel açıdan incelendiğinde ise; en çok yaz mevsiminde ve ilkbaharda intihara teşebbüs edildiği açıklanmaktadır (48). Ülkemizde acile başvuran intihar vakalarıyla; mevsim etkisinin risk faktörü olarak saptanmaya çalışıldığı yeterli sayıda veri bulunmamaktadır.(81)

Retamal ve arkadaşlarının yapmış olduğu 5386 intihar vakasının incelendiği çalışmada en yüksek intihar oranının kışın Aralık ayında olduğu (%10,6) ve en düşük intihar oranının ise yazın Haziran ayında olduğu (%7) bildirilmiştir [82] Farklı çalışmalarda da intihar girişimlerinin en fazla yaz aylarında, en az kış aylarında gerçekleştirildiği bildirilmiştir [83]. Bir başka çalışmada (67) İntihar girişimleri diğer mevsimlere göre anlamlı olarak ilkbaharda en sık görülmekte olduğu bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda hastaları suicidal girişimde buldukları mevsime göre incelediğimizde; ülkemizde yapılan çalışmalara paralel nitelikte en fazla kış (% 30)ve ilkbahar (% 30) mevsiminde girişimde bulunulduğu tespit edilmiştir. Bu durum mevsimsel affektif hastalıklarla beraber artmış intihar riskini yansıtıyor olabilir. Bipolar affektif bozukluk yılın belli mevsimlerinde ve özellikle de ilkbahar aylarında ortaya çıkma olasılığı daha yüksek olan, duygudurum epizotları ile karakterize bir hastalık olmakla birlikte mevsimlerin intihar riskini ne kadar arttırdığı tartışılan bir konudur ve daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Alınan ilaç çeşidini, sayısını genelde en yakın çevrede bulunan ve ulaşılabilinen ilaçlar belirlemektedir. Bazen kişiler birden fazla çeşit ilacı çok sayıda almaktalar. Alınan ilaçların önemli bir kısmını ruhsal hastalık için önerilen ilaçlar oluşturmaktadır. Bu nedenle, evlerde fazla ilaç bulundurulmaması, riskli hastalara fazla çeşit ve fazla kutu ilaç yazılmamasına öze gösterilmelidir

Depresif hastalarda intihar girişimi riski yüksektir ve genellikle depresyon tedavisinde kullandıkları ilaçlarla intihar girişiminde bulunmaktadırlar. Bunlar daha önceden psikiyatrik sorunları olan hastalardır. Psikiyatrik hastalıklarda hastalar antidepresan ilaçlarla tedavi görüyor olsun ya da olmasın intihar girişimi oranları normal popülasyona göre zaten yüksektir. Kasper ve arkadaşları antidepresanların tedavi amacı ile olduğu kadar intihar amacı ile de kullanıldığını belirtmişlerdir [84].

Analjezik alımının fazla olmasının sebebi il, ilçe ve köylerde küçük bakkal ve marketlerde analjezik satılması ve parasuisid hastalarının bunlara erişiminin daha kolay ve rahat olması olabilir.

İntihar amacıyla organofosfat zehirlenmesi tarımla uğraşan bölgelerde çok sık görülmektedir [85]. Organofosfatlar, doğada bulunan ve insanlar, hayvanlar ve bitkiler için zararlı olan mikroorganizma ve diğer türdeki canlıların zararlarından korunmak için bütün dünyada yaygın olarak kullanılan kimyasal maddelerdir [86,87].

Kolayca ulaşılabilirliği ve bulunulması nedeniyle organofosfatlar intihar amaçlı olarak sık kullanılmaktadır. Oral yoldan alındıklarında ciddi intoksikasyonlara yol açtığı gibi, deriden, mukozal membranlardan, konjunktivadan ve solunum yollarından da absorbe edilerek farklı şekillerde intoksikasyonlara neden olabilir [88]. Yapılan bir çalışmada köyden gelen hastalarda en yüksek oranda görülmekle birlikte, ilçe ve il merkezlerinden gelen hastalarda organofosfat alımıyla intihar girişiminde bulunma oranları gittikçe düşmekte olduğu tespit edilmiş (67).

Bizim çalışmamızda; hastaların aldıkları ilaçların türlerine bakarsak analjezikler (22 kişi), antibiyotikler (12 kişi), antihipertansif ilaçlar (2 kişi), antidepresan ilaçlar (6 kişi), antihistaminik ilaçlar (4 kişi), antidiyabetik ilaçlar (3 kişi), organofosfat (2 kişi), koroziv madde (1 kişi), etil alkol (1 kişi) ve antikoagülan ilaçların (1 kişi) suisid amaçlı kullanıldığı görüldü. Literatür ile uyumlu olarak en sık analjezik, antibiyotik ve antidepresan aldıkları görüldü. İlçe, köy veya kırsaldan gelmenin bu oranları etkilemediği görüldü. Fakat yaşadıkları yerin alınan ilaç çeşidini etkilediği tespit edildi. Örneğin; antidepresan ilaç alımı şehirde fazlayken, organofosfat alımı alanların ikiside köyde ikamet etmekteydi. Buda tamamen alınan ilaca ne kadar kolay ulaşabildiği ile ilgili bir durum. Antidepresan ilaç ile intihar girişiminde bulunan 6 hastanın 4 ünün aile

bireylerinden birinin psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle ilaç kullandığı görüldü. Yukarıda da belirttiğimiz gibi alınan ilaç türlerinin hemen hemen tamamının, ergenin evinde bulunan, aile bireyleri tarafından veya kendisinin tedavi amacıyla kullandığı, kolay erişilebilen, genelde reçetesiz satılan ilaç türleri olduğu görülmektedir.

Son olarak her ne kadar biz farmakolojik ajanlarla suicidal girişimde bulunan ergenleri incelemiş olsak da yapılan literatür taramalarında da suicidal girişimlerinin %70 ile % 95 arasında farmakolojik ajan yoluyla yapıldığı görülmektedir.

İntihar girişim yöntemi, ölüm isteği açısından önemlidir. Gerçekten ölüm isteğine sahip olan kişi, kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme gibi daha ölümcül yöntemlere başvurmaktadır. Planlanmış bir intihar niyeti ve güçlü ölüm isteğine sahip olan kişilerin, kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme gibi daha ölümcül yöntemlere başvurması şaşırtıcı olmazken, bunun tersi doğru değildir yani seçilen yöntemin agresif olmaması ölüm niyetinin azlığını ifade etmeyebilir. Yüksek dozda ilaç alımı da başlı başına ölüm isteğinin ciddiyetini gösterebilir. Ancak, bu yolla intihar girişimleri çoğu kere ölümle sonuçlanmaz. Dolayısıyla bu biçimdeki intihar girişimleri ölümle sonuçlanmadığında kişilerin dikkat çekme ve kendini ifade etme hedeflerine ulaşmasına yardımcı olur. Diğer yandan kolay bulunabilirlik, yöntemin toplumsal kabul görmesi ve kullanılan aracın alışılmış kullanımına bağlı, ilgili yöntemle aşinalık, intihar girişiminde kullanılacak yöntemin seçiminde belirleyici unsurlardır [89].

SONUÇ

İntihar girişiminin topluma, aileye ve bireye yaşattığı travma, kayıplar ve kayıplara bağlı yaşanan duygusal yıkımlar, intihar konusunun önemini ön plana çıkarmaktadır. Gelişmiş ülkeler intiharın özellikle adölesan intiharlarının önemini benimsemiş, intiharları kayıt altına almış, nedenlerini araştırmış, istatistiklerle tespitler yapmış ve çözüm konusunda tedbirler almaya çalışmıştır. Gelişmekte olan ülkeler içerisinde yer alan Türkiye, bu konunun üzerinde yeterince tartışmamış ve ne yazık ki sosyal, kültürel, ekonomik ve psikiyatrik alanda suicidal girişim öncesi bu duruma yatkınlık yaratan faktörler konusunda gerekli çalışmaları tam anlamıyla yapmamış ve gerekli tedbirleri alamamıştır. Araştırmamızın bu konuda yazılan diğer çalışmalara destek niteliğinde olacağını düşünmekteyiz.

Araştırmamızda denek seçiminde çalışma grubunu Dicle Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yoğun Bakım Servisi'ne yatırılan ilaçla intihar girişiminde bulunan ergenler oluşturmaktaydı. Her ne kadar üniversitemizde çocuk psikiyatri servisi bulunsada çalışma grubumuzdaki ergenlerin bir kısmında psikiyatri konsültasyonu istenmemişti. Bu da vakalarımızın bir kısmının psikiyatrik rahatsızlık tanısını atladığımız anlamına gelmekteydi ve çalışmamızı kısıtlayan faktörlerden biriydi. Aynı zamanda sadece ilaç ile suicidal girişimde bulunan ergenleri değerlendirdiğimiz için çalışmanın sonuçlarını tüm intihar girişiminde bulunan ergenlere genellemek doğru olmamakla birlikte, yapılan birçok çalışmada olguların intihar girişimini neredeyse % 90 a varan oranlarla ilaç ile yaptığı düşünülünce çalışmanın faydalı olacağı kanaatini taşıyoruz. Ergenlerde intihar davranışında psikiyatrik hastalıkların, ailede psikiyatrik rahatsızlığı olan veya suicidal girişimde bulunan bireyin varlığı, sosyodemografik, kültürel ve ekonomik özelliklerin önemli risk etkenleri olabileceği düşünülmektedir. İntihar girişimlerinin tedavi ve önleme yaklaşımlarında psikososyal müdahalelerle birlikte ergenin mevcut psikiyatrik bozukluğunun değerlendirilerek tedavisi sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, özkıyım girişimlerinin önlenmesi için yaş dönemlerine özgü sorunların irdelenmesinin, belirtilere dikkat edilmesinin, halka ve sağlık çalışanlarına yönelik bilgilendirme/egitim programlarının yapılmasının ilaçlarla gerçekleştirilen

zkıym giriřimlerinin azalmasına katkı yapacađını dűřünmekteyiz. İntihar teőebbűsűnden önce alınacak tedbirler, intihara teőebbűs eden bireylerin rehabilitasyonu ve tekrarlayan intihar teőebbűslerinden bireyleri korumak zűműn temelini oluőturmaktadır.



KAYNAKÇA

1. Eskin M. İntihar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın. 2012
2. Taştan, Z., Yusuf Atılgan'ın eserlerinde intihar. Milli Eğitim, 2007. Guz(176).
3. Shneidman, E. and W. John, Definition of Suicide. 1985(New York:).
4. Eyüboğlu, İ., Türk dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal Yayınlar, 1998.
5. Ucan, O. Türkiye'de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13).
6. Weis, M. and E. S.Arieti., Suicide. In: A handbook of Psychiatry,. New York: Basic Books Inc.Publishers., 1974. 743-65.
7. Durkheim, E. and Ö. Ozankaya, Toplumbilimsel inceleme intihar. çeviren Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986.
8. Uluduz, D. and M. Uğur, Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi. Yeni Symposium, 2001. 19-25(39).
9. Sağınç, H.et al. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000. 78-82(1).
10. Mercan, S., intihar. Çevrimiçi erişim, 2007.
11. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama, 2003. 3-28(Ankara).
12. Fish, K., Suicide awareness at the elementary school level.. J Psychosoc Nursing, 2000. 20-23(38).
13. Üstün, B.Özkıyım ve hemşirelik yaklaşımı. Türk Hemşireler Dergisi, 1992. 9-11(42).
14. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri – Suicide statistics 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2012;16.)

- 15.Haran, S. and O. Aydın, Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar girişimleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1995. 247-251(3).
- 16.Özcan, Y. ve H. Savlı, Yaşam olayları sonucu gelişen intiharlarda kan lipit seviyeleri. *Düşünen Adam* 2001. 150-153(14).
- 17.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).
- 18.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.
- 19.Sağınç H, K.N. Akyuz G, Doğan O. Yatarak Tedavi Goren Hastalarda İntihar Öykusunun Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000. 83-88:(1).
- 20.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.. 11- 16(23).
- 21.Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar girişim istatistikleri – Suicide attempt statistics TR31 İzmir 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2013;16.
- 22.Arsel, C.O. (2010), “İntihar olasılığı ve Cinsiyet; İletişim Becerileri, Cinsiyet Rollerini, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.)
- 23.Durkheim, E. (2002), “İntihar”, Çeviren: Prof.Dr. Özer Ozankaya, 1. Basım, Kasım, *Cem yayınevi*, İstanbul
- 24.Eskin, M, (2003), “İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme”, Bölüm 5:Risk Etmenleri, sayfa:133-222. *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara.
- 25.Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1:Tanım ve Anlama, 2003. 3-28(Ankara).
- 26.Bertolote JM. Fleischmann A. De Leo D. Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*. 2004; 25:147–155

- 27.Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. Klinik Psikiyatri 2000; 3: 228-234.).
- 28.DAVIS Jm ve Brock Se (2002) Suicide. Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools, içinde J Sandoval (ed). (2nd Ed), , Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London; 273-301
- 29.Özgüven-Devrimci, H. ve Sayıl, I. (2003). Suicide attempts in Turkey : Results of the WHO / EURO multicentre study of suicidal behavior. Can J Psychiatry, 48, 324-329.
- 30.Bayam G, Dilbaz N, Holat H ve ark. (1995) Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2 (2); 57-63
- 31.Korkut F. (2004). Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma. Anı Yayıncılık. Ankara; 217-253
- 32.U. Saraçoğlu, Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi, ÇÜ, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, s.7.
- 33.N. Yüksel, “İntiharın Nörobiyolojisi”, KPD, S.4, Ankara, 2001, s. 6.
- 34.M.Aslan - Ç. Hocaoğlu, “Yaşlılarda İntihar Davranışı”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, C.6, S.3, Ankara, 2014, s.303.
- 35.I. Sayıl, ve Ark. “Ankara’da İntihar Girişimleri Üzerine Bir alışma”, KD, S.1, Ankara, 1993, s.56-61
- 36.Mgaya, E., et al., Suicide in the Dar es Salaam Region, Tanzania,2005. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2007. 2-5(30).
- 37.Bridge, A., T. Goldstein, and A. Brent, Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006. 327-94(47).

38. Murray, B. and K. Wright, Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006. 157-64(13): p. 2.
39. Ş. Şener - S. Şenol, “İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi ve Kısa Süreli İzlemi”, *3P Dergisi*, S.4, Ankara, 1996, s.103.
40. Kaplan, H., B. Sadock, and K.a. Sadock’s, *Synopsis of Psychiatry*(9th ed)..Williams and Wilkins, Philadelphia 2003. pp 534-536.
41. O. U. Türkiye’de İntiharı Konu Alan Yayınlar Uzerine Bir Bibliyografya Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2005. 15-26(13).
42. Ambade, V., V. Godbole, and G. Kukde, Suicidal and homicidal deaths: A comparative and circumstantial approach.e. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 253-60(14).
43. Jacobs, D.G.v.a. *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. AmericanPsychiatric Association., 2003.
44. Berecz, R. M. Caceres, and A.e.a. Szlivka, Reduced completed suicide rate in Hungary from1990 to 2001: Relation to suicide methods. *Journal of Affective Disorders*, 2005. 235-38(88).
45. Kapur, N.a.G. L. Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry Res*, 2006. 259-62(5).
46. Lotrakul, M. Suicide in Thailand during the period 1998–2003. *Psychiatry and ClinicalNeurosciences*, 2006. 90-95(60).
47. Koroğlu, E. *Psikiyatrik Acil Durumlar*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1999. 425-443(2).
48. F. Çuhadaroğlu - B. Sonuvar, *Adolesan İntiharları ve Kendilik İmgesi*, TPD, S.4, Ankara, 1993, s. 32.)

49. 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).
50. Jamison, K.R., Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yay. 2004.
51. Fernquist, R. Race/Ethnicity, Age, Sex, And Suicide. *MEducation*, 2001. 6(18).
52. EK. M. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 2001. 310–23(1).
53. Skegg, K. Self-Harm. *Lancet*, 2005. 1471-83(366).
54. Vijayakumar, L. and K. Nagaraj, Suicide and Suicide Prevention in Developing Countries, Disease Control Priorities Project. 2004.
55. Moscicki, E., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience*, 2001. 310–323(1).
56. Kula N. , Deprem ve Dini Başaçıkma, Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi, S.1, Çorum, 2002, s.237.
57. Balcıoğlu İ. - A. Çitken, Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47, İstanbul, 2005, s. 214.
58. Eskin, M. İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003. 48.
59. Eskin, M. İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme,. Çizgi Yayınevi, Ankara, 2003. 47.
60. Sayar, K. İntihar ve İnanç Sistemleri Yeni Symposium. 2002. 100-104(3): p. 40.

61. N. Atasoy ve Ark., “Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri”, T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları No.2, Zonguldak, 2014, s.10.)
62. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme: Risk Etmenleri. Ankara 2003. 133-222(Bölüm5).
63. Sayıl, I., et al., Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınlar, 2000: p. no:6.
64. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Risk Etmenleri Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003. 133-222(Bölüm5).
65. Schmidtke, A., et al., Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Acta Psychiatr Scand, 1996. 327-338(93).
66. Çayköylü, A., et al., Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı.. Kriz Dergisi, 1997. 37-42(5).
67. Yalvac, D. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., 2006.
68. Roy, A, S. BJ, and S. VA, Comprehensive Textbook of Psychiatry,. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, Psychiatric emergencies 2000. 2031-2040(7).
69. Wax, P., Historical Principles and Perspectives. In: Golgfrank LR, Flomenbaum Ne; Lewin NA,, 2002. 1-17(7th ed).
70. Amdur, M., J. Doull, and C. Klassen, Cassaret and Doull’s Toxicology. New York: Macmillan Pres, 1991.
71. N, Y., İntiharın Norobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2001. 5-15(4).
72. S.D. Özsoy, E.Eşel, “İntihar (Özkıyım)”, APD, 2003, S.4, s.177.

73. Burns A, G.E., Moore T., A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 1-10- 44(30).
74. Cheng, H. and D. Lester, The economy and suicide in Japan, 1985–2000. *Percept Mot Skills*, 2006. 102:338.
75. M. Eskin, İntihar, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2004, s. 96.
76. R. Palabıyıkoglu, İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi, KD, S.1, Ankara, 1993, s. 63.
77. Mufson L, N.Y., Warner V., The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2002. 61-69(71).
78. Mufson L, N.Y., Warner V.. *J Affect Disord*, The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. 2002. 61-69(71).
79. Mufson, L., Y. Nomura, and V. Warner, The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2002. 61-69(71)
80. Ge, X. et al., The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parentchild closeness. *Dev Psychopathol*, 2009. 621- 635(21).
81. Gross, H., et al., Transactional processes in child disruptive behaviorand maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Dev Psychopathol*, 2009. 139-156(21).
82. Dilsiz A. , Çocuk ve Gençlerde İntihar Girişimi: Kontrollü Bir Çalışma, KD, S.4, Ankara, 1996, s. 2.
83. Fidaner H. – Fidaner C. , Türkiye’de İntihar Epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İstanbul, 1987, s.311.

84. Deveci A., Aydemir O., and S. Mızrak, İntihar girişiminde bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi* 2005. 1-9(13).
85. A., R., Genetic influences on suicide risk. *Clinical Neuroscience Research*, 2001. 324-30(1).
86. G. Ekici - H.A. Savaş - S. Çıtak, “Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi”İteni, C.11, S. 3, İstanbul, 2001, s.168-169.
87. H. Mırsal ve Ark., “Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması”, *Bağımlılık Dergisi*, C.2., S.1, İstanbul, 2001, s.23.
88. B. Bakım - B. Özçelik - O. Karamustafalıoğlu, “Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları”, *Düşünen Adam Dergisi*, C.20, S.1, İstanbul, 2007, s.44
89. K. Tatlıoğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, *AİBÜ Sosyal Bilimler Entstitüsü Dergisi*, Bolu, 2012, S.2, s.144.
90. C. Evren ve Ark., “Madde Kullanımı Nedeni İle Yatarak Tedavi Görenlerde İntihar Girişimi Öyküsü”, *KPD*, Ankara, 2001, S. 4, s.233.
91. K. Ögel ve Ark., “Bir Geçiş Maddesi Olarak Esrar”, *TPD*, S.2, Ankara, 2000, s.31.
92. Gould MS ve Kramer AR (2001) Youth suicide prevention. *Suicide & Life - Threatening Behavior*. 31, 6-32.
93. Lewinsohn, P.M., Rohde, P., ve Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practise*. 3 (1); 25-46.
94. Marttunen, M.J., Aro, H.M., ve Lonnqvist, J.K. (1993). Precipant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6); 1178-1183 .

95. Gould MS, Fisher P, Parides M ve ark. (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Archives of General Psychiatry, 53, 1155-1162.
96. O'Carroll PW, Crosby A, Mercy JA, ve ark (2001). "Interviewing suicide" decents: a fourth strategy for risk factors assessment Suicide and Life-Threatening Behavior, 32, 3-6.
97. Portes, P.R., Sandhu, D.S. ve Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescent suicide: a psychosocial interpretation of developmental and contextual factors. Adolescence, 37 (148);
98. Dilsiz A, Dilsiz F (1996) Çocuk ve gençlerde intihar girişimi: Konrollü bir çalışma. Kriz Dergisi, 4 (1); 1-6.
99. Kposowa AJ: Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychol Med 2001; 31:127-138
100. Dilsiz A, Dilsiz F, Ökten F: İntihar davranışı: Demografik özellikler ve risk faktörleri. İzmir SSK Tepecik Hastanesi Dergisi 1992; 2:297-302.
101. Alptekin, K., 1974-1999 Yılları Arasında Türkiye'de Tamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimlerine ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı. Ankara, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.
102. Sır, A., Diyarbakır'da özkıym ve özkıym girişimleri: Adli kayıtların incelenmesi.. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999. 50-57(10).
103. Bağlı, M., Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu. Kriz Dergisi 2004. 21-40(12).
104. Sayıl, I., et al., Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde İntihar Davranışı Üstüne Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Rapor 2001, 2001.

105. Shafii, M., et al., Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1985. 142(9).
106. Zonda, T., Crisis. A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on Hungarian material., 1991. 48-57(1): p. 12.
107. Brent, D., et al., Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993a. 494-500(32).
108. Rygnestad, T., A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988. 389-394(72).
109. Farmer, R., Deliberate self-poisoning. *Br J Hospital Medicine*, 1986. 437-442(36).
110. Cullberg, J., D. Wasserman, and C. Stefansson, Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988. 598-603(77).
111. Kesebir, S., D. Gülpek, and M.A. Noyan, Özkıyım girişimlerinin doğası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002. 3: p. 88-96.
112. Bile-Brahe, U. and G. Jessen, Repeated suicidal behavior: A two-year followup. *Crisis*, 1994. 77-82(2): p. 15.
113. Kreitman, N. and P. Casey, Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry*, 1988. 792-800(153).
114. Platt, S. and H. Möller, Suicide trends in 24 European Countries 1972-1984. Berlin Heidelberg, 1988.
115. Ridgway, S., Suicide Prevention Awareness Month Media Information. Tennessee Suicide Prevention Network, 2004.
116. Doksat, M.K., İntiharlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999. 169-172.

117. Goldsmith, S., et al., Reducing Suicide A National imperative. The National Academies Press, 2003. 309-08321(0): p. 4.
118. Brent, D., et al., Adolescent psychiatric inpatients' risk of attempt upon sixmonthfollow-up J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 1993b. 95-105(32).
119. Pfeffer, C., et al., Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 1994. 225-230(33).
120. Pfeffer, C., et al., Suicidal children grown up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 1991. 609-616(30).
121. Dictionary, O.E., Oxford, Clarendon Pres.
122. Seydaoğlu, G., Zehirlenme Epidemiyolojisi. Nobel Kitapevi, 2004. 19-38.
123. Poklins, A., İntroduction to Forensic Sciences. 2 nd ed. Florida: CRC Forensic Toxicology, 1997.
124. Bystrzycki, A. and J. Coleridge, Drug-and poison-related deaths in Victoria during 1997. Emergency Medicine. William and Wilkins, 2000. 303-309(12).
125. Lapatto-Reiniluoto, O., Acute poisonings: Epidemiology and gastrointestinal decontamination. Helsinki Hakapaino 2001. 11 - 4.
126. Kurt, I., et al., Adnan Menderes üniversitesinde ızlenen zehirlenme olguları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2004. 5(3)(37 - 40).
127. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. The American Journal of Psychiatry. 1995; 152: 1075-1076.).
128. Baldessarini, RJ, Hennen, J. Genetics of suicide: An overview. Harvard Review of Psychiatry. 2004; 12: 1-13
129. Özalp E. İntihar davranışının genetiği. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 20(1): 85-93

130. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, Slutske WS, Dunne MP, Martin NG. Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med.* 1998; 28(4): 839-55
131. Coccaro EF, Silverman JM, Klar HM, Horvath TB, Siever LJ. Familial correlates of reduced central serotonergic system function in patients with personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51: 318-324
132. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, Roberts RC, Conley RR, Tamminga CA. Higher expression of serotonin 5-HT (2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry* 2002;159: 419-429.).
133. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, Roberts RC, Conley RR, Tamminga CA. Cyclic AMP response element binding protein in post mortem brain of teenage suicide victims: specific decrease in the prefrontal cortex but not in the hippocampus. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007;10: 621-629.).
134. Greenhill LL, Setterberg S. Pharmacotherapy of disorders of adolescents: Review. *Psychiatr Clin North Am* 1993;16(4): 793-814
135. Clark DB. Serum tryptophan ratio and suicidal behavior in adolescents: a prospective study. *Psychiatry Res* 2003;119(3): 199-204
136. Apter A. Biological factors in adolescent suicidal behavior. Ed: RA King ve A Apter, *Suicide in children and adolescents.* pp.1-40, Cambridge University Pres, Cambridge, 2006.
137. Sayıl, I. and O.E. Berksun, *Depresyon ve İntihar.* Psikiyatri Dnyası, 1998. 52-56(2).
138. Alper, Y., *Depresyonun psikodinamiği.* I Sayıl (ed): İntihar'da. İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları 2002. 39-46.
139. Berman AL ve Jobes DA (1995) *Suicide prevention in adolescents (age 12-18).* *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 25 (1); 143-152.

140. Andrews JA ve Lewinsohn PM (1992) Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 665-662.
141. Brent DA ve ark. (1993) Risk factors for adolescent suicide. *Arch. Gen. Psychiat*, 45.
142. Marttunen, M.J. Henriksson, M.M., Aro, H.M., ve ark. (1995). Suicide among female adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34.
143. Tezcan, A.E., Oğuzhanoglu, N.K., Ülkeroglu, F. (1995). Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri, *Kriz Dergisi*, II. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayı, 3 (1-2); 70-74.
144. Metha, A., Chen, E., Mulvenon, S. ve ark (1998). A theoretical model of adolescent suicide risk. *Archives of Suicide Research*, 4, 115-133.
145. Miller, A.L. ve Glinski, J. (2000). Youth Suicidal Behavior: Assessment and Intervention. *Journal of Clinical Psychology*. 56(9); 1131-1152.
146. Mitchell, A., et al., Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 2006. 130-6(19): p. 3.
147. Chen, J., M. Dunne, and P. Han, Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *J Adolesc Health*, 2006. 544-9(38): p. 5.
148. Licanin I, Music E, Laslo E ve ark. Suicidal thoughts related to psychoactive substance abuse among adolescents. *Med Arh* 2003;57(4):237-240
149. Susman EJ, Rogol A. Puberty and Psychological Development. In: "Handbook of Adolescent Psychology". (eds) Lerner RM, Steinberg L. 2th ed. Hoboken, New Jersey. John Wiley&Sons, Inc. 2004;15-44.

150. Tekgöl N, Göktay GA, Dirik N, Karademirci E, Ongel K. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Alsancak Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi Örneği, ÇİDEM. Smyrna Tıp Dergisi 2012; 2(1-ek1):33-35.
151. Tekgöl N, Dirik N, Karademirci E, Bıçakçı B, Öngel K. Ergen Ebeveynlerinin Ergenlik Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Tepecik Eğit Hast Derg 2012;22(1):59-62.
152. Gander, M., Gardiner, J. & Harry, W. (1995), “Çocuk ve Ergenlik gelişimi”, (2 Baskı), Çev: Bekir Onur, Ankara: İmge Kitabevi.
153. Onur, B., (1987), “Ergenlik Psikolojisi, 2. Baskı, *Hacettepe TAS Kitapçılık*, Ankara
154. Parman, T., (1997), “Ergenlik: Bir Giriş Yazısı”, *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji*, (5) Ek Sayı 4: 7-8.
155. Baygöl, E., (1997), “Ergenin Öfke Tepkilerinin incelenmesi”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.
156. Haran, S., (2003), “Ergenlerde Gelişimsel Kriz Üzerine Bir Klinik Örnek”, *Kriz Dergisi*, 12(1):47-53.
157. Kreipe RE, McAnarney ER. Adölesan Dönemi. “Nelson of Pediatrics” içinde. (çev.ed.) Tuzcu M. 3.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2001;226-262.
158. Çuhadaroğlu F. Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi Adolesan Sayısı* 2000;21(6):863-868.
159. Eneç Can F. Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2007.
160. Neyzi O, Alp H, Orhon A. Sexual Maturation in Turkish Girls. *Annals of Human Biology*. 1975;2(1):49-59.

161. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, 10-24 Yaş Grubundaki Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. [<http://www.tusp.saglik.gov.tr>]adresinden 01/02/2012 tarihinde erişilmiştir.
162. Tekgül BN, Uslu Tek P. Puberte. “Adolesan Sağlığı” içinde. (ed) Tekgül BN. İzmir, Pratisyen Hekimlik Derneği yayını. 2005;23-37.
163. Yörükoğlu, Atalay (1994), “Gençlik Çağı”, *Özgül Yayınevi*, İstanbul
164. Yazgan-İnanç, B., Bilgin, M., Atıcı, M. (2007), Gelişim Psikolojisi, *Pegem Yayıncılık*, Ankara.
165. Chambers CV. Childhood and adolescence. In: “Textbook of Family Practice”. (ed) Rakel RE 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1995;634-659
166. Patton DD, Harris JR. Ergenlik Gelişimi ve Tarama (çev) Mazıcıoğlu MM. “Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi” içinde. (çev.ed) Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2007; 129-138.
167. Tanner JM. “Growth at Adolescence”. With a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity. Oxford, Blackwell Scientific, 2nd ed. 1962;325.
168. Jean Emans S., Laufer MR., Goldenstein DP. “Pediatric and Adolescent Gynecology” Philadelphia USA, Lippincott Williams&Wilkins. 1998.
169. Aydın, A., (1999), “Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi”, *Anı Yayıncılık*, Ankara
170. Şemin, R., (1984), “Gençlik Psikolojisi” (2. Basım), *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları*, İstanbul
171. Kınık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim. *Katkı Pediatri Dergisi Adolesan Sayısı* 2000;21(6):720-740.
172. Gülay M. Adolesanın sağlık ölçütleri. “Adolesan Sağlığı” içinde. (ed) Tekgül BN. İzmir, Pratisyen Hekimlik Derneği yayını. 2005;87.

- 173.Pataki CS. Normal Ergenlik. “Kaplan&Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry” içinde. (çev ed) Aydın H, Bozkurt A. Cilt 4. 8. baskı. Ankara, Güneş Kitabevi. 2007; 3035-3043.
- 174.Geçtan, E. (2004), “Psikanaliz ve Sonrası”, *Metis Yayınları*, İstanbul.
- 175.İnanç, B.Y., Bilgin, M. ve Atıcı, M. (2004), “Gelişim Psikolojisi: Çocuk ve Ergen Gelişimi”, (1. Basım), Nobel Kitabevi, Adana.
- 176.Lingren, H.G., (2001), “Adolescence and Peer Pressure, Nebreska Cooperative Extension NF (95-211, File:NF 211 *Under Family Life D-1 Iuet April*.
- 177.Furman, W., Buhrmester, D. (1992), “Age and Sex Differences In Perceptions of Personal Relationships”, *Child Development*, 63, 103-115.
- 178.Minuchin, S., (1974), “Families and family therapy”, *Harvard University Pres*, Cambridge,
- 179.Kulaksızoğlu, A. (2002), Ergenlik Psikolojisi, 4. basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- 180.Köknel, Ö. (1999), “Kaygıdan Mutluluğa Kişilik”, 15.basım. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- 181.Yörükoğlu A. (1993), “Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Ruhsal Sorunlar”, 8. Baskı, *Özgür Yayıncılık*, İstanbul.
- 182.Davis jm ve brock se (2002) Suicide. Handbook Of In Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools, içinde J Sandoval (ed). (2nd Ed), , Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London; 273-301
- 183.Lewinsohn, P.M., Rohde, P., ve Seeley, J.R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Science and Practise*. 3 (1); 25-46.
- 184.Gould MS ve Kramer AR (2001) Youth suicide prevention. *Suicide & Life - Threatening Behavior*. 31, 6-32.

185. Bayam G, Dilbaz N, Holat H ve ark. (1995) Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2 (2); 57-63
186. Tezcan, A.E., Oğuzhanoglu, N.K., Ülkeroglu, F. (1995). Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri, *Kriz Dergisi*, II. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayı, 3 (1-2); 70-74.
187. Akın Elif, Berkem Meral İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikiyatrik Tanıların, Demografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi, *Fırat Tıp Dergisi* 2012; 17(4): 228-232 ,
188. Trangkasombat U, Likanapichitkul D. Prevalence and risk factors for depression in children: an outpatient pediatric sample. *J Med Assoc Thai* 1997; 80: 303-10.
189. Jay MS, Graham CJ, Flowers C. Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence* 1989; 24: 467- 72
190. Garfinkel BD, Forese A , Hood J "Suicide attempts in children and adolescent" *Am J Psychiatry*, 139(10), 1982, p 1257-61
191. Jay, M, Susan and Others "Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility" *Adolescence*, V 24, n 94, 1989, p 467-72
192. Sayar, M.K., Öztürk, M., Acar, B., (2000), "Aşırı Dozda İlaç Alımıyla İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler", *Klinik Psikiyatri Bülteni*; 10: 133-138
193. Eker, E., (2006), "2005 yılında İstanbul orta öğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar vermeyle intihar davranışları bakımından karşılaştırılması" *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul
194. Şengül ve arkadaşları, (2008), "Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvurusu Ardından Psikiyatri Polikliniğinde Değerlendirilen Olguların Sosyodemografik Verileri", *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Türk J Emerg Med* 8(3):127-131.

- 195.Ercan, E.S., Varan, A., Aydın, C., (2000), “İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3):132-145.
- 196.Özgüven-Devrimci, H. ve Sayıl, I. (2003). Suicide attempts in Turkey : Results of the WHO / EURO multicentre study of suicidal behavior. *Can J Psychiatry*, 48, 324-329.
- 197.Le Heuzey MF, Isnard P, Badoual AM, Dugas M. Suicidal children and adolescents. *Arch Pediatr* 1995; 2: 130-5.
- 198.Goldney RD, Wilson D, Grande ED. Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic
- 199.Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people:nested case-control study. *BMJ* 2002; 325:7355-7374.75
- 200.Güleç G, Aksaray G. intihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografiksosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *New Symposium Journal* 2006;44(3):141-150.
- 201.Deveci A, Taşkın EO, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3):170-178.
- 202.Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve Krize Müdahale: intihar Davranışı. *Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları* 2000; 6:165-197.
- 203.Björkenstam C, Weitof G, Hjern A, Nordström P, Hallqvist J, Ljung R. School grades, parental education and suicide-a national register-based cohort study. *Journal Of Epidemiology & Community* 2011;65(11):993-998.
- 204.Atli A. Ve arkadaşları ,Acil Ünitesine İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Olguların Değerlendirilmesi: Şanlıurfa Örnekleme, sf 163

- 205.Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkızceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na Başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6:19-29.
- 206.Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. Klinik Psikiyatri. 2012;15:218-25.
- 207.Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. 1996;327-38.
- 208.Şervan Gökhan, Özkıyım Nedeni İle Acil Servise Başvuran Olguların Demografik Verilerinin Özkıyım Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi,2008, Diyarbakır; Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
- 209.Gözden Ş. Ergenlerdeki İntihar Davranışının Dürtüsellik, Öfke İfadesi Ve Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi Tıpta Uzmanlık Tezi – sayfa 62
- 210.Volant, E., İntiharlar Sözlüğü. Sel Yayıncılık, Turhan (çev). İstanbul 2005.
- 211.Tezcan E, Oğuzhanoglu N.K. Ülkeroglu, Çocuk Ve Gençlerde İntihar Girişimleri F. Kriz Dergisi 3 (1-2) 70-74,
- 212.Tsai SYM, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for complited suicide in bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2002; 63: 469-476.
- 213.Kutcher S, Chehil S. İntihar Riskinin Ele Alınması, Sağlık Alanında Çalışanlar için El Kitabı. Semerci B (Çeviri Ed.) İstanbul, Sigma Publishing Danışmalık ve Organizasyon Dış Tic. Ltd. Şti. 2009.
- 214.Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention 2001, Spring: 31 Suppl: 6-31
- 215.Acar A. Acil Servise Gelen İntihar Vakalarının Sosyodemografik Açından İncelenmesi 2009;İstanbul Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

- 216.Kübalı Z, Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi, 2007,Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- 217.Gözden Ş. Ergenlerdeki İntihar Davranışının Dürtüsellik, Öfke İfadesi Ve Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi, tıpta uzmanlık tezi – sayfa 68-69
- 218.Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM ve ark: Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. Am J Psychiatry 2002; 159:1746-1751.
- 219.Sayar K, Acar B: Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 1999; 9:208-212
- 220.Sayar MK, Öztürk M, Acar B: Aşırı dozda ilaç alımıyla özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10:133-138.
- 221.Şener Ş, Şenol S: İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. 3P Dergisi 1996; 4:100-107.
- 222.Özen Ş,Güloğlu C. İlaçla özkıyım girişiminde bulunan ergen ve gençlerde depresif belirti farklılıkları, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:159-166
- 223.Neehall J, Beharry N. Demographic and clinical features of adolescent parasuicides. West Indian Med J 1994; 43: 123-6.
- 224.Brent DA, Perper JA, Kolko DJ, Zelenak JP. The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 362-6.
- 225.Robins LN, Kulbok PA. Epidemiologic Studies in Suicide. Review of Psychiatry. Ed: Frances AJ-Hales RE, Washington: American Psychiatric Press 1988: 289-306.
- 226.Sarıalioğlu F, Yurdakök M, Kutluk T, Çalıköğlü S (Çev.Ed). Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi. Barış Kitabevi, Ankara 1993; ss 269-329.

227. Detels R, Beaglehole R, Tanak H. Public Health (4 th ed). Oxford University Press, Oxford 2002: pp 1504, 1636.
228. Tamar D, Ögel K. Ergenlik döneminde madde kullanımı. Ege Psikiyatri Dergisi 1997; 5-19.
229. Apan E, Karaömerlioğlu Ö, Tanır F, Akbaba M. Adölesan çağda sigara içmede etkili olabilecek faktörler, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Didim 12- Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 21(2) 103-111, 2012
230. Rutter, P.A. ve Soucar, E. (2002) Youth suicide risk and seksual orientation. Adolescence, 37(146); 289-299
231. Miller, A.L. ve Glinski, J. (2000). Youth Suicidal Behavior: Assesment and Intervention. Journal of Clinical Psychology. 56(9); 1131-1152.
232. Marttunen, M..J., Aro, H.M., ve Lonnqvist, J.K. (1993). Precipant stressors in adolescent suicide. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32(6); 1178-1183 .
233. Gould MS, Fisher P, Parides M ve ark. (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Archives of General Psychiatry, 53, 1155-1162.
234. O'Carroll PW, Crosby A, Mercy JA, ve ark (2001). "Interviewing suicide" decents: a fourth strategy for risk factors assessment Suicide and Life-Threatening Behavior, 32, 3-6.
235. Portes, P.R., Sandhu, D.S. ve Longwell-Grice, R. (2002). Understanding adolescnct suicide: a pyschosocial interpretation of developmental and contextual factors. Adolescence, 37 (148);
236. Tishler CL, McKenry PC, Morgan KC. Adolescent suicide attempts: Some significant factors. Suicide Life Threat. Behav. 1981; 11: 86-92.
237. Pillay AL, Wassenaar DR. Recent stressors and family satisfaction in suicidal adolescents in South Africa. J Adolesc, 1997; 20: 155-162..

238. Garnefski N., Diekstra R.F.W. Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts, *J Adolesc*, 1997; 20: 201-208.
239. Dilsiz A., Dilsiz F., (1993), “İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler”, *Kriz Dergisi*. 1: 124-128.
240. Ceyhun, A. G. ve Ceyhun, B. (2003), “Lise ve üniversite öğrencilerinde intihar olasılığının değerlendirilmesi”, *Klinik Psikiyatri* 2003;6:217-224
241. Yalçın-Yangan, G.A, (2003), “İntihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularının karşılaştırılması”, *yayınlanmamış uzmanlık tezi*, Ankara üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri anabilim dalı, Ankara
242. Tomori and Zalar, 2000; Dilsiz A ve Dilsiz F, 2001; Türker, Yücel ve Boz, 2000
243. Şimşek N, Karataş N,, Nevşehir İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinde İntihar Girişimi Yaygınlığı ve İlişkili Ailesel Faktörlerin Belirlenmesi, 68 – 69
244. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study, *Lancet*, 2004 Sep 25-Oct 1;364(9440):1135-1140.
245. Özver İ, Genç erişkinlerde intihar davranışı ile problem çözme, dürtüsellik ve atılgnlık arasındaki ilişkinin incelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2010.
246. Björkenstam C, Weitof G, Hjern A, Nordström P, Hallqvist J, Ljung R. School grades, parental education and suicide-a national register-based cohort study. *Journal Of Epidemiology & Community* 2011;65(11):993-998
247. Akgöl Gür S. T. ,Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri - uzmanlık tezi erzurum – 2012

248. Altindag, A., M. Özkan, and R. Oto, Suicide in Batman, Southeastern Turkey. *Suicide Life Threat Behav*, 2005(35(4)): p. 478-82
249. Emet, M., et al., Main Differences In Childhood And Adult Oral Exposures. *Bratisl Lek Listy*,.
250. Harwood, D., et al., Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000(15): p. 736 -743.
251. Levinson DF, Mowry BJ, Sharpe L, Endicott J. Penetrance of schizophrenia-related disorders in multiplex families after correction for ascertainment. *Genet Epidemiol* 1996; 13: 11-21.
252. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
253. Ercan ES, intihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Uzmanlık Tezi*, İzmir, 1998.
254. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde intihar girişimleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3(3):183-189.
255. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE. Risk factors for adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 1998; 45: 581-587.
256. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people *BMJ* 2005; 330: 891-894.
257. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality Traits and Cognitive Styles As Risk Factors For Serious Suicide Attempts Among Young People. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1999; 29(1): 37-47.
258. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord*. 1988; 15: 227-233.

259. Akın E, Berkem M. intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. Fırat Tıp dergisi 2012; 17(4):228-232.
260. Conner KR, Meldrum S, Wiczorek WF, Duberstein PR, Welte JW. The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15 to 20 year old males. Suicide Life Threat Behav 2004;34:363-373.
261. Kashden J, Fremouw WJ, Callahan TS, Franzen MD. Impulsivity in suicidal and nonsuicidal adolescents. J Abnorm Child Psychol 1993;21:339-353.
262. Gür Akgör S. T. (2012) Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri, Erzurum Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
263. Retamal, P. and D. Humphreys, Occurrence of suicide and seasonal variation. Rey Saude Publica, 1998. 32(5)(408-12).
264. Söğüt, Ö., et al., Türkiye'nin Güneydoğusunda, Şanlıurfa ve Çevresinde Özkayım Girişimlerinin Değerlendirilmesi. JAEM, 2011. 8-13.
265. Kasper, S., S. Schindler, and A. Neumister, Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment. Int Clin Psychopharmacol, 1996. 11(71-79)
266. Tuovinen, K., organophosphat - induced convulsions and prevention of neuropathological damages Toxicology. 2004. 196(31-39).
267. Jaga, K. and C. Dharmani, The interrelation between organophosphate toxicity and the epidemiology of depression and suicide. Rev Environ Health, 2007.22(57-73)
268. Dharmani, C. and K. Jaga, Epidemiology of acute organophosphate poisoning in hospital emergency room patients.. Rev Environ Health, 2005. 20(215-32).
269. Munidasa, U.A., et al., Survival pattern in patients with acute organophosphate poisoning receiving intensive care. J Toxicol Clin Toxicol 2004. 343-7(42).

270. Steele, M. and T. Doey, Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. Part 1: Etiology and Risk Factors. *Can J Psychiatry*, 2007(52(6 Suppl 1)): p. 21S-33S

