



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**DÜRTÜSELLİK BOYUTUNUN İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN
NİTELİĞİ VE ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

DR. DİLAY TUNCA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL – 2017



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI**

**DÜRTÜSELLİK BOYUTUNUN İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN
NİTELİĞİ ve ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI**

DR. DİLAY TUNCA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. KAAAN KORA

İSTANBUL – 2017

İçindekiler

	<u>Sayfalar</u>
ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
KISALTMALAR	vi
TABLolar	vii
ŞEKİLLER	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İntihar	3
2.1.1. İntiharın tanımı	3
2.1.2. İntihar davranışı ile ilgili kavramlar	4
2.1.3. İntiharın tarihçesi	5
2.1.4. Yasalarda intihar	6
2.1.5. Etyoloji	7
2.1.6. Epidemiyoloji	13
2.1.7. Risk faktörleri	19
2.2. İntihar ve Dürtüsellik İlişkisi	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.2. Araştırmanın Deseni	35
3.3. Değerlendirme Araçları	35
3.3.1. Sosyodemografik veri formu	35
3.3.2. Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BDÖ-11)	36
3.3.3. İntihar niyeti ölçeği (İNÖ)	36
3.3.4. İntihar girişiminin dürtüsellik açısından değerlendirilmesi	37
3.3.5. İntihar girişiminin ciddiyetinin tıbbi açıdan değerlendirilmesi	37
3.3.6. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme	38
(SCID-I)	38
3.3.7. DSM-IV eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme	38
(SCID-II)	38

3.4. İstatistiksel Yöntem.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Sosyodemografik Veriler	40
4.2. Klinik Özelliklere Ait Veriler	42
4.3. İntihar Girişimine Ait Veriler	45
4.4. Psikiyatrik Tanı	47
4.5. Klinik Ölçeklerden Elde Edilen Veriler	49
5. TARTIŞMA	52
6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	60
7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	60
8. KAYNAKLAR.....	63

ÖNSÖZ

Asistanlığım süresince sıcaklığı, hoşgörüsüyle, bilgisi, emeği ve desteğiyle hep yanımda olduğunu hissettiren, kendisinden çok şey öğrendiğim, tez çalışmamın en başından son aşamasına kadar emeğini ve desteğini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kaan Kora'ya;

Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli hocalarım Prof.Dr.Volkan Topçuoğlu'na, Prof.Dr. Yıldız Akvardar'a, Prof.Dr. Mehmet Zihni Sungur'a, Prof.Dr. Kemal Sayar'a, Prof.Dr. Kemal Kuşçu'ya, Dr. Axel Würz'e;

Asistanlığa birlikte başladığım, bu süre boyunca çok fazla şey paylaştığım, her türlü desteği ile hep yanımda olan dostum ve yoldaşım Ekin Sönmez'e;

Bu çalışmaya katılan hastaları tarafıma yönlendiren Nurşin, Aslı, Erdem, Gülhan, Özer, Gonca, Süha, Erdoğan ve adını sayamadığım bütün asistan arkadaşlarıma;

Bu sıkıntılı süreçte yardımlarını ve desteğini hep hissettiğim dostum Güneş Karakurt'a ;

Son zamanlarda hep yanımda olan sevgili dostum Meylin Sağdıç Karalar'a;

Sonsuz desteklerini benden esirgemeyen sevgili Neşe Yorguner Küpeli ve Güler Kandemir'e;

Bu süre boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Birlikte çalıştığımız süre boyunca yardım ve desteklerini esirgemeyen sekreterlerimiz Pınar ve Birgül'e, personelimiz Sevgi Hanım'a ve Mehmet Bey'e;

Bu çalışmaya katılan ve katkı sağlayan tüm hastalara;

Ve bu günlere gelmemde büyük emekleri olan ve yaşamım boyunca ilgi ve desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dilay,

Şubat 2017

ÖZET

DÜRTÜSELLİK BOYUTUNUN İNTİHAR GİRİŞİMLERİNİN NİTELİĞİ VE ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Dürtüsel davranış ile intihar girişimi arasındaki ilişki iki yönlü olarak düşünülebilir. Bir intihar girişimi dürtüsel olabilir veya intihar girişiminde bulunan kişi dürtüsel özelliklere sahip olabilir. Bu çalışmanın amacı, girişimin dürtüselliğini hem bir kişilik özelliği hem de durumsal özellik olarak ölçerek dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimlerini ilişkili olabilecek çeşitli değişkenler açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik EAH Acil Servisi'ne intihar girişimi sonrası başvuran 18-65 yaş arası 65 hasta dahil edilmiştir. Hastalar Sosyodemografik Veri Formu, SCID I, SCID II uygulaması, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) ile değerlendirilmiştir. İntihar girişiminin dürtüselliği, İNÖ'nün 2 maddesi (girişim için aktif hazırlık=6.madde ve tasarlama derecesi=15.madde) birleştirilerek belirlenmiştir. İntihar girişiminin ciddiyetinin tıbbi açıdan değerlendirmesi ise literatüre dayanarak araştırmacının belirlediği ölçütlere göre yapılmıştır.

Sonuçlar: Hastaların %32.3'ü (n=21) dürtüsel ve %67.6'sı (n=44) dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunmuştur. Dürtüsel girişim ile dürtüsel olmayan girişimde bulunan kişiler intihar girişiminin tıbbi açıdan ciddiyeti ve kişilik özelliği olarak dürtüsellik bakımından farklı bulunmamıştır. Dürtüsel olmayan girişimde bulunan grupta İNÖ toplam puanı, anksiyete bozuklukları, herhangi bir kişilik bozukluğunun ve C küme kişilik bozukluğu bulunma oranı daha yüksektir.

Sonuç: Klinisyenler, dürtüsel olmayan girişimlerle tıbbi açıdan benzer ciddiyet düzeyine sahip olduğu için dürtüsel girişimleri daha az önemsememeli ve bir

hastanın herhangi bir ruhsal bozukluğunun olmaması halinde intihar davranışı için risk taşımadığını varsaymaktan kaçınmalıdır.

Anahtar kelimeler: İntihar, intihar girişimi, dürtüsel intihar girişimi, dürtüsellik.



ABSTRACT

EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN IMPULSIVITY WITH THE QUALITY AND SEVERITY OF SUICIDE ATTEMPTS

Objective: The relationship between impulsive behaviour and suicidal attempts can be considered as bidirectional. A suicide attempt can be impulsive or the person who commits a suicide attempt can have impulsive characteristics. In this sense, the aim of this study is to compare various features of impulsive and non-impulsive suicide attempts, considering impulsivity not only as a trait but a state-related phenomenon.

Methods: 65 adults with an age range of 18-65, who consulted to Marmara University School of Medicine Pendik Training and Research Hospital Emergency Department upon attempting suicide was included. The assessment was made with a questionnaire composed of sociodemographic variables, Barratt Impulsivity Scale - 11 (BIS-11), Suicide Intent Scale (SIS), together with SCID - I and SCID - II interviews. The impulsivity of suicide attempts was defined according to two items of SIS (sixth item, active preparation for the attempts and fifteenth item, degree of premeditation). The medical severity of the attempt was assessed by the researchers' clinical informed opinion based on the existing literature.

Results: 32.3% (n=21) of the patients were identified to have had an impulsive suicide attempt and 67.6% (n=44) non-impulsive. Impulsive and non-impulsive attempts showed no statistically significant difference in terms of medical severity of the attempt or state-related impulsivity levels of the patients. The rates of anxiety disorders, personality disorders of any type and cluster-C personality disorders, as well as the SIS scores of the non-impulsive suicide attempt group were higher than those of the impulsive suicide attempt group.

Conclusion: Impulsive suicide attempts should alert clinicians as much as non-impulsive attempts, as they present comparable medical severity. False assumptions, such as patients without a mental disorder are also without risk for suicidal behavior, should be avoided.

.Keywords: Suicide, suicide attempt, impulsive suicide attempt, impulsivity



KISALTMALAR

AAS	: Amerikan Suisidoloji Derneği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFSP	: Amerikan İntihar Önlleme Kuruluşu
AIDS	: Edinsel Bağışıklık Yetmezliđi Sendromu
BDÖ-11	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11
BOS 5- HIAA	: Beyin omurilik sıvısı 5-hidroksiindolasetik asit
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önlleme Merkezi
COMT	: Katekol-O-metiltransferaz
CRH	: Kortikotropin-releasing hormon
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HPA	: Hipotalamo-hipofizer-adrenal
ICD-10	: Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
İNÖ	: İntihar Niyeti Ölçeği
LGB	: Lezbiyen, gey ve biseksüel
MAO-A	: Monoamin oksidaz-A
SCID-	: DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SCID-II	: DSM-IV Eksen II Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SERT	: Serotonin taşıyıcısı
SS	: Standart sapma
TPH	: Triptofan hidroksilaz
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar

- Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri**
- Tablo 2. Grupların klinik değişkenlerinin karşılaştırılması**
- Tablo 3. İntihar girişimleri ile ilgili tanımlayıcı özellikler**
- Tablo 4. İntihar girişiminin tıbbi sonuçlarının karşılaştırılması**
- Tablo 5. Grupların Eksen I tanılarına göre dağılımı**
- Tablo 6. Gruplar arasında Eksen-II tanı dağılımlarının karşılaştırılması**
- Tablo 7. Grupların İNÖ toplam puanının karşılaştırılması**
- Tablo 8. Tıbbi olarak ciddi kabul edilen intihar girişimi ve ciddi edilmeyen intihar girişiminde bulunanların İNÖ toplam puanı karşılaştırılması**
- Tablo 9. Grupların BDÖ ile değerlendirilen dürtüsellik özellikleri**
- Tablo 10. Tıbbi olarak ciddi kabul edilen intihar girişimi ve ciddi kabul edilmeyen intihar girişiminde bulunanların BDÖ ile değerlendirilen dürtüsellik özellikleri**

ŞEKİLLER

Şekil.1 Yaş grubu ve cinsiyete göre intihar oranı, TÜİK-2015



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, dünyanın tüm bölgelerinde olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl dünyada 800.000'den fazla kişi intihar nedeniyle ölmektedir ve her 40 saniyede intihara bağlı, bir ölüm meydana gelmektedir. Buna karşılık intihar girişiminde bulunan çok daha fazla insan vardır. İntihar sonucu ölen her yetişkine karşılık, 20'den fazla kişi intihar girişiminde bulunmaktadır (DSÖ).

Sınırlı sayıda araştırma, intiharı düşünenlerin % 25-% 58'inin intihar girişiminde bulunduğunu ve % 7'sinin intiharı tamamladığını ileri sürmektedir (Brezo ve ark 2007).

Bazı psikiyatrik bozukluklar dürtüsellik ile ilişkilidir. Dürtüsellik ayrıca intihar davranışının önemli bir bileşenidir. Dürtüsel davranış ile intihar girişimi arasındaki ilişki iki boyutlu olarak düşünülebilir. Bir intihar girişimi dürtüsel olabilir veya intihar girişiminde bulunan kişi, dürtüsel özelliklere sahip olabilir veya olmayabilir. Bu iki boyut intihar davranışının diğer önemli boyutlarından birisi olan ölümcüllük ile de farklı bir ilişkiye sahip olabilir (Baca-Garcia ve ark., 2005).

Dürtüsel kişilik özellikleri, sürekli olarak intihar davranışları ile ilişkilendirilirken, aralarındaki ilişkiyi ve dürtüsel girişimleri araştıran çalışmalar sadece çelişkili sonuçlar vermiştir (Wyder & De Leo, 2007).

Çalışmalar sıklıkla intihar girişimlerinin önemli bir kısmının dürtüsel ve planlanmamış olduğunu bildirmiştir (Wyder & De Leo, 2007).

Dürtüsellik, sağduyu ve bilinçli yargılama olmadan hızlı hareket etme, yeterli derece düşünmeden davranma, eşit yetenek ve bilgiye sahip birçok kişiden daha az sağduyu ile hareket etmeye eğilim olarak tanımlanmıştır (Moeller ve ark, 2001).

Dürtüsel intihar girişimleri için literatürde birçok tanımlama yapılmıştır. Bunlar planlamanın açık işaretlerinin olmaması, hazırlıkların bulunmaması veya intihar düşüncesinin zamanlamasıdır. Tanımlamadaki bu farklılıklar, çalışmalar arasında karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır (Wyder & De Leo, 2007).

Çeşitli çalışmalarda dürtüsel girişimler ile intihar niyeti ve girişimin ölümcüllüğü arasında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Genel olarak daha fazla hazırlık

yapmanın daha büyük intihar niyeti ile ilişkili olduğu ve daha fazla niyetin de daha büyük öldürücülük ile ilişkili olabileceği öne sürölmüştür (Brown ve ark, 1991).

Yine farklı araştırmalar, dürtüsel girişimde bulunanların planlı girişimde bulunanlara göre daha düşük ölüm beklentisi bildirme eğiliminde olduklarını göstermiştir (Wyder & De Leo, 2007) (Baca-Garcia ve ark, 2001). Bazı çalışmalar, dürtüsel girişimde bulunanların daha az depresif olduklarını bildirmiştir (Wyder & De Leo, 2007) (Williams ve ark, 1980).

Bu çalışmada, acil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların intihar girişimlerinin dürtüsellik boyutunu değerlendirmek; dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimlerini sosyodemografik ve psikopatolojik özellikler, kişisel özellik olarak dürtüsellik, intihar niyeti ve tıbbi olarak girişimin ciddiyeti açısından karşılaştırmak amaçlanmıştır. Çalışmamızdan elde edeceğimiz bulgular ile, herhangi bir ruhsal bozukluk eşlik etmese de dürtüsel girişimlerin dürtüsel olmayan intihar girişimleri kadar tıbbi olarak ciddi sonuçlara yol açtığını göstermeyi hedefliyoruz. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türkiye’de dürtüsel intihar girişimleri ile dürtüsel olmayan intihar girişimlerini karşılaştıran ilk çalışmadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar

2.1.1. İntiharın tanımı

İntiharın iyi bilinen bir tanımı, Britannica Ansiklopedisi'nin 1973 baskısında görülmektedir, Shneidman'ın aktardığına göre, “kişinin kendi yaşamına kasten son verdiği insan eylemidir”. İntiharın herhangi bir tanımında kesinlikle ölme niyeti ana unsurdur (Daher, 2002)

Kendi içinde “intihar” terimi, doğrudan şiddet ve saldırganlığa ilişkin çağrışım yapmaktadır. Kaynaklara göre Sir Thomas Browne, Religio Medici (1642) adlı eserinde “(suicide) intihar” sözcüğünü türeten ilk kişi oldu. Bir doktor ve filozof olan Browne, kelimeyi Latince sui (kendini) ve caedere (öldürmek)ye dayandırmıştır. Yeni terim, kendini öldürme ve başkasının öldürülmesi arasında ayırım yapma arzusunu yansıtmıştır (Daher, 2002).

Bugün ülkemizde de tıbbi terminolojide “suisid” sözcüğü sıkça kullanılmaktadır (Yalvaç, 2006). İntihar sözcüğü ise Arapça'dan geçmiştir. Arapça göğüs, göğse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlığı bıçakla kesme anlamlarına gelen “nahr” kökünden türetilmiştir. Türk Dil Kurumu tarafından intihar yerine "özkıyım" veya "özekıyım" önerilmektedir (Yalvaç, 2006). Dilimize daha çok yerleşmiş olduğu düşünülerek bu yazıda “intihar” kelimesi kullanılmıştır.

Emile Durkheim, 1897 tarihli “*İntihar (Le Suicide Étude de Sociologie)*” isimli eserinde intihar ve intihar girişimini, “kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilmiş, olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir. İntihar girişimi, böyle tanımlanan, ancak ölümle sonuçlanmadan önce durdurulan edimdir.” şeklinde tanımlamıştır (Durkheim, 2013).

Shneidmann intiharı, “dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemi” olarak anlar (Odağ C., 2002).

Hastalıkları sınıflama sistemlerinden DSM ve ICD’ de intihar davranışı hastalık olarak kodlanmaz.

DSM-V’de intihar ve intihar girişimleri 2 alanda ele alınmaktadır:

1.Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da intihar girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama şeklinde majör depresif bozukluğun bir tanı ölçütü olarak ele alınmaktadır.

2.Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları olarak borderline kişilik bozukluğunun tanı ölçütleri arasındadır (DSM-5 Çev.Koroğlu, 2013).

ICD-10'da "Hastalık ve Ölümün Dış Sebepleri" alt başlığında X60-X84 kodları arasında "Kasıtlı Kendine Zarar" olarak ele alınır (ICD-10).

2.1.2. İntihar davranışı ile ilgili kavramlar

2.1.2.1. İntihar davranışı

Doğrudan veya dolaylı bir şekilde intihar düşüncesi taşıma, intihar girişiminde bulunma ve intihar etme gibi davranış kalıplarını tek bir çatı altında toplayan geniş anlamlı bir terimdir. İntihar genellikle insanın kendini öldürmesi olarak düşünülmekte ve sadece davranışın sonunda ortaya çıkan durumla ilgilenilmektedir. Böyle bakıldığında, insanı kendini öldürmeye götüren süreç göz ardı edilmekte ve bu süreci başlatan olay veya olaylar hakkında düşünmemiz zorlaşmaktadır. İntihar bilimcileri arasında yaygın görüş intiharın sadece insanın kendisini öldürmesi olayı olmayıp öldürme olayından uzun zaman önce başlayan bir "süreç" olduğudur. İntihara bir süreç olarak bakmak, yaklaşımımızı temelden değiştirecektir (Alptekin, 2008).

2.1.2.2. İntihar girişimi

Bir kişinin olağan yaşantısı içerisinde bir başkasının yönlendirmesi olmaksızın kendisini ölüme götürebilecek bir yöntemi denemesiyle gerçekleşen; ancak sonucu ölüm olmayan bir intihar davranışıdır (Alptekin, 2008).

Shneidmann, intihar girişimine “parasuisid” ismini verir ve şöyle tanımlar: Parasuisid, amacı gizli olan kararsız bir davranıştır (Odağ, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre intihar girişimi, ölümcül olmayan herhangi bir intihar davranışı anlamında kullanılır veya ölümcül bir niyet ve sonucu olabilen ya da olmayabilen kasıtlı olarak kişinin kendini zehirlenmesi, yaralanması veya kendine zarar vermesini ifade eder (DSÖ).

Bazı araştırmacılar intihar girişimlerini üç gruba ayırır: Jestler (gestures), birbirine zıt / karşıt olan girişimler (ambivalent attempts) ve ciddi girişimler (serious attempts). Tamamlanmış intihardan farklı olarak intihar girişimlerinde “yardım çağrısı” faktörünün büyük bir rol oynadığını belirten Sonneck yardım çağrısı karakterinin ön planda olduğu intihar girişimlerini “parasuisidal jestler” veya “iletişimsel intihar girişimleri” adı altında toplamaktadır (Alptekin, 2008).

2.1.2.3. İntihar düşünceleri

“İntihar düşüncesi” terimi genellikle teknik literatürde kullanılmakta olup değişen derecelerde yoğunluk ve ayrıntı içeren kendini öldürme düşüncelerini ifade eder. Literatürde bu terim aynı zamanda, hayattan yorulmuş olma hissi, hayatın yaşanmaya değmez olduğu inancı ve uykudan uyanmama arzusu anlamına gelir. Bu farklı duygu veya düşüncelerin şiddeti farklı düzeylerde açığa çıksa da, aralarında bir devamlılık şart değildir (Daher, 2002).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından intihar üzerine düşünme, intiharı aklından geçirme ya da planlama şeklinde tanımlanmıştır (CDC).

Odağ’a göre, intihar düşünceleri; uzun süre kaybolmazlar, inatçı ve şiddetlidirler; istençten etkilenmezler. Her şeyden önce, yaklaşan bir tehlikenin habercileridir (Odağ, 2002).

2.1.3. İntiharın tarihçesi

Antik Yunan’da her büyük felsefe okulunun intihara karşı kendine özgü bir tavrı vardır ve Pythagorasçılarının kesin karşıtlığından; Epikuroşçular ve Stoacıların

hoşgörülü onayına dek bütün yelpaze temsil edilir. Roma'da ekonomik ve vatani çıkarlar gibi çok açık nedenlerle, köle ve asker sınıfına intihar yasaktır (Georges, 2008).

Ortaçağ'da istemli ölüm, sınıflara göre değişen çok farklı ölüm biçimleriyle birlikte görülmektedir. Köylü ve zanaatçı, yoksulluk ve acıdan kurtulmak için kendini asar; şövalye ve papazlar, aşağılanmaktan kurtulmak ve düşmanı zaferden yoksun bırakmak için kendilerini öldürtürler. Seçkin sınıfın ahlakı olan egemen ahlak, nedenler ve araçlar konusundaki bu farkı benimser: Bir korkaklık ve kaçış eylemine benzetilen birinci tip intihar, kadavraya işkence edilerek, kutsal kabul edilen toprağa gömülmesine izin verilmeyerek, sonsuza dek lanetlenmesi sağlanarak ve malları müsadere edilerek ağır şekilde cezalandırılırdı. İkinci tip intiharsa, örnek bir davranış olarak gösterilirdi (Georges, 2008).

2.1.4. Yasalarda intihar

Türk Ceza Kanunu'nun 84. maddesine göre intihar davranışı suç değildir. Ancak başkasını intihara azmettirmek, teşvik ve yardım etmek suçtur (Öztürk & Uluşahin, 2008).

Türk Ceza Kanunu'nun 84. Maddesi söz konusu sınırlandırmayla ilgili olarak şu şekilde düzenlenmiştir:

MADDE 84. - (1) Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu fiilin basın ve yayın yolu ile işlenmesi hâlinde, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(4) İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten öldürme suçundan sorumlu tutulurlar (TCK).

2.1.5. Etyoloji

İntihar davranışı; sosyal, psikolojik, kültürel, biyolojik vb. boyutları olan bir davranış biçimidir. İntihar ile ilgili ilk bilimsel sınıflamalardan biri, Emile Durkheim tarafından yapılmıştır.

2.1.5.1. Kuramsal görüşler

2.1.5.1.1. Durkheim'in toplumsal kuramı

Durkheim intiharı toplumsal bir olgu olarak ele alır. Ona göre toplumsal özellikler bir toplumdaki intihar oranlarını belirler. Durkheim iki temel düşünceden yola çıkar. Bunlardan birincisi bütünlüğe göndermede bulunan toplumsal bütünleşme; ikincisi, birinciye bağlı olan toplumsal düzenleyici kurallardır. Böylece toplumsal bütünleşmenin yetersizliği ya da aşırılığına göre bencil (egoistik) ve özgeci intihar; toplumsal kuralların zayıf ya da çökmekte oluşuna veya fazla baskıcı oluşuna göre de kuralsız ve yazgısal intihar olarak, dört çeşit intihar tanımlamıştır (Durkheim, 2013).

2.1.5.1.1.1. Bencil (egoistik) intiharlar

Toplumun birey üzerindeki etkisinin zayıflaması, toplumun çözülmesi sonucu meydana gelir. Durkheim en çok iki tane birleştirici toplumsal çerçeve üzerinde durur. Bunlar din ve ailedir. İnsan kendi başına terk edildiği, toplumsal bir grupta bütünleşmediği ve bundan ötürü o toplumsal gruptan kaynaklanan ortak güç, ona yeterince canlılık ve yetke vermediği zaman, intihara eğilim gösterir sonucuna varır. Bu durumlarda, insanların istekleri bütünleyici bir ortamın içinde yeterince güçlü kapsamadığından, genellikle derin bir yoksunluk meydana gelir. Ona göre intihar, toplumun dinsel, ailesel, siyasal bütünlüğü ile ters orantılı olarak değişir (Durkheim, 2013).

2.1.5.1.1.2. Özgeci (altruistik) intiharlar

Bireyin ortak değerlere sıkı sıkıya tabi olduğu toplumlarda görülür. Ortak nedeni aşırı bireycilik değil de tersine toplumun bireyi birçok şeyden vazgeçmeye, katıksız bir özveriye itmesi, yüreklendirmesi sonucu meydana gelen intiharlardır (Durkheim, 2013).

Feodal Japonya’da Hara-kiri ve Hindistan’da sati (suttee) altruistik intiharın örnekleridir (Shneidman, 1985).

2.1.5.1.1.3. Kurlsızlık (anomik) intiharlar

Politik, ekonomik, kurumsal krizlerle, toplumu bütünüyle olumsuz etkileyen karışıklıklarla açıklanır. Durkheim, sanayi ya da mali krizler sırasında olduğu kadar gönenç bunalımları dediği bolluk dönemlerinde de intiharların arttığını gözlemliyor. Bu olayların toplumun tümü üzerinde meydana getirdiği bunalım ve ortak düzen bozulması olduğu sonucunu çıkarır (Durkheim, 2013).

Ani bir iş, yakın bir arkadaş veya gelecek kaybının kurlsızlık intiharlarını kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Yoksul kişilerin aniden gelen bir zenginlik ile yaşam dengesinin bozulmasına bağlı görülen intiharlar da anomik intihar olarak kabul edilmektedir (Shneidman, 1985).

2.1.5.1.1.4. Yazgısal (fatalistik) intiharlar

Toplumsal düzenlemelerin aşırılığı sonucu meydana gelir. Ona göre yazgısal intiharın kaynağı, “ esneklikten yoksun kurala karşı elimizden bir şey gelmemesi”dir. Kölelerin intiharı örnek olarak verilebilir (Durkheim, 2013).

2.1.5.1.2. Psikanalitik kuram

Freud'un 1916 yılında intiharın dinamik bir tanımlamasını yaptığı "Yas ve Melankoli" çalışmasında yararlandığı gerileme (regresyon), nesne yitimi, üstbenlik, agresyonun öznenin kendisine dönmesi, özsuçlama, libido, özdeşim gibi kavramlar bugün de etkinliklerini sürdürmektedirler. Freud intiharı bir depresyon sorunu olarak görür. Sevgi nesnesinin yitimi, yitirilen sevgi nesnesinin neden olduğu düş kırıklıkları ve yaralanmalar bir süreç başlatır. Melankoli ve yas tutma bu sürecin bir sonucudur. Melankoli, özdeğerlilik ve özsaygıdaki bozulmalar ve nesne yitimlerinin bilinçdışında olması ile yas tutmadan ayrılır. Melankolide yitirilen sevgi nesnesinden çekilen libido yeni bir nesneye yatırılmaz. Sevgi nesnesinin yitimi ile boşta kalan libido benliğe yönelir ve benlik içinde yitirilen sevgi nesnesi ile özdeşimde kullanılır. İçeşim ve özdeşim süreçte etkili önemli düzeneklerdir. Yitirilen sevgi nesnesi bu yolla içe alınır ve onunla özdeşleşilir. Buradaki özdeşim yitirilen nesne ile içsel bir birleşme, bütünleşme, kaynaşma şeklindedir. Bu özdeşim benliğe, yitirilen sevgi nesnesinin niteliklerini verir. Sevgi nesnesi yitiminin neden olduğu düş kırıklıkları ve yaralanmalar, düşmanlı duygular doğurur. Bu düşmanlı duygu ve dürtüler sevgi nesnesinden öç alma, onu yok etme, onu öldürme istemlerinin kaynaklarıdır. Benliğin eleştiren, cezalandıran, kınayan bölümü "üstbenlik" sevgi nesnesi ile benlik arasında ayırım yapmaz. İntihar sürecinde düşmanlı duygular, yıkıcı dürtüler ve öldürme düşünceleri yönlerini ve amaçlarını değiştirmiş, yitirilen sevgi nesnesi yerine benliğe yönelmiştir (Odağ, 2002).

2.1.5.1.3. Menninger'in intihar kuramı

Menninger, 1938 tarihli "Man Against Himself" adlı kitabında intihar ile ilgili düşüncelerini ileri sürerken Freud'un yapıcı ve yıkıcı dürtüler, bunların beraberlikleri, bütünleşmeleri ve ayrışmaları kavramlarından yararlanır. Ona göre yıkıcı ve yapıcı dürtüler birbirleri ile sürekli bir ilişki içindedirler, bütünleşir ya da ayrışır. Menninger'e göre yıkıcı ve yapıcı dürtülerin dışa yöneltildiği bozukluklar, onların yeniden ayrışarak içe, "kendiliğe" geri dönmelerine neden olur. Saldırganlığın şiddetlenip yapıcı öğeleri bastırması sonucu intihar eğilimleri de

şiddetlenir. Menninger'e göre başkasını öldürme isteği, öldürülme isteği, kendini öldürme isteği intihara güdüleyen üç ana nedendir (Odağ, 2002).

2.1.5.1.4. Shneidmann'ın kuramı

Shneidmann, intiharın anlamsız bir eylem olmadığı kanısındadır. Ona göre en anlamsız gibi görünen bir intihar girişiminin bile kendi içinde bir mantığı bulunmaktadır. Bu mantığa göre sorunların tek çözüm yolu intihardır. Shneidmann intiharı, dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemi olarak anlar. Dayanılmaz acılar, ruhsal gereksinimlerin engellenmesinden kaynaklanır (Odağ, 2002).

Shneidmann, intiharın 10 özelliğini şöyle özetler:

1. İntiharda uyarıcı, dayanılmaz ruhsal acılardır
2. İntiharda gerilimin nedeni engellenmiş ruhsal gereksinimlerdir
3. İntiharda maksat bir çözüm aramadır
4. İntiharın hedefi bilinç yitimidir
5. Ortak duygu umutsuzluk ve çaresizliktir
6. İntihar konusunda ortak iç tutum ambivalanstır
7. İntiharda ortak bilişsel durum daralmadır
8. İntiharda kişilerarası davranış niyetin bildirimidir
9. İntiharda ortak eylem gidiş, ayrılıştır
10. İntiharda ortak örüntü, yaşam boyu başa çıkma biçimleri ile tutarlıdır (Sanchez, 2010).

Shneidmann'a göre intihar herkesin düşündüğü gibi bir öç alma girişimi ya da düşmancıl bir eylem değildir. Eylem, kişinin acılarının anlaşılması, ona yardım edilmesi için çevreyi etkinleştirme çabasıdır (Odağ, 2002).

2.1.5.1.5. Bilişsel kuram

Aaron Beck, intiharı bilişsel çarpıtmaların sonucu olarak görür. Çökkünlük ve özellikle çökkünlükteki umutsuzluk ve çaresizlik ile intihar arasında güçlü bir bağ

olduğunu düşünür. Çökkün hasta kendisini zayıf, güçsüz ve yetersiz, çevreyi olumsuz, desteklemeyen olarak görür ve geleceğin de böyle devam edeceği biçiminde bilişsel çarpıtması sonucu olumsuz yorumlar yapar. Felaketleştirme, küçültme, büyültme ve aşırı genelleme en önemli bilişsel çarpıtmalardır. Bu çarpıtmaların sonucu olarak yardımsızlık, umutsuzluk ve güçsüzlük görülür. Bu gibi durumlarda kişi, intiharı çaresiz yaşamından çıkış için tek çözüm yolu olarak görür (Öztürk & Uluşahin, 2008)

2.1.5.2. Biyolojik faktörler

Serotoninin intihar davranışı da dahil olmak üzere emosyonel ve bilişsel işlevlerde yeri olduğu uzun süredir bilinmektedir. Beyin omurilik sıvısında 5-Hidroksiindolasetik asit (BOS 5-HIAA) (serotonin majör metaboliti) konsantrasyonunun, merkezi sinir sistemindeki serotonerjik işlevi yansıttığı bilinmektedir. İntihar girişimlerinde BOS 5-HIAA çalışmaları ve intihardan ölenlerin beyinlerinde serotonin reseptör alt tipleri ve taşıyıcılarının postmortem çalışmaları da intiharda serotoninin bir rolü olduğunu desteklemektedir (Carballo, Akamnonu, & Oquendo, 2008).

Azalmış merkezi serotonin intihar davranışında rol oynamaktadır. Çeşitli çalışmalarda azalmış BOS 5-HIAA konsantrasyonları intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu pek çok kez ve farklı hastalık grupları ile yapılan çalışmalarda tekrarlamıştır. Postmortem nörokimyasal çalışmalarda, intihardan ölenlerin beyin sapı ve frontal korteksinde hem serotonin hem de BOS 5-HIAA düzeylerinde hafif düşme bildirilmiştir. Postmortem reseptör çalışmalarında intihar kurbanlarının presinaptik ve postsinaptik serotonin bağlanma bölgelerinde anlamlı değişiklikler olduğu bildirilmiştir (Kaplan&Sadock's, 2015).

Postmortem intihar çalışmaları, ventromedial prefrontal korteks ve anterior singulatta serotonin transporter bağlanmasında lokalize bir azalmayı göstermektedir. Beynin bu bölgeleri istemli eylem, karar verme ve duygudurum ile ilişkilidir. Bu bölgelerdeki azalmış serotonin düzeylerinin dürtüsellik riski, disinhibe davranışlar ve intihar riskinde artış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. İntihar davranışı için riski arttıran faktörün, karar verme süreci ile ilişkili beyin bölgelerine azalmış serotonin

girişini olabileceği düşünülmektedir (Mann & Currier, 2010).

Bazı araştırmalarda ölümle sonlanma olasılığı yüksek yöntem kullanma ve intihar girişiminin ağırlığı ile BOS 5-HIAA düzeyi düşüklüğü arasında bağlantı kurulmaktadır. BOS 5- HIAA düşüklüğü intihar girişiminde bulunan şizofreni, alkolizm, kişilik bozukluğu olgularında da bulunmayanlara göre daha sık bulunmaktadır. Bu düşüklük intihar davranışı ile depresyona göre daha fazla bağlantılı gibi görünmektedir. Ölümcül yöntem kullananlarda bu ilişki daha belirgin olmakta ve psikiyatrik tanı ile bağlantı göstermemektedir (Yüksel, 2001).

Dürtüsel olmayan katiller ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, dürtüsel katiller ve kundakçılarda dürtüsel, dışa yönelik saldırganlığın düşük BOS 5-HIAA ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Dürtüsellik ve azalmış serotonerjik işlev arasındaki bu ilişki, serotonerjik işlevin bir fren mekanizması sağladığı ve serotonerjik işlev yetersizliğinin intihar davranışındaki kendine yönelik saldırganlık da dahil olmak üzere daha fazla dürtüsellik ve saldırganlık ile sonuçlandığı hipotezine yol açmıştır (Carballo ve ark, 2008).

Çeşitli gözlemlere dayanarak katekolaminerjik işlev bozukluğunun da intiharda rol oynadığı öne sürülmüştür. İntihardan ölenlerin prefrontal korteksinde yüksek norepinefrin konsantrasyonu ile azalmış alfa-2 adrenerjik bağlantılar gözlenmiştir. Yüksek norepinefrin konsantrasyonunun, daha fazla saldırganlık seviyesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Carballo ve ark, 2008).

Bazı çalışmalar, intihar davranışının hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) aksın hiperaktivitesi ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Bu ilişki, deksametazon uygulanmasını takiben kortizol salınımının baskılanmasında bir bozukluk olması ile açıklanmıştır. Daha büyük adrenal bezler ve daha az prefrontal kortikotropin-releasing hormon (CRH) bağlanma bölgesi ile intihar ilişkisi, HPA aksının intihardaki rolü için ek kanıtlar sağlamıştır. Bu kanıtlara dayanarak, intihar davranışının anormal fizyolojik stres yanıtı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Carballo ve ark, 2008).

2.1.5.3. Genetik faktörler

İntihar davranışında genetiğin rolü ikiz, evlat edinme ve aile çalışmaları ile

araştırılmaktadır. Majör psikiyatrik bozuklukların ailesel geçişinden bağımsız olarak intihar için kalıtsallığın %21-50 aralığında seyrettiği tahmin edilmektedir (Mann & Currier, 2010).

İkiz çalışmaları, monozigot ikizlerin dizigotik ikizlere kıyasla intihar davranışı için daha fazla konkordansa sahip olduğunu göstermektedir (Roy, Rylander, & Sarchiapone, 1997).

Olası genetik belirleyicileri tanımlamak için, intihar davranışına yatkınlık ile ilişkili olabilecek aday genler araştırılmaktadır. İntihar için aday genler; serotonin (5-HT) reseptörleri, 5-HT transporter (SERT), triptofan hidroksilaz (TPH), monoamin oksidaz-A (MAO-A), katekol-O-metiltransferaz (COMT) ve dopamin reseptörlerini kodlayan serotonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik sistemlerle ilgili olan genleri içermektedir (Carballo ve ark, 2008).

2.1.6. Epidemiyoloji

2.1.6.1. Dünyada intihar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl dünyada 800.000'den fazla kişi intihar nedeniyle ölmektedir ve her 40 saniyede intihara bağlı, bir ölüm meydana gelmektedir. Buna karşılık intihar girişiminde bulunan çok daha fazla insan vardır. İntihar sonucu ölen her yetişkine karşılık, 20'den fazla kişi intihar girişiminde bulunmaktadır (DSÖ, 2014).

Her intihar, geride kalanlardan (aile üyeleri, arkadaşlar gibi) tahmini en az 6 kişiyi derinden etkilemektedir (AAS, 2013) .

İntihar, dünya genelinde tüm ölümlerin %1.4'den sorumlu olup, 2012 yılında 15. ölüm nedeni olmuştur (DSÖ).

Yüksek gelirli ülkelerde intihar nedeniyle tüm ölümlerin oranı (%1.7), düşük ve orta gelirli ülkelerdeki aynı orandan (%1.4) daha yüksektir. Bu öncelikle düşük ve orta gelirli ülkelerdeki enfeksiyon hastalıkları ve diğer nedenlere bağlı ölümlerin yüksek gelirli ülkelere göre daha yüksek sayıda olmasından kaynaklanmaktadır (DSÖ, 2014).

2000 ve 2012 yılları arasında dünya nüfusundaki artışa rağmen, mutlak intihar sayısı 883.000'den 804.000'e yaklaşık %9 oranında düşmüştür. Ancak bölgelere göre çok farklı örnekler görülmektedir: Toplam intihar sayısındaki yüzde değişimi, düşük ve orta gelirli ülkelerde Afrika Bölgesi'nde %38'lik bir artış ile Batı Pasifik Bölgesi'ndeki %47'lik bir düşüş arasında değişmektedir (DSÖ, 2014) .

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2012'de dünyada yıllık yaşa standardize intihar hızı (zamanla nüfusun büyüklüğündeki ve yaş yapısındaki farklılıklara göre düzeltilmiş), 100.000 kişide 11.4'tür (erkekler için 15 ve kadınlar için 8.0) (DSÖ).

Toplam yaşa standardize intihar hızı, 2000 yılından 2012 yılına kadar olan 12 yıllık dönemde %26 oranında (erkeklerde %23, kadınlarda %32) düşmüştür. Yaşa standardize hızlar, düşük ve orta gelirli ülkelerden Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki erkekler ile düşük ve orta gelirli ülkelerden Afrika Bölgesi hariç dünyanın tüm bölgelerinde düşmüştür (DSÖ).

İntihara bağlı ölüm verilerini değerlendirirken dikkate alınması gereken bazı önemli uyarılar vardır. Tahminlerin yapıldığı DSÖ'ye üye 172 devletin sadece 60'ında intihar oranlarını tahmin etmek için doğrudan kullanılabilir iyi kalitede sağlık kaydı verisi vardır. Tahmin edilebileceği gibi, kaliteli sağlık kaydı sistemlerinin, yüksek gelirli ülkelerde mevcut olması çok daha muhtemeldir. Ölüm verilerinin kalitesiz olması, intihara özgü bir sorun değildir (DSÖ, 2014) .

Ancak intihar ile ilgili hassasiyet göz önüne alındığında hatta bazı ülkelerde intihar davranışının yasal olmamasından dolayı bildiriminin az olması çok muhtemeldir. Yaşamsal kayıt verileri iyi olan ülkelerde, intihar genellikle bir kaza ya da başka bir nedene bağlı ölüm olarak yanlış sınıflandırılabilir. İntihar kaydı, ülkeden ülkeye değişebilen, tıbbi ve yasal konuları kapsayan ve çeşitli sorumlu uzmanı içeren karmaşık bir işlemdir. Ve ölüm kayıtlarının güvenilir olmadığı ülkelerde intiharlara bağlı ölümler sayılmaz (DSÖ).

Yüksek gelirli ülkelerde yaşa standardize intihar hızı, düşük ve orta gelirli ülkelere göre bir miktar daha yüksektir (100.000 kişi başına 12.7'ye karşı 11.2). Ancak, dünya nüfusunun düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunan çok daha büyük bir oranı göz önüne alındığında, dünyadaki tüm intiharların %75.5'i bu ülkelerde meydana gelmektedir (DSÖ, 2014).

Gençler en çok etkilenenler arasında yer alıyor; intihar, şu an tüm dünyada 15-29 yaş arası kişilerde ölümün ikinci önde gelen nedenidir. Rakamlar ülkeden ülkeye değişiyor, fakat dünyada intihar yükünü en çok taşıyan düşük ve orta gelirli ülkelerdir, tüm intiharların tahmini %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (DSÖ, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 verilerine göre, Avrupa ülkeleri arasında yer alan Litvanya, Kazakistan, Türkmenistan, Rusya, Macaristan, Belarus dünyadaki en yüksek tahmini intihar hızına sahip ilk 20 ülke arasında bulunmaktadır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin 2014 yılı verilerine göre, ABD'de intihar başlıca 10. ölüm nedenidir. Her yıl 42.773 Amerikalı intihar ederek ölmektedir. Her intihara karşılık 25 girişim gerçekleşmektedir. ABD'de intiharın yıllık maliyeti 44 milyar dolardır. ABD'de 2014'te yıllık yaşa göre düzeltilmiş intihar hızı, 100.000 kişide 12.93'tür. Erkekler, intihar ile kadınlardan 3.5 kat daha sık ölmektedir. Ortalama olarak günde 117 intihar gerçekleşmektedir. 2014 yılında her 10 intiharın 7'sinden beyaz erkekler sorumlu olmuştur. İntihar oranı özellikle orta yaş beyaz erkeklerde en yüksek düzeydedir (AFSP, 2015)

Dünyada intiharın en yaygın yöntemleri arasında pestisitlerin ağızdan alınması, ası ve ateşli silahlar yer almaktadır; fakat yöntemler, genellikle nüfus gruplarına göre değişmektedir (DSÖ,2014).

Yüksek gelirli ülkelerde, intiharların %50'sinden ası sorumlu olup, 2. en yaygın yöntem %18 ile ateşli silahlardır. Yüksek gelirli ülkelerde ateşli silahlarla intiharın nispeten yüksek oranda olması, öncelikle Amerika'daki yüksek gelirli ülkelerde ateşli silahların tüm intiharların %46'sından sorumlu olmasına dayalıdır; diğer yüksek gelirli ülkelerdeki ateşli silahlar, tüm intiharların sadece %4.5'inden sorumludur. ABD'de ateşli silahlar, tüm intiharların neredeyse %50'sinden sorumludur (AFSP, 2015).

2.1.6.2. Türkiye'de İntihar

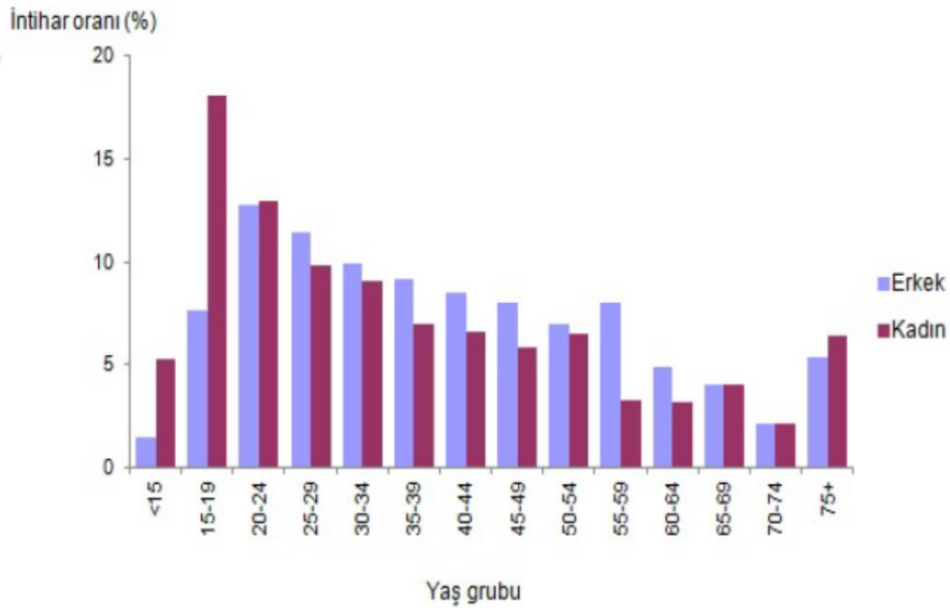
Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ölümle sonuçlanan intihar olaylarına ilişkin bilgileri, 1962 yılından itibaren tüm yerleşim yerlerinden derlemeye

başlamıştır. Adalet İstatistikleri Yıllığı içinde kısa bilgiler halinde yayımlanan intihar istatistikleri, 1974 yılından itibaren ayrı bir yayın olarak yayımlanmaya başlanmıştır.

TÜİK verilerine göre Türkiye’de ölümle sonuçlanan intihar sayısı revize edilen 2014 yılı verisine göre 3169 iken, 2015 yılında %1.3 artarak 3211 kişi oldu. İntihar edenlerin %72.7’sini erkekler, %27.3’ünü ise kadınlar oluşturdu. Kaba intihar hızı 100.000 nüfus başına düşen intihar sayısını ifade etmekte olup, 2015 yılında değişmeyerek 100.000’de 4.11 (kadınlarda 2.25, erkeklerde 5.95) oldu. Diğer bir ifade ile 2015 yılında her 100.000 kişiden 4’ü intihar etti.

TÜİK verilerine göre intihar eden kişiler yaş gruplarına göre incelendiğinde, 2015 yılında intihar edenlerin %34.3’ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturdu. İntihar eden kişiler cinsiyete göre incelendiğinde, intihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubunda bulunurken, erkeklerde ise bu oranın en yüksek %12.8 ile 20-24 yaş grubunda olduğu görüldü. İntihar eden erkeklerin %33.3’ünün, kadınların ise %46’sının 30 yaşından küçük olduğu görüldü.

Yaş grubu ve cinsiyete göre intihar oranı, 2015



Şekil.1 Yaş grubu ve cinsiyete göre intihar oranı, TÜİK-2015

İntihar eden kişiler medeni duruma göre incelendiğinde, 2015 yılında intihar edenlerin %50.5’ini evli, %37.7’sini hiç evlenmemiş, %7.2’sini boşanmış, %4.6’sını ise eşi ölmüş olanlar oluşturdu. Cinsiyete göre medeni durum incelendiğinde, 2015

yılında intihar eden erkeklerin %54'ünün evli, %36.4'ünün hiç evlenmemiş; intihar eden kadınların ise %41.1'inin evli, %41'inin hiç evlenmemiş olduğu görüldü.

İntihar eden kişilerin 2014 yılında %22.2'si ilkokul mezunu iken 2015 yılında bu oran %23.7 oldu. İlkokul mezunlarını %21.4 ile ilköğretim, %20.9 ile lise ve dengi okul, %11.7 ile yüksek öğretim mezunları izledi. Cinsiyete göre eğitim durumu incelendiğinde intihar eden erkeklerin %23.5'inin ilkokul, %23'ünün lise ve dengi okul, %22.7'sinin ilköğretim; kadınların ise %24.2'sinin ilkokul, %17.9'unun ilköğretim, %15.3'ünün lise ve dengi okuldan mezun olduğu görülmüştür.

2015 TÜİK verilerine göre ülkemizde intihar şekline bakıldığında hem erkekler hem de kadınlarda sırasıyla %46.7 ve %48.4 ile ası ilk sırada yer almaktadır. İntihar şekli olarak erkeklerde 2. en sık %30.9 ile ateşli silahlar, 3. en sık %9.9 ile yüksekten atlama iken; kadınlarda 2. en sık %20.7 ile yüksekten atlama ve 3. en sık %16.3 ile ateşli silahlardır (TÜİK, 2015).

2.1.6.3. Cinsiyete göre intihar hızı

Zengin ülkelerde, kadınlara kıyasla erkekler intihardan 3 kat daha fazla ölmektedir, fakat düşük ve orta gelirli ülkelerde erkek-kadın oranı her 1 kadına karşı 1.5 erkek olmak üzere çok daha düşüktür (DSÖ, 2014).

İntihar nedeniyle ölüm oranının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu ve ölüm nedeni olarak intiharın kadınlarda erkeklere göre daha yüksek sırada olduğu dünyadaki tek bölge, Batı Pasifik Bölgesi'ndeki düşük ve orta gelirli ülkelerdir (DSÖ, 2014).

Çin'de intihar hızının cinsiyet oranı (erkek-kadın), dünyanın geri kalanında bulunanlardan farklıdır. Çin'de kadınlarda intihar hızı erkeklerden daha yüksektir (Zhang, 2014).

İntihar sonucu ölümlerde olduğu gibi, intihar girişimi oranları da demografik gruplar arasında önemli ölçüde değişmektedir. Kadınlar, erkeklerden 3 kat daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır (AFSP, 2015).

Dünyada intiharlar tüm şiddet sonucu ölümlerin %56'sından sorumludur (erkeklerde %50 ve kadınlarda %71). Yüksek gelirli ülkelerde intihar, hem erkekler hem de kadınlarda şiddet sonucu ölümlerin %81'inden sorumlu iken; düşük ve orta

gelirli ülkelerde şiddet sonucu ölümlerin erkeklerde %44'ü, kadınlarda ise %70'i intihar nedeniyledir (DSÖ, 2014).

2.1.6.4. Yaşa göre intihar hızı

İntihar, tüm dünyada hemen hemen her yaşta meydana gelebilir. Yaşa bağlı intihar hızları, dünyanın hemen hemen tüm bölgelerinde hem erkek hem de kadınlar için 15 yaş altındaki kişilerde en düşük; 70 yaş ve üzeri kişilerde en yüksek olmasına rağmen 15 ila 70 yaşları arasında yaşa göre intihar hızında cinsiyet yapısına göre bölgesel farklılık görülebilir. Bazı ülkelerde ise, en yüksek oranlar gençler arasında bulunmaktadır (DSÖ, 2014).

Yüksek gelirli ülkeler ile düşük ve orta gelirli ülkeler arasındaki başlıca farklar, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki genç erişkinler ve yaşlı kadınların, yüksek gelirli ülkelerdeki akranlarına göre daha yüksek intihar hızına sahip olması iken; yüksek gelirli ülkelerdeki orta yaşlı erkeklerin, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki akranlarına göre çok daha yüksek intihar hızına sahip olmasıdır (DSÖ, 2014).

İntihar girişimlerinin intihardan olan ölümlere oranının yaşlı nüfusta 4:1, gençlerde ise 25:1 olduğu tahmin edilmektedir (AFSP, 2015).

İntihar nedeni ile olan tüm ölümlerin oranı ve ölüm nedeni olarak intiharın sırası büyük ölçüde yaşa göre değişir. Dünyada 15-29 yaş arası genç yetişkinler arasında intihar, tüm ölümlerin %8.5'inden sorumludur ve trafik kazalarından sonra ölümün ikinci önde gelen nedeni olarak sıralanır. 30-49 yaş arası yetişkinler arasında intihar, tüm ölümlerin %4.1'inden sorumlu olup ölüme yol açan neden olarak 5. sırada yer almaktadır. Yüksek gelirli ülkeler ve Güneydoğu Asya Bölgesi'nin düşük-orta gelirli ülkelerinde intihar, 15-29 yaş arası genç yetişkinler arasındaki tüm ölümlerin sırasıyla %17.6 ve %16.6'sından sorumludur ve her iki cinsiyet için de önde gelen ölüm nedenlerindedir (DSÖ, 2014).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin verilerine göre, 2014 yılında ABD'de en yüksek intihar hızı, 19.3 ile 85 yaş ve üstü kişiler arasında, ikinci en yüksek oran 19.2 ile 45 ve 64 yaş arası olanlarda görülmüştür. Genç gruplar, orta yaş ve yaşlı erişkinlere göre daha tutarlı düşük intihar hızına sahipti. 2014 yılında, 15-24

yaşındaki ergen ve genç yetişkinlerin intihar hızı 11.6 olarak tespit edilmiştir (AFSP, 2015).

2.1.7. Risk faktörleri

2.1.7.1. Yaş ve cinsiyet

İntihar yaygınlığının araştırıldığı pek çok ülkede, intihar düşüncesi ve davranışlarının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu, intihardan ölümün ise genel olarak erkeklerde daha fazla olduğu saptanmaktadır (Canetto & Sakinofsky, 1998).

İntihar insidansı, dünyanın çoğunda tüm yaş gruplarında kadınlara göre erkeklerde çok daha yüksektir. ABD ve çoğu Avrupa toplumlarında, erkek:kadın oranı 3:1 ila 10:1 arasında değişmektedir (Zhang, 2014).

Genellikle intiharın (birisine karşı bir şiddet eylemi gibi) erkeksi olduğuna, bu yüzden kadınlara göre erkeklerde daha fazla olduğuna inanılmaktadır. Bu yüzden erkekler, öldürücü etkisi daha yüksek yöntemler (silah, atlama, ası vs.) ile hayatlarını sona erdirirken; kadınlar öncelikle aşırı doz ilaç alımı gibi şiddeti daha az yöntemleri kullanmaktadır. Bu yöntem dünyada intihar hızlarının yüksek cinsiyet oranını açıklayan bir teoridir. Ayrıca bu fark, araştırmacılar tarafından erkek ve kadın psikolojisindeki doğuştan var olan farklılıklara atfedilmiştir (Zhang, 2014).

Erkek depresyonuna karşı toplumsal damgalama, depresyonda sosyal destek ve yardım ağlarının yetersizliği genellikle erkeklerdeki daha yüksek düzeydeki intiharlar için ana nedenler olarak tanımlanmaktadır; yardım istemek kadınlarda olduğu gibi erkekler tarafından eşit derecede uygun bir seçenek olarak görülmemektedir. Araştırmacılar neden cinsiyetin intihar için böyle önemli bir gösterge olduğuna dair açıklamalar bulmaya çalışmıştır. Yaygın bir açıklama geleneksel olarak cinsiyet rolleri açısından, erkeklik ve kadınlığın toplumsal yapısına dayanmaktadır. Erkek cinsiyet rolleri; daha yüksek düzeyde güç, bağımsızlık ve risk alma davranışını vurgulama eğilimindedir ve bu cinsiyet rolünün pekiştirilmesi, depresyonun yanı sıra, intihar düşüncesi ve duyguları için sıklıkla erkeklerin yardım aramasını önlemektedir (Zhang, 2014).

Bütün toplumlarda ergenlik öncesi intihar çok nadir olarak görülmektedir. Erkekler arasında intiharlar, 45 yaş sonrası pik yapar; kadınlar arasında en fazla tamamlanmış intihar sayısı 55 yaş sonrası görülmektedir. 65 yaş ve üstü erkeklerde intihar hızının 100.000 kişide 29 olduğu görülmektedir (Kaplan&Sadock's, 2015).

70 yaş üstü kadınların, 15-29 yaş arası kadınlara göre intihardan ölme olasılığı 2 kat daha fazladır (DSÖ, 2014).

2.1.7.2. Irk

Beyaz erkek ve kadınlara ait intihar oranları, yaşam döngüsü boyunca Afro-Amerikalı erkek ve kadınlarınkinden yaklaşık 2-3 kat daha fazladır (Kaplan&Sadock's, 2015).

2014 yılında, ABD'de en yüksek intihar hızı 14.7 ile beyazlar arasında ve ikinci en yüksek oran 10.9 ile Amerikan Kızılderilileri ve Alaska yerlilerinde görülmüştür. Çok daha düşük ve kabaca benzer oranlar İspanyollar (6.3), Asyalılar ve Pasifik Adalılar (5.9) ve siyahlar (5.5) arasında görülmüştür (AFSP, 2015).

İntihar oranları, yerli nüfusa göre göçmenler arasında daha yüksektir (Kaplan&Sadock's, 2015).

2.1.7.3. Medeni durum

Çeşitli çalışmalar, medeni durum ve intihar riski arasında bir ilişki olduğunu bulmuştur. Örneğin, ABD'de yaşayan Asyalı göçmenlerin yer aldığı bir örnekleme hiç evlenmemiş kişilerde evli, boşanmış ve dul kişilere göre intihar düşüncesi bildirme ve intihar girişiminde bulunma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Avustralya'da toplum temelli bir örnekleme de, hiç evlenmemiş kişilerde intihar düşüncesi ve girişiminin, evli olan kişilere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Robustelli, Trytko, Li, & Whisman, 2015).

Özellikle çocukların varlığı ve evliliğin intihar riskini önemli derecede azalttığı belirtilmektedir. Bekar, hiç evlenmemiş kişilerde intihar oranı, evli kişilerin neredeyse 2 katıdır (Kaplan&Sadock's, 2015).

Evde başka bir kişinin varlığı; sosyal izolasyonu azaltarak, başkalarına karşı sorumluluk duygusu yaratarak ve bir intihar girişiminden sonra bulunma olasılığını arttırarak koruyucu bir faktör olarak da hizmet edebilmektedir. Evli yetişkinlerde genel intihar oranlarının daha düşük olmasına rağmen, genç evli çiftlerde riskin arttığı ve yüksek çatışma veya şiddet içeren bir evliliğin intihar için koruyucu bir faktörden çok başlatıcı bir faktör olabildiği belirtilmektedir (Jacobs, Baldessarini, Horton, 2003).

Weissman ve arkadaşlarının yaptığı 9 ülkeden nüfusa dayalı bir örnekleme boşanmış veya ayrılmış kişilerin, evli ve hiç evlenmemiş kişilerle karşılaştırıldığında daha fazla intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranlarına sahip olduğu bulunmuştur (Weissman ve ark, 1999).

Boşanmanın intihar riskini artırdığı belirtilmektedir. Boşanmış erkekler, boşanmış kadınlara göre 3 kat daha fazla oranda kendilerini öldürmektedir. Dul kadın ve erkeklerde de ayrıca oranlar yüksektir (Kaplan&Sadock's, 2015).

Slovenya'dan bir intihar çalışmasında ise, medeni durumdaki değişikliklerin intihar davranışını öngörmeye mevcut medeni durumdan daha önemli olduğu ileri sürülmüştür. Çalışmada son 5 yıl içinde boşanmış, dul kalmış veya evlenmiş kişilerde, son 5 yıl içinde medeni durumunda bir değişiklik olmayan ve hala evli ya da bekar olan kişilere göre intihar girişimi riskinin arttığı bulunmuştur (Robustelli ve ark, 2015).

2.1.7.4. İş ve ekonomik durum

Çeşitli çalışmalar, önceden varolan hastalık dışlandıktan sonra bile işsizlik ve intihar arasında güçlü bir ilişki olduğunu bulmuştur (Lundin, Lundberg, 2012).

Düşük sosyoekonomik durum ve işsizlik süresinin uzamasının intihar girişimi riskini arttırdığı bildirilmektedir (Harmancı, 2015).

Genel olarak çalışıyor olmanın intihara karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir (Kaplan&Sadock's, 2015).

İntihar hızları, ekonomik durgunluk ve kriz dönemlerinde artarken; iş fazlalığının olduğu zamanlarda ve savaş dönemlerinde azalmaktadır (Kaplan&Sadock's, 2015).

2.1.7.5. Fiziksel hastalıklar

Fiziksel sağlık ve hastalıklar ile intihar arasında anlamlı bir ilişki vardır (Kaplan&Sadock's, 2015).

Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı, tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Yaşlı erkek hastalarda bu risk daha da artmaktadır. İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı %25 ile %70 arasında değişmektedir. Fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, dürtüsellik ve intihar davranışına yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır (Ekici ve ark, 2001).

Fiziksel hastalıklar arasında intiharla en çok ilişkili görülenler; kanser, diyaliz hastaları, endokrin hastalıkları, AIDS, demans, Huntington koresi, epilepsi, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve peptik ülserdir. Epileptik hastalarda intihar riski genel nüfusa göre dört kat fazladır. Terminal dönemdeki hastalarda, ağırlı hastalıklara sahip kişilerde, uzun ve güç tedavi gerektiren durumlarda intihar riski artmaktadır (Ekici ve ark, 2001).

Belirli ilaçlar, bazı vakalarda intiharla sonuçlanabilecek depresyona neden olabilir. Bu ilaçlar arasında rezerpin, korkosteroidler, antihipertansifler ve bazı kanser ilaçları yer almaktadır. Siroz gibi alkol ile ilişkili hastalıklar da yüksek intihar oranları ile ilişkilidir (Kaplan&Sadock's, 2015).

2.1.7.6. Psikopatolojik faktörler

Psikiyatrik bozukluklar ile intihar arasında güçlü bir ilişki vardır. Psikiyatrik hastalar için intihar riski, sağlıklı bireylerden 3-12 kat daha fazladır. Bu riskin derecesi; yaş, cinsiyet, tanı, yatarak ya da ayaktan tedavi gören hasta durumuna göre değişmektedir. İntihar eden veya girişimde bulunan kişilerin neredeyse %95'i bir ruhsal bozukluk tanısı almıştır. Bu oranın %80'inden depresif bozukluklar,

%10'undan şizofreni, %5'inden demans ve deliryum sorumludur. Ruhsal bozukluğu olan kişiler arasında %25 alkol bağımlılığı ve çifte tanı vardır (Kaplan&Sadock's, 2015).

İntihardan ölenlerin ve intihar girişiminde bulunanların %90'dan fazlası en az bir tane, çoğunlukla tedavi edilmemiş eksen I ruhsal bozukluk tanısına sahiptir, en sık görülenleri major depresif bozukluk (%56-87), madde kullanım bozuklukları (%26-55) ve şizofreni (%6-13) dir. Eşlik eden anksiyete ve kişilik bozukluklarının yanı sıra eşlik eden ciddi sağlık sorunları da sıklıkla mevcuttur, fakat bunların asıl ya da tek tanı olarak bulunmaları oldukça nadirdir (Rihmer, 2007).

Ruhsal bozukluk yaşayan hastalar genellikle öngörülen intihar riski nedeniyle hastaneye yatırılmaktadır. Hastaneye yatırılma amaçlarından biri, intiharı önlemek olsa da, psikiyatri hastanelerine kabul edilen kişiler arasında intihar oranları, toplumdaki intihar oranları ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde yüksektir (Walsh ve ark, 2015).

Bir dönem yatarak tedavi görmüş erkek ve kadın psikiyatrik hastalarda, genel popülasyondaki akranlarına göre intihar riski, sırasıyla 5 ve 10 kat daha fazladır (Kaplan&Sadock's, 2015).

Genel popülasyonda intihar eden kişiler orta yaş ve daha yaşlı olma eğilimindeyken, çalışmalar intihar eden psikiyatri hastalarının görece daha genç olduklarını bildirmektedir. Bunun nedeni, intiharların yarıdan fazlasından sorumlu olan şizofreni ve tekrarlayıcı major depresif bozukluğun erken başlangıçlı olması olabilir (Kaplan&Sadock's, 2015).

2.1.7.6.1. Depresif bozukluk

Depresyonun en ciddi sonuçlarından birisi intihardır (Park ve ark, 2015). İntihardan ölenlerin yaklaşık %60-70'i ölümleri sırasında önemli bir depresyon geçirmektedir. Bipolar bozukluğu olan kişiler arasında yaşam boyu intihardan ölüm riski yaklaşık %15-20'dir ve intihar, manik dönemlerden çok depresif dönemler sırasında gerçekleşmektedir (Kaplan&Sadock's, 2015).

İntihar; psikolojik, sosyal, biyolojik, kültürel ve çevresel faktörler ile kompleks bir olaydır. Depresyon şiddeti ve süresi, düşük derecede sosyal destek, olumsuz

yaşam olayları, dürtüsellik ve hostilete, değersizlik duyguları ve intihara karşı izin veren bir tutum major depresif bozukluk olan kişilerde intihar için risk faktörü olarak bildirilmiştir. Bu risk faktörleri arasındaki etkileşimler de önemli görünmektedir. Örneğin, stresli yaşam olaylarının etkisi, sosyal destek ile tamponlanabilir. Ayrıca olumsuz yaşam olayları ve sosyal desteğin etkisi, hastanın klinik durumuna bağlı olarak değişebilir (Park ve ark, 2015).

Duygudurum bozukluğu hastalarında eşlik eden kişilik bozuklukları, intihar girişimi riskini yaklaşık iki kat artırmaktadır (Jylhä ve ark, 2016).

Duygudurum bozukluğu ile hastaneye yatırılan hastalarda intihar riski, hastaneye yatıştan ve hastaneden taburcu olduktan hemen sonra çok yüksektir, özellikle de hastanede kısa tedavi durumlarında (Rihmer, 2007).

Ayaktan tedavi gören hastalar ile ilişkili olarak, intihara eğilimli depresif hastaların çoğunun bir tedavi öyküsü olmasına rağmen yarıdan daha azı intihar sırasında psikiyatrik tedavi görmektedir (Kaplan&Sadock's, 2015).

2.1.7.6.2. Şizofreni

İntihar riski şizofreni hastaları arasında yüksektir. Çalışmalar şizofrenisi olan kişilerin intihar girişimi ve tamamlanmış intihar için yüksek risk altında olduğunu göstermektedir. Yakın tarihli bir makalede şizofreni hastalarının en az %5-13'ünün intihar sonucu öldüğü bildirilmektedir (Lyu & Zhang, 2014).

Şizofreni tanılı bireylerde, genel popülasyonla karşılaştırıldığında 8 kat artmış intihar riski mevcuttur.

İntihar düşünce ve davranışı genç, ilk epizoddaki hastalarda daha sık görülmüştür (Deveci ve ark, 2008).

Şizofrenide hastalar intiharları ilk 10 yıl gibi hastalığın erken dönemlerinde gerçekleştirmektedirler. Koreen ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada hastaların %15'inin ilk 5 yıl içinde ve psikotik belirtilerden bağımsız olarak intiharı gerçekleştirdikleri bildirilmiştir (Atasoy ve ark, 2014).

Şizofreni hastalarında nüfusa kıyasla ortalama yaşam beklentisi 12-15 yıl daha kısadır. İntihar, şizofreni hastaları için erken ölümün birincil nedenidir (Lyu & Zhang, 2014).

Psikotik çözüme sonrasında ortaya çıkan depresyon ve anksiyete ya da kronik ilerleyici hastalığın farkına varma şizofreni hastalarındaki intihar girişimini hazırlayan durumlardır. Bazen de varsanı ve sanrıların etkisi altında kalarak tehlikeli davranışlara ve intihara kalkışabilmektedirler. Şizofrenideki intihar, genellikle niyet sözel olarak belirtilmeden ya da önceden bir uyarı olmadan gerçekleşmektedir. Kullanılan yöntemler daha ciddi ve öldürücüdür, şiddet unsurlarını daha çok içermektedir (Turla ve ark, 2007).

Emir veren varsanılar ve madde kötüye kullanımı ile birlikte depresif bulguların ve umutsuzluğun varlığı, bekar ve erkek cinsiyet, hastalığın başlangıç döneminde olmak, hastane yatışının ilk günlerinde olmak, hastalığın sık tekrarlayan ve ağır seyirli olması, yüksek bilişsel işlevler ve içgörü, yeterli sosyal desteğin olmaması şizofrenide intihar için yüksek risk faktörleridir (Atasoy ve ark, 2014).

2.1.7.6.3. Alkol-madde kullanım bozukluğu

Alkol bağımlılarının %15'inden fazlasında intihar davranışı görülmektedir. %40'ından fazlası önceden intihar girişiminde bulunmuştur (Kaplan&Sadock's, 2015)

Alkol ya da madde bağımlılığı hastanın intihar riskini 5 kat arttırmaktadır. Erkek alkoliklerde kadınlara göre daha yüksek intihar oranına rastlanılmıştır. İntiharı tamamlayan alkol bağımlılarının, bunu gerçekleştirmeyen alkol bağımlıları ve diğer intihar gruplarına göre daha az oranda evli olduğu gözlenmiştir (Bakım ve ark, 2007).

Alkol ve madde kullanımında intihar riskini arttıran başlıca etkenler şunlardır: Depresyon komorbiditesi, yaşlılık, kötü fiziksel sağlık, kötü iş uyumu, yakın dönemde bir yakınından ayrılma deneyimi, daha önce intihar girişimi ve/veya ciddi intihar niyeti. Türkiye'de intihar girişimi olan alkolikler ile ilgili olarak Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmış bir çalışmada alkole başlama yaşının erken olması, son bir yıl içinde alınan günlük alkol miktarının yüksek olması, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal izolasyon, çocukluk dönemine ait önemli okul ve aile problemleri alkol bağımlılığında intihar davranışı için risk etkenleri olarak saptanmıştır. Ayrıca birinci eksende ikinci bir psikiyatrik tanının bulunması (özellikle depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları), alkol kullanımına ek olarak başka

bir psikoaktif madde kötüye kullanımı, geçirilmiş major depresyon dönemi varlığı ve alkol kullanımına bağlı adli sorunların varlığı diğer risk etkenleri olarak belirlenmiştir (Ekici ve ark, 1999).

Çeşitli çalışmalarda madde kullanım bozukluğu olan kişiler arasında artmış intihar riski bulunmuştur. Eroin bağımlısı olan kişiler için intihar oranı genel topluma göre 20 kat daha fazladır. Ölümcül olabilecek dozdaki maddeye erişim, damar içi kullanım, antisosyal kişilik bozukluğu, kaotik yaşam ve dürtüsellik madde bağımlılığı olan kişiler için özellikle disforik, depresif ve sarhoşken yatkinlık yaratan bazı faktörlerdir (Kaplan&Sadock's , 2015).

2.1.7.6.4. Kişilik bozuklukları

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2003 yılında yayınladığı kılavuza göre, genel nüfus ile karşılaştırıldığında, kişilik bozukluğu olan bireylerde intihar riski yaklaşık 7 kat daha fazladır (Jacobs ve ark, 2003).

İntihar edenlerin büyük bir bölümünün kişilik ile ilişkili çeşitli zorluk ya da bozuklukları vardır. Bir kişilik bozukluğunun varlığı depresif bozukluk ve alkol bağımlılığı gibi major ruhsal bozukluklara yatkinlık yaratarak, ilişkilerde ve sosyal uyumda zorluklara yol açarak, istenmeyen yaşam olaylarını tetikleyerek, ruhsal veya fiziksel bozukluklarla baş edebilme gücünü olumsuz yönde etkileyerek, kişilerarası ilişkilerde çatışmaları tetikleyerek intihar davranışını belirleyebilir (Kaplan&Sadock's, 2015).

İntihar ederek ölen kişilerin %30-40'ı en az bir kişilik bozukluğuna sahiptir, ayrıca neredeyse tamamına yakınında eşlik eden depresif bozukluk veya madde kullanım bozukluğu ya da her ikisi de mevcuttur (Jylhä ve ark, 2016).

Son çalışmalar; intihar düşüncesi, girişimi ve tamamlanmış intihar için risk faktörleri olarak kişilik bozukluklarının özellikle B kümesi kişilik bozukluklarının ve bunların diğer tanılara eşlik etmesinin rolünü doğrulamıştır (Schneider et al., 2008). Borderline kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu tamamlanmış intihar ile en sık ilişkili kişilik bozukluklarıdır (Lambert, 2003).

Borderline kişilik bozukluğunun intihar davranışı ile güçlü bir ilişkisi vardır. Çeşitli çalışmalarda borderline kişilik bozukluğuna sahip her 4 kişiden 3'ünün intihar davranışında bulunacağı bulunmuştur. Ortalama olarak, borderline kişilik bozukluğu olan kişiler yaşam boyunca 3 kez intihar girişiminde bulunmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların %10'unda intihar tamamlanacaktır. Psikolojik otopsiler, borderline kişilik bozukluğuna bağlı ölüm oranını %7-38 arasında geniş bir aralıkta bildirmiştir (Gvion & Apter, 2012).

Borderline kişilik bozukluğu ile depresif bozukluğun birlikte olması durumunda, intihar girişimi sayısının ve ciddiyetinin anlamlı bir şekilde arttığı bulunmuştur (Öztürk & Uluşahin, 2008).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaların tahminen %5'i intihar etmektedir. İntihar, genel topluma göre mahkumlar arasında 3 kat daha fazladır (Kaplan&Sadock's, 2015).

2.1.7.6.5. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarında yaşam boyu intihar riski çalışmaları, duygudurum bozukluklarına göre daha sınırlı olmasına rağmen, kanıtlar anksiyete bozukluklarının 6-10 kat artmış intihar riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. İntihardan ölen kişiler arasında anksiyete bozukluklarının oranlarının, duygudurum bozukluklarının oranlarından daha düşük olduğu görülmektedir, bir psikolojik otopsi çalışması intihardan ölen kişilerin sadece %11'inde bir anksiyete bozukluğu tanımlamıştır. Ancak, anksiyete bozukluklarının görülme sıklığının, anksiyetenin duygudurum bozuklukları ve alkol kullanımı ile maskelenmesi nedeniyle gözden kaçtığı belirtilmektedir (Jacobs ve ark, 2003).

Panik bozukluğu ve sosyal fobisi olan hastaların yaklaşık %20'si intihar girişiminde bulunmaktadır. Eğer depresyon ilişkili bir özellik ise tamamlanmış intihar riski artmaktadır (Kaplan&Sadock's, 2015).

Psikolojik otopsi çalışmalarında, intihardan ölen kişilerin yaklaşık %1'inde panik bozukluğu mevcuttur. Genel olarak anksiyete bozukluklarında olduğu gibi

intihar sonucu ölen panik bozukluğu olan bireylerde sıklıkla eşlik eden depresyon, alkol kullanımı veya eksen 2 bozuklukları mevcuttur (Jacobs ve ark, 2003).

2.1.7.6.6. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, özellikle anoreksiya nervoza, genel olarak artmış mortalite riski ile ilişkili olmasının yanı sıra intihar için olası bir risk faktörüdür (Jacobs ve ark, 2003).

İntihar girişimlerinin sıklığı anoreksiya nervoza olgularında %3-20, bulimiya nervozada %25-35 olarak bildirilmiştir. Çalışmalarda özellikle anoreksiya nervoza hastalarında tamamlanmış intihar oranlarının genel olarak daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Anoreksiya nervozada intihar girişimlerinde ölümle sonuçlanma olasılığı daha yüksek olan yöntemlerin kullanıldığı bildirilmektedir (Öncü & Sakarya, 2013).

İntihar, anoreksiya nervozada ikinci en önemli ölüm nedenidir (Öztürk&Uluşahin, 2008).

Kapsamlı bir meta-analizde anoreksiya nervozadaki standart ölüm oranı (SÖO) 31 olarak, bulimiya nervozada ise 7.5 olarak bulunmuştur (Preti ve ark, 2011).

Yeme bozukluklarında intihar oranlarına ilişkin veriler önyargılı eksik bildirimle bağlı olabilir, gerçek riski belirlemek zordur. İntihar girişimleri, özellikle tıknırcasına ve çıkarma davranışları olan kişilerde ve eşlik eden duygudurum bozuklukları, saldırganlık veya dürtüsellik olanlarda da yaygındır. Tersine, intihar girişiminde bulunanlar artmış anormal yeme davranışları oranlarına sahip olabilir. İntihar davranışı riskini arttırmada eştanıların rolünün ana hatlarının çizilmesi sürmektedir. Ayrıca ciddi kalori kısıtlaması veya tıknırcasına ve çıkarma ile ilişkili kişinin kendini maruz bıraktığı hastalık ve ölümün bir kendine zarar verme ya da intihar davranışı olarak görülüp görülmeyeceği de açık değildir (Jacobs ve ark, 2003).

2.1.7.7. Önceki İntihar Davranışları

İntihar için risk faktörleri çalışmalarının çoğunda, kendine zarar verme veya intihar girişimi öyküsü en güçlü etkidir, vakaların en az %40'ında mevcuttur (Hawton & van Heeringen, 2009).

Geçmiş intihar girişimi, gelecek intihar girişimi ve intihar için en önemli risk faktörlerinden biridir. Herhangi bir yöntemle intihar girişimi, intihar riskinde 38 katlık bir artış ile ilişkilidir, herhangi bir psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olandan daha yüksek bir orandır. Takip uzunluğuna bağlı olarak intihar girişiminde bulunanların %6-27.5'inin sonunda intihardan öleceği ve benzer sonuçların kasıtlı kendine zarar verme eylemleri için de ileri sürülebileceği belirtilmektedir (Jacobs ve ark, 2003)

Bazı çalışmalar, intihar riskinin özellikle intihar girişiminden sonraki ilk 1 yıl içinde yüksek olduğunu bulmuştur (Jacobs ve ark, 2003).

Oranlar ülkeler arasında değişmekle birlikte, prospektif çalışmalarda ölümcül olmayan kendini zehirlenme veya kendine zarar vermeden sonra hastaneye başvuran bireylerin ilk yıl içinde intihardan ölüm oranı %1-6'dır (Hawton & van Heeringen, 2009).

Bir çalışmada intihar girişimi sonrası genel intihar riski, erkeklerde kadınlardan 2 kat daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada intihar girişiminden sonra genel intihar riski, genç kadınlara göre genç erkekler arasında neredeyse 4 kat daha fazla bulunmuştur; intihar girişiminde bulunan yaşlı erkek ve kadınlar ise benzer intihar riskine sahiptir. İntihar girişiminden sonra intihar riskinin, yaşlı kadınlarda genç kadınlara göre 2 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Nordström, Samuelsson, & Asberg, 1995).

2.1.7.8. Cinsel Yönelim

Heteroseksüel akranları ile karşılaştırıldığında lezbiyen, gey ve biseksüel (LGB) gençlerde intihar düşüncesi ve girişimi oranları yüksek olarak bildirilmektedir (Silenzio ve ark, 2007).

Dünya genelinde çalışmalar, cinsel azınlıktaki (LGB) gençlerin, heteroseksüel akranlarına göre intihar düşüncesi ve girişimi için daha büyük bir risk altında olduğunu belgelemiştir (Lian ve ark, 2015).

ABD’de yapılan bir çalışmada eşcinsel yönelimi olan gençlerde intihar girişimi olasılığının, aynı cinsiyetten akranlarına göre 2 kattan daha fazla olduğu gösterilmiştir. Genellikle eşcinselliğin damgalanma ile ilgili güçlüklerinin, gey ve lezbiyenler arasında depresyon ve hatta intihara yol açabileceği düşünülmektedir; bu durum özellikle gelişmekte olan cinselliğin gençlerin hayatında merkezi bir sorun olduğu ergenlik sırasında artabilir (Russell & Joyner, 2001).

Genel nüfusta intihar girişimleri için bildirilen kadın-erkek oranı, biseksüel/homoseksüel bireyler arasında tam tersi olarak bildirilmiştir. Biseksüel/homoseksüel erkekler, biseksüel/homoseksüel kadınlara göre daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır (Remafedi ve ark, 1998).

2.2. İntihar ve Dürtüsellik İlişkisi

Bazı psikiyatrik bozukluklar dürtüsellik ile ilişkilidir. Dürtüsellik ayrıca intihar davranışının önemli bir bileşenidir. Dürtüsel davranış ile intihar girişimi arasındaki ilişki iki boyutlu olarak düşünülebilir. Bir intihar girişimi dürtüsel olabilir veya intihar girişiminde bulunan kişi, dürtüsel özelliklere sahip olabilir veya olmayabilir. Bu iki boyut tamamen örtüşmeyebilir veya eşdeğer olmayabilir ve intihar davranışının diğer önemli boyutlarından birisi olan ölümcüllük ile farklı bir ilişkiye sahip olabilir (Baca-Garcia ve ark., 2005).

Dürtüsel intihar girişimi araştırmaları en az 1950'lerden beri ortaya çıkarken, "dürtüsel intihar girişimi" terimi 1890'ların başlarında Durkheim'ın çalışmalarında bahsedilmiştir. Gvion ve Apter, intiharda saldırganlık ve dürtüsellik temasını tekrar gözden geçirirken dürtüsel veya planlanmamış diye adlandırılan intiharın tanımlanmasında zorluklar görmüş; dürtüsellığı, bir eylemin niteliği ve ilgili kişinin bir özelliği olarak ayırmanın önemini belirtmişlerdir (Rimkeviciene ve ark, 2015).

Dürtüsellik, sağduyu ve bilinçli yargılama olmadan hızlı hareket etme, yeterli derece düşünmeden davranma, eşit yetenek ve bilgiye sahip birçok kişiden daha az

sağduyu ile hareket etmeye eğilim olarak tanımlanmıştır. Dürtüselliğin bazı tanımları, bir takım alt bölümler içermektedir. Eysenck ve Eysenck dürtüselliği; risk alma, planlama eksikliği ve hızlı karar verme ile ilişkilendirmiştir. Patton ve arkadaşları dürtüselliği üç unsura ayırmıştır: anında hareket etme (motor etkinlik), eldeki göreve odaklanamamak (dikkat), dikkatli plan yapamama ve düşünememe (planlama eksikliği). Bazı yazarlar dürtüsellik ve kompulsifliğin bir spektrumun karşıt uçları olduğunu iddia etmektedir (Moeller, 2001).

Önceden düşünme derecesi, intiharı seçme kararı ile gerçek intihar girişimi arasındaki geçen süre, girişimi yapmadan önce girişim üzerine düşünmeye harcanan zaman, bir intihar planının varlığı ve hazırlık yapmaya harcanan zaman olmak üzere birçok farklı dürtüsel intihar girişimi tanımlamaları yapılmıştır. Dürtüsel bir girişimi tanımlamak veya belirlemek için bu birçok yol göz önüne alındığında, dürtüsel girişimler üzerine yapılan çalışmalarda dürtüsel olduğu tahmin edilen intihar girişimlerinin oranlarının %20-%85 gibi çok farklı sonuçlara yol açması şaşırtıcı değildir (Klonsky & May, 2015).

Conner, dürtüsel veya planlanmamış terimleri, çok az hazırlanılmış veya tasarlanmamış kendine zarar verme eylemlerini; dürtüsel olmayan veya planlı terimleri ise, önceden planlanmış ve önceden düşünülmüş intihar davranışını kapsamaktadır şeklinde tanımlamaktadır (Conner, 2004).

Bazı çalışmalarda intihar planlaması, İntihar Niyeti Ölçeği'nin (İNÖ) planlama alt ölçeği kullanılarak planlamanın nesnel (açık) işaretlerinin derecesine göre işlevsel hale getirilmiştir. İntihar eylemi yapılmadan önce intihar davranışının tasarlandığı süre de planlamayı tanımlamak için kullanılmıştır. Planlanmamış intihar eylemleri için çalışmalarda kullanılan çeşitli zaman limitleri 5 dakika, 20 dakika, 2 saat ve 24 saat arasında değişmektedir. Planlamadaki zaman tahminleri, mevcut bilgilerin araştırmacıların yargılamalarına göre ya da daha sıklıkla tek bir öge ile yapılan değerlendirmeler (örneğin, "intihar girişiminde bulunmaya karar vermeniz ile intihar girişiminde bulunduğunuz zaman arasında ne kadar süre geçti?") ile yapılmıştır (Conner, 2004).

Dürtüsel kişilik özellikleri, sürekli olarak intihar davranışları ile ilişkilendirilirken, aralarındaki ilişkiyi ve dürtüsel girişimleri araştıran çalışmalar sadece çelişkili sonuçlar vermiştir (Wyder & De Leo, 2007).

Dürtüsellik intihar için bir risk faktörü veya uyarıcı bir işaret olarak kabul edilmiştir. Amerikan Suisidoloji Derneği, dürtüsellığı hem kronik hem de akut bir intihar risk faktörü olarak kapsamına almaktadır. Dürtüsellik, Amerikan İntiharı Önleme Vakfı ve Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi tarafından da vurgulanmaktadır (Klonsky & May, 2015).

Baca-Garcia ve arkadaşlarının intihar girişiminde bulunan kişilerde girişimin dürtüsellığını (durum) ve girişimcinin dürtüsel özelliklerini (kişisel özellik) inceledikleri çalışmalarında dürtüsel girişimlerin, daha fazla dürtüsel kişilik özellikleri ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (Baca-Garcia ve ark, 2005).

Corruble ve arkadaşlarının intihar girişiminde bulunan 16 ve bulunmayan 34 depresif hastayı inceledikleri çalışmasında, tedavi için başvuru sırasında ve tedaviden 4 hafta sonra yapılan dürtüsellik ölçümlerinde tüm grubun dürtüsellik puanlarında düşme olduğu gözlenmiştir. Fakat intihar girişimi olan grubun dürtüsellik puanları, intihar girişimi olmayan gruba göre hem tedavi başında hem de tedaviden 4 hafta sonra daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre araştırmacılar, dürtüsellığın depresyondaki hastalarda hem bir kişisel özellik hem de bir durum olarak düşünülebileceğini öne sürmüşlerdir (Corruble ve ark, 1999).

Bazı araştırmacılar, dürtüsel olarak girişimde bulunanların ve onların eylemlerinin olası özellikleri hakkında yorumlarda bulunmuşlardır. Dürtüsel davranışların genç yaşta girişimde bulunanların özelliği olabileceği, kadınların dürtüsel girişimlerde bulunma ihtimalinin daha yüksek olduğu ve bu tür girişimlerin düşük sosyal sınıflarda belirli bir oranda daha baskın olabileceği öne sürülmüştür. Ayrıca dürtüsel girişimde bulunanların sözlerden çok eylemlerin ağırlıklı ve agresif davranışların yaygın olduğu aile geçmişlerine sahip olduğu bildirilmiştir (Williams ve ark, 1980).

Araştırmalar, özellikle dürtüsel eylemin niteliği üzerine odaklanmıştır. Finn, bu tür eylemlerin dürtüsel olmayan eylemlere kıyasla daha ölümcül olacağını düşünürken, Kessel bunun tersinin daha olası olduğunu gözlemlemiştir. Williams ve arkadaşları, dürtüsel eylemlerin meydana gelmesinin, kararın alındığı zamanda geçerli olan koşullarla ilişkili olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Dolayısıyla dürtüsel girişimde bulunanların aşırı dozda ilaç alma kararı verdiğinde tabletler ile aynı odada bulunma, mevcut tabletlerin yarıdan fazlasını tüketme ve daha çok şişe içinde

bulunan tabletleri kullanma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir (Williams ve ark., 1980).

Conner, dürtüsel intihar girişimlerinin düşük ölümcüllük ve düşük şiddette depresyon ve umutsuzluk ile karakterize olduğu ve olumsuz yaşam olaylarının intihar girişimine yakın bir zamanda olduğu sonucuna varmıştı. Conner, dürtüsel intihar girişimlerinin muhtemelen tepkisel (dürtüsel) saldırganlıkla ilişkili olduğunu ileri sürmüştür (Rimkeviciene ve ark, 2015).

Dürtüsel girişimde bulunan yetişkinlerin daha az depresif oldukları ve girişim sonrası hayatta kalabileceklerini düşünme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Brown ve ark, 1991).

Baca-Garcia ve arkadaşları, dürtüsel girişimlerin daha az ölümcül olma eğiliminde olduklarını, buna rağmen girişimde bulunan kişinin dürtüsel kişilik özellikleri ile ölümcüllük arasında anlamlı bir ilişkili olmadığını bildirmişlerdir (Baca-Garcia ve ark, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Örnekleme

Bu çalışmanın örnekleme Ağustos 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitimi ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran 18-65 yaş arası 65 hastadan oluşmaktadır.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

- a) 18-65 yaş arasında olması
- b) Bilgilendirilmiş onay veren hasta gönüllüler
- c) Okur-yazar olma

Çalışmadan dışlanma ölçütleri:

- a) Okuma yazma bilmeme
- b) Mental retardasyonu olma
- c) Alkol/madde yoksunluk ya da deliryum tremens döneminde bulunma
- d) Hastanın çalışmaya katılmayı reddetmesi
- e) Demans ve/veya diğer organik mental bozukluk olması
- f) Akut ve/ veya ciddi muhakeme yetersizliği olması

3.2. Araştırmanın Deseni

Bu çalışmanın örneklemini Ağustos 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitimi ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi sonrası başvuran hastalardan oluşmaktadır. İntihar girişimi sonrası acil servise başvuran hastaların iletişim bilgileri psikiyatri konsültan hekimi, nöbetçi psikiyatri hekimi, hastane polisi ve hastane kayıtlarından temin edilmiş olup, acil başvurusu sonrası hastalar aranarak iletişime geçilmiştir. Ağustos 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi ile başvuran hastalardan iletişim bilgilerine ulaşılabilen 150 hastadan 137'si ile iletişim kurulabilmiştir. Yüz yüze görüşmeyi kabul eden 74 hastadan 65 tanesi çalışmayı tamamlamıştır. Görüşmeyi kabul eden fakat çalışmaya alınmayan 9 hastanın 1'i okur-yazar olmaması, 3'ü mental retardasyon, 1'i serebrovasküler olaya bağlı nörolojik komplikasyonlar, 4'ü verilerinin eksik olması nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. Hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak, araştırma ile ilgili sözel ve yazılı bilgi verilmiş, hasta onam formu verilerek yazılı onamları alınmıştır. Görüşmelerin tümü aynı araştırmacı tarafından poliklinik ve klinik şartlarında yapılmış olup, her hastayla yaklaşık 90'ar dakika süren 2 görüşme yapılmıştır.

3.3. Değerlendirme Araçları

3.3.1. Sosyodemografik veri formu

Çalışmada kullanılan sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, medeni durum, göç durumu, kiminle yaşadığı, anne babanın sağ olup olmadığı ve ilişki durumu, şimdiki ve önceki psikiyatrik tedavi öyküsü, tıbbi özgeçmiş, yaşam boyu alışkanlıklar (sigara, alkol-madde kullanımı), kendine veya bir başkasına zarar verici davranışların varlığı, yasal ya da suç öyküsü, istismar öyküsü, intihar girişiminden önce sıkıntı veren bir yaşam olayı yaşanıp yaşanmadığı, şimdiki ve önceki intihar girişimi ile ilgili veriler, ailede psikiyatrik tedavi ve intihar öyküsü ile

ilgili sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Barratt dürtüsellik ölçeği-11 (BDÖ-11)

BDÖ-11, dürtüsellik görünümünü değerlendiren 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lü Likert ölçeği ile değerlendirilir. Plan Yapamama (PY), Motor Dürtüsellik (MD), Dikkatte Dürtüsellik (DD) şeklinde, güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Yüksek değerler daha yüksek düzeyde dürtüsellik göstergesidir. Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması, Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Güleç ve ark, 2008).

3.3.3. İntihar niyeti ölçeği (İNÖ)

Beck tarafından 1973 yılında geliştirilen İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ) (A. T. Beck, Schuyler, & Herman, 1974); intihar etmeden önce, intihar sırasında ve sonrasında kişilerin davranışlarının tüm ilgili yönlerini dikkate alarak, intihar niyetinin kapsamlı bir temsilini sağlamaktadır. Puanlanan ilk 15 ve puanlanmayan son 5 madde olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Puanlanan ilk 15 maddelik kısım iki bölümden oluşmaktadır. Bölüm I (madde 1-8); girişimin nesnel koşullarını kapsar, girişimin hazırlanma ve uygulanma şeklini, ortamı, girişime müdahale edilmesini veya keşfedilmeyi kolaylaştıracak ya da engelleyebilecek daha önceden hasta tarafından verilen ipuçlarını içerir (izolasyon, keşfedilmeye karşı önlemler, intihar notu). Bölüm II (madde 9-15), girişimde bulunan kişinin yöntemin öldürücülüğüne ilişkin kavrayışını, planlama boyutunu, girişiminin amacını ve kurtulma ihtimali beklentilerini yansıtmaktadır. Her madde, 0-2 arasında değişen şekilde puanlanmaktadır. Son 5 soruyu içeren üçüncü bölüm ise görüşme esnasında seçeneklerin belirsizliği nedeniyle puanlanmamaktadır. Toplam skor aralığı 0-30'dır (A. Beck ve ark, 1975).

3.3.4. İntihar girişiminin dürtüsellik açısından değerlendirilmesi

Dürtüsellik, daha önce yapılmış bazı çalışmalarda olduğu gibi İntihar Niyeti Ölçeği'nin iki maddesi, 6. (girişim için yapılan hazırlık derecesi) ve 15. (girişimin tasarlanma derecesi) maddeleri ile değerlendirilmiştir (Brown, 1991) (Suominen, 1997) (Lim, 2016) (Baca-Garcia ve ark, 2001). İNÖ maddeleri, en dürtüselden en fazla tasarlanan girişimi tanımlayacak şekilde 0-2 arasında değişen üç olası puanlamaya sahiptir. 6. ve 15. maddelerin toplamı, dürtüsellığı ölçmek için kullanılmıştır (Olası toplam puan 0-4 arasında değişmektedir). İntihar girişimi için yapılan hazırlık derecesine ilişkin "hiçbir hazırlık yok (İNÖ madde 6=0)" ve tasarlanma derecesi için "hiç düşünmemiş, dürtüsel (İNÖ madde 15=0)" şeklinde iki maddenin puanlarının toplam değerinin "0" puan olması, dürtüsel intihar girişimi olarak tanımlanmıştır. 6. madde (minimum veya orta düzeyde hazırlık=1 ve ciddi hazırlık=2) ile 15. madde (intihar girişiminden 3 saat veya daha kısa süre önce tasarlanmaya başlamış=1 ve girişimden 3 saatten daha uzun süre önce tasarlanmaya başlamış=2) maddelerinin puanlarının toplam değerinin 1-4 arasında olması ise, dürtüsel olmayan intihar girişimi olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya alınan hastalar, yukarıda belirtilen değerlendirmeye göre dürtüsel ve dürtüsel olmayanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır. İNÖ 6. ve 15. maddeleri eksik olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.3.5. İntihar girişiminin ciddiyetinin tıbbi açıdan değerlendirilmesi

Tıbbi olarak ciddi intihar girişimleri, 24 saatten uzun süre hastanede yatırılmaya ihtiyaç duyulan ve hastane başvurusu sırasında aşağıdaki tedavi ölçütlerinden en az birine uyan girişimler olarak tanımlandı (Beautrais ve ark, 1996):

1) Özel bir üniteye takip edilme (Yoğun Bakım Ünitesi, Hiperbarik Oksijen Tedavi Ünitesi ve Yanık Ünitesi);

2) Tendon onarımı veya bıçaklanma yaralanmaları gibi genel anestezi altında cerrahi işlem gerektiren yaralanmalar (örneğin cerrahi onarım gerektirmeyen yüzeysel kesikler hariçtir)

3) Gastrik lavaj, aktif kömür veya rutin nörolojik gözlemlerin ötesinde tıbbi tedavi uygulanması. Daha spesifik olarak, ilaç aşırı dozları için antidot verilmesi veya diyaliz uygulanması.

4) Yukarıdaki tedavi ölçütlerini karşılamayan fakat ası, ateşli silah, yüksekten atlama gibi yüksek ölüm riski taşıyan bir yöntem kullanılması

Yukarıda sayılan ölçütler dışında kalan hastalar tıbbi açıdan ciddi olmayan intihar girişimleri olarak tanımlandı.

3.3.6. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

(SCID-I)

SCID-I, majör DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış klinik bir görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanması için geliştirilmiştir. Ayrıca tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliliğinin artırılmasına ve belirtilerin sistematik olarak araştırılmasına olanak sağlamaktadır. 6 modülden oluşmaktadır ve toplam 38 tane I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile 10 tane I.Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Ortalama kullanım süresi 45-90 dakikadır. First ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve dünyada yaygın kullanım alanı bulan bu görüşme aracının Türkçeye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması, Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (First ve ark., 1996) (Özkürkçügil ve ark., 1999).

3.3.7. DSM-IV eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

(SCID-II)

SCID-II, Eksen II bozuklukları olarak tanımlanan kişilik bozuklukları tanıları için hazırlanmış modülüdür (Spitzer, Gibbon, 1990). Yarı yapılandırılmış klinisyen

tarafından uygulanan bir testtir. Çeviri çalışmaları 1990 yılında Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SCID-II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir. A küme kişilik bozuklukları içinde paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları bulunmaktadır. B küme kişilik bozuklukları; antisosyal, narsistik, borderline ve histrionik kişilik bozukluklarıdır. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu ve bağımlı kişilik bozuklukları ise C küme kişilik bozuklukları içinde sınıflandırılmaktadır. Çalışmamızda SCID II tanılarını bu sınıflandırmaya göre değerlendirdik.

SCID-II'nin Türkçe versiyonunun kişilik bozukluklarındaki güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları tarafından 1994 yılında yapılmıştır (Coşkunol, 1994).

3.4. İstatistiksel Yöntem

Çalışmamızda verilerin istatistiksel analizi, “Statistical Program for Social Sciences” (SPSS) 23.0 sürümü kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için Kolmogorov-Smirnow testi kullanıldı. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulanırken, gruplar arası sürekli değişkenlerin incelenmesinde ise Mann Whitney *U* testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık derecesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmanın örneklemini Ağustos 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitimi ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran 65 hastadan oluşmaktadır. Hastalar, İntihar Niyet Ölçeği'nin 6. ve 15. maddelerinin toplam puanlarına göre dürtüsel intihar girişiminde bulunanlar (n: 21, %32.3) ve dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanlar (n: 44, %67.7) olarak iki gruba ayrılmıştır. Görüşmeler intihar girişiminden ortalama 12 gün sonra (min=0, maks=30 gün) yapılmıştır.

4.1. Sosyodemografik Veriler

Hastaların yaş ortalaması 31.6 ± 10 olup yaş aralığı 18 ile 65'tir. Dürtüsel intihar girişiminde bulunanların yaş ortalaması 30.5 ± 6.9 olup yaş aralığı 19 ile 45'tir. Dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanların yaş ortalaması 32 ± 11 olup yaş aralığı 18 ile 65'tir. Her iki grup arasında anlamlı yaş farkı bulunmamaktadır.

Hastaların 43'ü (%66.2) kadın, 22'si (%33.8) erkektir. 18 hasta (%27.7) okur-yazar ve ilkokul, 27 hasta (%41.5) ilköğretim-ortaokul, 16 hasta (%24.6) lise ve meslek yüksek okulu, 4 hasta (%6.2) üniversite mezunudur.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde hastaların 21'inin (%32.3) bekar, 33'ünün (%50.8) evli, 11'inin (%16.9) dul, boşanmış ve ayrı olduğu saptanmıştır. Dürtüsel intihar girişiminde bulunanlarda hastaların %19.0'ı (n=4) bekar, %71.4'ü (n=15) evli, %9.5'i (n=2) dul-boşanmış ve ayrılmış gruptaydı. Dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanlarda ise hastaların %38.6'sı (n=17) bekar, %40.9'u (n=18) evli, %20.5'i (n=9) dul, boşanmış ve ayrılmış olan gruptaydı. Medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı olmaya eğilim eğilim vardı fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.071$).

Çalışmaya katılanların 5'i (%7.7) yalnız, 49'u (%75.4) çekirdek ailede, 8'i (%12.3) geniş ailede, 3'ü (%4.6) aile dışı bireylerle yaşamaktadır.

Gruplar arasında sosyodemografik özellikler açısından fark bulunmamaktadır.

Grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özellikleri

	Dürtüsel (n:21)	Dürtüsel Olmayan (n:44)	p
Yaş (ort ± SS)	30.57 ± 6.96	32.11 ± 11.35	AD*
(min – maks.)	(19 – 45)	(18 – 65)	
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	12 (57.1)	31 (70.5)	AD
Eğitim Düzeyi			
Okur-yazar /İlkokul	4 (19.0)	14 (31.8)	
Ortaokul / İlköğretim	10 (47.6)	17 (38.6)	AD
Lise /Meslek YO**	7 (33.3)	9 (20.5)	
Üniversite ve üstü	0 (0.0)	4 (9.1)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	9 (42.9)	12 (27.3)	AD
İş/Meslek			
İşsiz	6 (28.6)	10 (22.7)	
İşçi-Memur	7 (33.3)	10 (22.7)	AD
Emekli-Ev hanımı	6 (28.6)	18 (40.9)	
Öğrenci	0 (0.0)	4 (9.1)	
Serbest	2 (9.5)	2 (4.5)	
Sosyal Güvence			
Yok	2 (9.5)	5 (11.4)	AD
Medeni Durum			
Bekar	4 (19.0)	17 (38.6)	AD
Evli	15 (71.4)	18 (40.9)	
Dul-Boşanmış-Ayrı	2 (9.5)	9 (20.5)	
Çocuk Durumu			
Var	14 (66.7)	22 (50.0)	AD
Göç Öyküsü			
Var	15 (71.4)	25 (56.8)	AD

Tablo 1. Devam

Birlikte Yaşadığı Kişiler

Yalnız	3 (14.3)	2 (4.5)	AD
Çekirdek Aile	15 (71.4)	34 (77.3)	
Geniş Aile	2 (9.5)	6 (13.6)	
Aile Dışı Kişiler	1 (4.8)	2 (4.5)	
Dini İnanç			
Güçlü	0 (0.0)	4 (9.1)	
Orta	21 (100.0)	39 (88.6)	AD
Yok	0 (0.0)	1 (2.3)	
Bedensel Engel			
Var	0 (0.0)	3 (6.8)	AD
Fiziksel Hastalık			
Var	7 (33.3)	15 (34.1)	AD

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

**Meslek YO: Meslek Yüksek Okulu

4.2. Klinik Özelliklere Ait Veriler

Hastaların 40'ında (%61.5) geçmişte ayaktan psikiyatri tedavi öyküsü ve 11'inde (%16.9) psikiyatri yatışı mevcuttu. Geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsünde hastaların 13'ü (%20) antipsikotik, 37'si (%56.9) antidepresan, 7'si (%10.8) benzodiazepin, 3'ü (%4.6) psikostimülan, 4'ü (%6.2) duygudurum dengeleyici, 2'si (%3.1) EKT, 3'ü (%4.6) diğer tedavi (hidroksizin, psikoterapi) kullanmıştı.

Görüşme sırasında hastaların 30'u (%46.2) bir psikiyatrik tedavi kullanmakta idi. Hastaların 27'si (%41.5) antidepresan, 11'i (%16.9) antipsikotik, 4'ü (%6.2) duygudurum dengeleyici, 3'ü (%4.6) benzodiazepin, 1'i (%1.5) psikostimülan kullanıyordu. Dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanların dürtüsel girişimde bulunanlara göre anlamlı derecede daha fazla halen bir psikiyatrik tedavi kullanmakta olduğu bulunmuştur (p=0.049).

Hastaların 28'inde (%43.1) kendine vücuduna zarar verme (kendini kesme, yakma, deriyi kazıma, iz bırakacak veya kanatacak şekilde kendini tırmalama, vücudunu vurma), 29'unda (%44.6) bir başkasına bir kez dahi olsa şiddet uygulama, 10'unda (%15.4) adli bir olay mevcuttu.

18 yaşından önceki döneme ilişkin olarak hastaların 5'inde (%7.7) fiziksel istismar, 9'unda (%13.8) ihmal edilme, 16'sında (%24.6) cinsel istismar öyküsü mevcuttu.

18 yaşından sonraki döneme ilişkin olarak ise hastaların 9'unda (%13.8) fiziksel şiddet, 8'inde (%12.3) duygusal şiddet, 5'inde (%7.7) cinsel taciz/tecavüz öyküsü mevcuttu.

18 yaş öncesi döneme ilişkin olarak hastaların 4'ünde (%6.2) anne-baba ayrılığı, 9'unda (%13.8) anne-baba kaybı mevcuttu.

Ailesinde psikiyatrik tedavi öyküsü olan 20 (%30.8), intihar öyküsü olan 11 (16.9) kişi mevcuttu.

Gruplar arası klinik özelliklerle ilişkin verilerin karşılaştırmaları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Grupların klinik değişkenlerinin karşılaştırılması

	Dürtüsel (n:21) (%)	Dürtüsel Olmayan (n:44) (%)	p
Geçmiş Psikiyatrik Tedavi			
Yok	11 (52.4)	14 (31.8)	AD*
Var	10 (47.6)	30 (68.2)	
Psikiyatri yatışı			
Yok	19 (90.5)	35 (79.5)	AD
Var	2 (9.5)	9 (20.5)	
Güncel psikiyatrik tedavi			
Yok	15 (71.4)	20 (45.5)	0.49**
Var	6 (28.6)	24 (54.5)	
Kendine zarar verme davranışı			
Yok	10 (47.6)	27 (61.4)	AD
Var	11 (52.4)	17 (38.6)	
Başkasına şiddet uygulama			
Yok	10 (47.6)	26 (59.1)	AD
Var	11 (52.4)	18 (40.9)	
Adli olay varlığı			
Yok	17 (81.0)	38 (86.4)	AD
Var	4 (19.0)	6 (13.6)	
18 yaş altı ihmal-istismar öyküsü			
Yok	15 (71.4)	28 (63.6)	AD
Var	6 (28.6)	16 (36.4)	
Erişkin dönemde travmatik yaşantı öyküsü			
Yok	17 (81.0)	38 (86.4)	AD
Var	4 (19.0)	6 (13.6)	
Parçalanmış aile öyküsü			
Yok	17 (81.0)	36 (81.8)	AD
Var	4 (19.0)	8 (18.2)	
Ailede psikiyatrik tedavi öyküsü			
Yok	15 (71.4)	30 (68.2)	AD
Var	6 (28.6)	14 (31.8)	
Ailede intihar öyküsü			
Yok	17 (81.0)	37 (84.1)	AD
Var	4 (19.0)	7 (15.9)	

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

**Pearson ki-kare testi ile ($X^2=3.859$, $df=1$)

4.3. İntihar Girişimine Ait Veriler

Hastaların %55.4'ünün (n=36) ilk intihar girişimidir. Hastaların 55'i (%84.6) intihar girişimini kendi evinde gerçekleştirmiştir. İntihar girişimi yöntemi olarak her iki grupta en fazla kullanılan yöntem, ilaç-toksik madde ile olmuştur. Hastaların kullandığı intihar girişimi yöntemleri; 51 kişi (%78.59) ilaç-toksik madde, 6 kişi (%9.2) delici kesici alet, 3 kişi (%4.6) yüksekten atlama, 3 kişi (%4.6) boğma-ası, 1 kişi (%1.5) tüp/doğalgaz açma, 1 kişi (%1.5) araba önüne atlama şeklindeydi.

İntihar girişimini gerçekleştirirken hastaların %46.2'sinin (n=30) yalnız, %53.8'inin (n=35) yalnız olmadığı öğrenilmiştir.

Dürtüsel intihar girişiminde bulunanların %81'i (n=17), dürtüsel olmayan girişimde bulunanların ise %93.2'si (n=41) girişimden önce stres/yaşam olayı varlığını belirtmiştir. İntihar girişimi öncesi stres/yaşam olayı olarak hastaların %53.8'i (n=35) ailevi sorunları, %26.2'si (n=17) duygusal ilişkileri, %26.2'si (n=17) ekonomik sorunları, %1.5'i (n=1) öğrenim başarısızlığını, %9.2'si (n=6) sağlık sorunlarını, %3.1'i (n=2) cinsel yönelim nedeniyle baskı görmeyi, %13.8'i (n=9) diğer nedenleri (arkadaş ile tartışma, yakınlarının sağlık sorunları) belirtmiştir.

Gruplar arasında intihar girişimleri ile ilgili tanımlayıcı özellikler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. İntihar girişimleri ile ilgili tanımlayıcı özellikler

	Dürtüsel (n:21) (%)	Dürtüsel Olmayan (n:44) (%)	p
Son bir yıl içinde ölüm düşünceleri			
Asla ya da bir kez	9 (42.9)	21 (47.7)	AD*
Bazen	5 (23.8)	13 (29.5)	
Daha sık	7 (33.3)	10 (22.7)	
Şimdiki intihar girişimi yöntemi			
İlaç – toksik madde	17 (81.0)	34 (77.3)	AD
Delici kesici alet	1 (4.8)	5 (11.4)	
Yüksekten atlama	1 (4.8)	2 (4.5)	
Boğma – ası	2 (9.5)	1 (2.3)	
Tüp – doğalgaz	0 (0.0)	1 (2.3)	
Diğer	0 (0.0)	1 (2.3)	
Girişim sırasında yalnız olma	10 (47.6)	20 (45.5)	
Girişimden önce alkol kullanımı	3 (14.3)	7 (15.9)	AD
İntihar yöntemin sonucunu öngörme			
Yok	15 (71.4)	26 (60.5)	AD
Var	6 (28.6)	17 (39.5)	
İntihar öncesi stresli yaşam olayı	17 (81.0)	41 (93.2)	AD
İntihar girişimi hakkındaki duygu ve düşünce			
Girişimde ölmüş olmayı dileme, tekrar istek yok	7 (33.3)	11 (25.0)	AD
Tekrar girişimde bulunmayı düşünme	1 (4.8)	7 (15.9)	
Pişman, tekrarlama düşüncesi yok	13 (61.9)	26 (59.1)	
Geçmiş intihar girişimi varlığı	9 (42.9)	20 (45.5)	AD
Geçmiş girişim sayısı			
Yok	12 (57.1)	23 (52.3)	AD
Bir ve üzeri	6 (28.6)	16 (36.4)	
Üç ve üzeri	3 (14.3)	5 (11.4)	

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

İntihar girişimi sonrası acil servise başvuran hastaların %69.2'sine (n=45) acil serviste, %30.8'ine (n=20) genel anestezi altında cerrahi tedavi ya da yoğun bakım

ünitesi veya ilgili bir serviste tedavi uygulanmıştı. Acil serviste tedavi edilen hastaların 8'inin (%12.3) tedavisi, herhangi bir yoğun bakım ünitesinde yer bulunamaması veya istemli taburculuk gibi nedenlerle acil servis şartlarında yapılmıştı. Gruplar arasında hastanede uygulanan tıbbi tedavi açısından istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo 5).

Araştırmacılar tarafından önceden belirlenmiş ölçütlere göre yapılan intihar yönteminin tıbbi olarak ciddiyet değerlendirmesine göre gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. İntihar girişiminin tıbbi sonuçlarının karşılaştırılması

	Dürtüsel (n:21) (%)	Dürtüsel Olmayan (n:44) (%)	p
Tıbbi olarak intihar yönteminin (klinisyen tarafından belirlenen) ciddiyeti			
Ciddi bir yöntem kullanmamış	8 (38.1)	22 (50.0)	AD
Ciddi bir yöntem kullanmış	13 (61.9)	22 (50.0)	

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

**YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

4.4. Psikiyatrik Tanı

Dürtüsel intihar girişiminde bulunan grupta herhangi bir Eksen I bozukluk için tanı oranı %61.9 (n=13) iken, dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunan grupta bu oran %81.8 (n=36) olarak bulunmuştur. Herhangi bir Eksen I bozukluğu tanısı varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık yoktu fakat anlamlı olma eğilimindeydi (p=0.081).

Eksen I bozukluklarından duygudurum bozuklukları grubunda hastaların 19'una (%29.2) majör depresyon, 2'sine (%3.1) bipolar bozukluk, 6'sına (%9.2) distimi, 7'sine (%10.8) başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, 2'sine (%3.1) madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu, 1'ine (%1.5) genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu tanısı konmuştur. Anksiyete bozuklukları grubunda hastaların 1'ine (%1.5) akut stres bozukluğu, 4'üne (%6.2) diğer anksiyete

bozuklukları, 3'üne (%4.6) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları tanısı konmuştu.

Gruplar Eksen I bozuklukları açısından karşılaştırıldığında dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanlarda anksiyete bozuklukları oranı (%18.2, n=8), dürtüsel intihar girişiminde bulunanlara (%0.0, n=0) göre anlamlı derecede yüksekti (p=0.04).

Duygudurum bozuklukları açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı olmaya eğilim (p=0.07) olsa da istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Grupların Eksen I tanılarına göre dağılımı

	Dürtüsel (n:21) (%)	Dürtüsel Olmayan (n:44) (%)	p
Duygudurum Bozuklukları	8 (38.1)	27 (61.4)	AD*
Anksiyete Bozuklukları	0 (0.0)	8 (18.2)	0.04**
Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları	3 (14.3)	5 (11.4)	AD
Uyum Bozukluğu	3 (14.3)	4 (9.1)	AD
Somatoform Bozukluklar	1 (4.8)	2 (4.5)	AD
DEHB	1 (4.8)	1 (2.3)	AD
Psikotik Bozukluklar	0 (0.0)	1 (2.3)	AD
Öğrenme Bozuklukları	1 (4.8)	0 (0.0)	AD

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

** Fisher's Exact Test

Herhangi bir Eksen II bozukluk bulunma oranı, dürtüsel olmayan intihar girişimi

grubunda %59.5 (n=25), dürtüsel intihar girişiminde bulunan grupta %33.3 (n=7) olarak bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında dürtüsel olmayan intihar girişimi grubunda herhangi bir Eksen II bozukluğunun bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.05). Eksen II bozukluklardan C kümesi kişilik bozukluğu tanısının bulunma oranı, dürtüsel olmayan intihar girişimi grubunda %40.9 (n=18), dürtüsel intihar girişiminde bulunan grupta %9.5 (n=2) olarak bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında dürtüsel olmayan intihar girişimi grubunda C kümesi kişilik bozukluğu tanısı, dürtüsel intihar girişiminde bulunan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0.01) (Tablo 6). Gruplar arasında tek bir kişilik bozukluğunun dağılımında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6. Gruplar arasında Eksen-II tanı dağılımlarının karşılaştırılması

	Dürtüsel (n:21) (%)	Dürtüsel Olmayan (n:44) (%)	p
SCID-II tanısı			
herhangi bir tanı yok	14 (66.7)	17 (40.5)	0.05*
bir veya daha fazla tanı	7 (33.3)	25 (59.5)	
B Kümesi KB varlığı	6 (28.6)	15 (34.1)	AD**
C Kümesi KB varlığı	2 (9.5)	18 (40.9)	0.01***

*Pearson ki-kare testi ile ($X^2=3.842$, $df=1$)

**AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

*** Pearson ki-kare testi ile ($X^2=6.573$, $df=1$)

4.5. Klinik Ölçeklerden Elde Edilen Veriler

İntihar Niyeti Ölçeği'nin toplam puan ortalaması dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanlarda 14.59 ± 4.56 ; dürtüsel intihar girişiminde bulunanlarda 11.04 ± 4.35 olarak bulunmuştur, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.007). Grupların İNÖ'ye göre karşılaştırılmasına dair minimum-maksimum

değerler, ortalama puanlar, standart sapma ve p değerleri Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Grupların İNÖ toplam puanının karşılaştırılması

	Dürtüsel (n:21)	Dürtüsel Olmayan (n:44)	p
İNÖ toplam puanı (ort ± SS) (min – maks)	11.04 ± 4.35 (3 – 20)	14.59 ± 4.56 (4 – 24)	0.007*

* Mann – Whitney U

Tıbbi olarak ciddi kabul edilen intihar girişimleri ve ciddi kabul edilmeyen intihar girişimleri İNÖ toplam puanı açısından incelendiğinde, tıbbi olarak ciddi kabul edilen intihar girişiminde bulunanlarda 14.85±4.15; diğer grupta ise 11.80±4.97 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.009) (Tablo 8).

Tablo 8. Tıbbi olarak ciddi kabul edilen intihar girişimi ve ciddi kabul edilmeyen intihar girişiminde bulunanların İNÖ toplam puanı karşılaştırması

	Ciddi girişim (n: 35)	Ciddi olmayan girişim (n: 30)	p
İNÖ toplam puanı (ort ± SS) (min – maks.)	14.85 ± 4.15 (5 – 24)	11.80 ± 4.97 (3 -23)	0.009*

* Mann – Whitney U testi ile

Gruplar arasında BDÖ-11 toplam puanı ve alt ölçek skorları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Grupların BDÖ ile değerlendirilen dürtüsellik özellikleri

	Dürtüsel (n:21)	Dürtüsel Olmayan (n:44)	P
	<u>ort ± SS</u>	<u>ort ± SS</u>	
BDÖ-11 Toplam Puanı	62.57 ± 14.42	66.25 ± 15.46	AD*
Dikkatte Dürtüsellik Alt Ölçek Puanı	15.61 ± 5.37	16.15 ± 4.65	AD
Motor Dürtüsellik Alt Ölçek Puanı	20.33 ± 5.60	21.31 ± 6.61	AD
Plan Yapamama Alt Ölçek Puanı	26.61 ± 5.37	28.77 ± 5.60	AD

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

BDÖ-11 toplam puanı ve alt ölçek puanları, tıbbi olarak ciddi kabul edilen ve ciddi kabul edilmeyen intihar girişiminde bulunanlar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Tıbbi olarak ciddi kabul edilen intihar girişimi ve ciddi kabul edilmeyen intihar girişiminde bulunanların BDÖ ile değerlendirilen dürtüsellik özellikleri

	Ciddi girişim (n:35)	Ciddi olmayan girişim (n:30)	P
	<u>ort ± SS</u>	<u>ort ± SS</u>	
BDÖ-11 Toplam Puanı	65.48 ± 16.74	64.56 ± 13.25	AD*
Dikkatte Dürtüsellik Alt Ölçek Puanı	15.77 ± 5.01	16.23 ± 4.75	AD
Motor Dürtüsellik Alt Ölçek Puanı	21.40 ± 7.33	20.53 ± 4.86	AD
Plan Yapamama Alt Ölçek Puanı	28.31 ± 5.70	27.80 ± 5.52	AD

*AD: istatistiksel olarak anlamlı değil

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, acil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların intihar girişimlerinin dürtüsellik durumu değerlendirilmiş; dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimleri sosyodemografik özellikler, ruhsal bozukluklar ve kişilik bozuklukları, kişisel özellik olarak dürtüsellik, intihar niyeti ve tıbbi olarak girişimin ciddiyeti açısından karşılaştırılmıştır. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türkiye’de dürtüsel intihar girişimleri ile dürtüsel olmayan intihar girişimlerini karşılaştıran ilk çalışmadır.

Bu doğrultuda acil servise intihar girişimi nedeni ile başvuran hastalar literatürdeki bazı çalışmalara benzer şekilde (Brown ve ark., 1991) (Suominen ve ark., 1997) (Lim ve ark, 2016) (Baca-Garcia ve ark, 2001) İNÖ’nün 6. ve 15. maddelerinden aldıkları toplam puana göre dürtüsel girişimde bulunanlar ve dürtüsel olmayan girişimde bulunanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır.

Önceki çalışmalar, birçok intihar girişiminin dürtüsel olarak yapıldığını tespit etmiştir (Simon ve ark, 2001).

Güney Kore’de yapılmış bir çalışmada bu oran %48 olarak bildirilmiştir (Lim ve ark, 2016). Baca-Garcia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, dürtüsel girişimde bulunanların oranı %55 olarak bulunmuştur (Baca-Garcia ve ark, 2001).

Bazı çalışmalar, intihar girişimi olan bireylerin %24-%40’nın girişimin planlamasına 5 dakikadan az zaman harcadığını bildirmiştir (Wei ve ark, 2013).

İntihar girişimi dürtüselliklerinin belirlenmesi zordur. Dürtüsel olarak yapılan intihar girişimi oranlarının tahminleri, kullanılan tanımlara ve incelenen örneğe bağlı olarak büyük ölçüde değişmektedir. Bazı tahminler, girişimin özelliklerine ve hazırlık miktarına dayanmaktadır. Bir diğer yaklaşım ise, intihar girişimini tasarlamaya harcanan süreyi incelemek olmuştur (Simon ve ark, 2001). Bu durumda birçok çalışma, İntihar Niyeti Ölçeği'nin (İNÖ) tümünü veya bir kısmını kullanmıştır ya da ölçeğin maddelerinin puanlamasında farklı yöntemler seçmişlerdir. Yine girişimi tasarlamaya harcanan zamanı ölçüt alan çeşitli çalışmalarda farklı zaman limitleri kullanılmıştır. Bir intihar girişimini dürtüsel olarak sınıflandırmak için kullanılacak standart ölçütlerin olmaması, çalışmalarda görülen bu farklı oranları açıklıyor olabilir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %66.2'sini kadınlar oluşturmaktaydı. Kadın/erkek oranı ise 1.9 idi. Literatürde tüm yaş grupları için tamamlanmış intiharın erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kadınlarda daha sık olduğu konusunda görüş birliği bulunmaktadır.

Atay ve arkadaşlarının acil servise intihar girişimi ile başvuran 640 hastanın geriye dönük olarak hastane kayıtlarını inceledikleri çalışmalarında hastaların %66.3'ünün kadın olduğu bildirilmiştir (Atay ve ark, 2014).

Şimşek ve arkadaşlarının Manisa ilinde yaptıkları intihar girişimlerine yönelik 5 yıllık verinin incelendiği çalışmada intihar girişimi, kadınlarda erkeklerden 3.5 kat daha fazla olarak bulunmuştur (Şimşek ve ark, 2011). Yalvaç'ın yapmış olduğu çalışmada acile başvuran intihar girişimi olgularında kadınların erkeklere oranı 1.7 olarak bulunmuştur (Yalvaç, 2006). Karacaoğlu ve arkadaşlarını yaptıkları bir çalışmada; kadın / erkek intihar girişimi oranının 2.71 olduğu belirtilmektedir (Karacaoğlu ve ark, 2013).

Çalışmamızda demografik değişkenlerle ilgili ilişkiler için öne sürülmüş olan dürtüsel grupların genç olduğu ve daha fazla kadın içerdiği şeklindeki bazı varsayımlara yönelik destekleyici bir bulgu bulunamadı.

Çalışmamızda dürtüsel girişimde bulunanlarla dürtüsel olmayan grup arasında geçmiş intihar girişimi öyküsü açısından fark olmaması, bazı çalışmalardaki benzer sonuçları desteklemektedir (Spokas ve ark, 2012) (Simon ve ark, 2001).

TÜİK'in 2015 verileri ile uyumlu olarak çalışmamızda hastaların %50.8'i evli, %32.3'ü bekar olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gruplar arasında sosyodemografik değişkenlerin çoğunun dağılımı açısından anlamlı fark yoktu. Ancak dürtüsel girişimde bulunanların %71.4'ü evli iken; dürtüsel olmayan gruptakilerin %40.9'u evliydi.

Çeşitli çalışmalarda evli ve çocuklu olmanın intihar riski açısından koruyucu etkisinin olduğu bildirilmiştir (İ. M. Atay, 2005). Welch, 2001 yılında yaptığı bir çalışmada bekâr ya da boşanmış olmanın intihar girişimi için bir risk etkeni olduğunu ve intihar girişimlerinin bekâr ya da boşanmış kişilerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir. İntihar girişimi ve medeni durum arasındaki ilişkinin karmaşık olduğu; intihar riskinin boşanma sırasında yaşanan kişilerarası anlaşmazlıktan, evli iken yaşanmış olan problemlerden ya da yalnız yaşayan bireylerde sosyal desteğin

olmamasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir (Yılmaz N., 2010)

Evlü yetişkinlerde genel intihar oranlarının daha düşük olmasına rağmen, genç evli çiftlerde riskin arttığı ve yüksek çatışma veya şiddet içeren bir evliliğin intihar için koruyucu bir faktörden çok başlatıcı bir faktör olabildiği belirtilmektedir (Jacobs ve ark, 2003).

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısının intihar girişimi öncesi stres/yaşam olayı olarak ailevi geçimsizliği belirtmesini de gözönünde bulundurursak, evlilik içinde yaşanan ilişkişel çatışmaların intihar için tetikleyici bir faktör olabileceği düşünebilir. Yine görüşmeler sırasında evli olan pek çok hastanın evlilik içi şiddetli çatışmalara rağmen sosyal, geleneksel ve ekonomik gerekçelerle evliliğini sürdürdüğü gözlemlendi.

Spokas ve ark. (2012) yaptıkları bir çalışmada, dürtüsel girişimde bulunanlarda daha az çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü olduğunu göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda çocukluk çağı cinsel istismar öyküsü açısından gruplar arasında herhangi bir farklılık bulunmamıştır.

Çok sayıda kanıt, çocuklukta istismar ve ihmal öyküsünün yalnızca bireyin nöropsikolojik gelişimini etkilemediğini aynı zamanda gelecekteki çeşitli tanıların varlığında intihar davranışı riskini de arttırdığını ileri sürmektedir (Braquehais ve ark, 2010).

Çocukluk çağı travmasının çocukların ve ergenlerin beyin gelişimi üzerindeki etkilerine ilişkin giderek artan kanıtlar mevcuttur. Bu etkilerden biri, bazı olumsuz eylemleri engellemede beyin yetersiz kalması ile ilişkişel artmış bir dürtüselliktir. Çocukluk istismarı ve ihmali, duyguları düzenlemekte kronik bir yetersizlikle sonuçlanarak eski travmaların tekrarlanması ve yeni travmalara maruz kalınması riskini arttırabilir (Braquehais ve ark, 2010).

Hipotezimizi destekler biçimde, dürtüsel intihar girişiminde bulunan grup ile dürtüsel olmayan grup arasında intihar girişiminin tıbbi olarak ciddiyeti arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat dürtüsel olmayan grupta İNÖ toplam puanı, dürtüsel girişimde bulunan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine tıbbi olarak ciddi olmayan intihar girişimleri ile kıyaslandığında ciddi olan girişimlerde İNÖ toplam puanı daha yüksekti.

Çeşitli çalışmalarda dürtüsel girişimler ile intihar niyeti ve girişimin

ölümcüllüğü arasında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Genel olarak daha fazla hazırlık yapmanın daha büyük intihar niyeti ile ilişkili olduğu ve daha fazla niyetin de daha büyük öldürücülük ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (Brown ve ark, 1991).

Dürtüsel intihar girişiminde bulunan kişilerin özelliklerini araştıran bir çalışmada ise, dürtüsel girişimde bulunan grup ile önceden plan yapan grup arasında, girişimin tıbbi ölümcüllük şiddeti benzer olarak bulunmuştur (Spokas ve ark, 2012). Çalışmamızın sonuçları, Spokas ve arkadaşlarını desteklemektedir.

Ulusal eş tanı araştırmasında Kessler, niyetin ölümcüllüğü ile bir planın varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Kessler ve ark, 1999).

Klerman, dürtüsel intihar girişimlerinin daha az ciddi ve ölümcül olma eğiliminde olduğunu ya da ciddi intihar girişimlerinin dürtüselliği en az olan girişimler arasında daha sık olduğunu öne sürmüştür (Baca-Garcia ve ark, 2001).

Baca-Garcia ve arkadaşları, intihar girişimleri ve dürtüselliği inceledikleri çalışmalarında intihar girişiminin dürtüselliği ile ölümcüllüğü arasında ters bir ilişki bulmuşlardır (Baca-Garcia ve ark, 2005).

Lim ve arkadaşlarının Güney Kore’de acil serviste tedavi edilen kişilerde dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimleri arasındaki farkları inceledikleri çalışmalarında, dürtüsel olmayan gruba göre dürtüsel intihar girişiminde bulunan grupta tıbbi ölümcül hasar şiddetinin daha az olduğu saptanmıştır (Lim ve ark, 2016).

Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunanların kişilik özelliklerinde dürtüsellik boyutu BDÖ-11 ile ölçülmüştür. BDÖ-11 alt ölçek ve toplam puanları açısından, dürtüsel girişimde bulunan grup ile dürtüsel olmayan grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Yine tıbbi olarak ciddi intihar girişiminde bulunan grup ile ciddi olmayan girişimde bulunan grup arasında BDÖ-11 alt ölçek ve toplam puanları açısından anlamlı fark bulunmadı.

Baca-Garcia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da girişimde bulunan kişinin dürtüselliği ile ölümcüllük arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Baca-Garcia ve ark, 2005).

Bir başka çalışmada da dürtüsel ve dürtüsel olmayan girişimciler arasında kişisel özellik olarak dürtüsellik puanlarının ortalamalarında herhangi bir fark bulunmamıştır (Wyder & De Leo, 2007).

Meksika’da dürtüsel ve planlanmış intihar girişimlerinin karşılaştırıldığı bir

çalışmada, hastaların dürtüsellik düzeyi Plutchik Dürtüsellik Ölçeği ile ölçülmüştür ve iki grup arasında dürtüsellik açısından fark bulunmadığı gösterilmiştir. (Reyes-Tovilla ve ark, 2015).

Brezo ve meslektaşları tarafından 2007'de genç yetişkinler üzerinde yapılan bir araştırmada, intihar girişiminde bulunanların BDÖ'den daha önce intihar girişiminde bulunmamış fakat intiharı düşünmüş hastalardan daha yüksek puan almadığı bulunmuştur (Klonsky & May, 2015)

Tehlikeli ancak ölümcül olmayan davranışlara kalkışan kişilere ilişkin önceki araştırmalar, tamamlanmış intihara sahip kişilerle bazı ortak özelliklere sahip olduklarını göstermiştir. Aslında, tıbben tehlikeli olan intihar girişimlerinden kurtulanlarda sonrasında tamamlanmış intihar riski, daha az tehlikeli girişimlerden kurtulanlara kıyasla daha yüksektir (Brent, 1987).

Yüksek dürtüsellik intihar düşüncesi olan bireylerin intihar düşüncelerini eyleme geçirme ve bir girişimde bulunma olasılığını arttırdığı düşünülmektedir. Nitekim, birkaç çalışma dürtüsellik ve intihar davranışı arasında güçlü bağlantılar bildirmiştir. Bununla birlikte, diğer çalışmalar, dürtüsellik-intihar ilişkisi ile ilgili karışık veya anlamsız bulgular tanımlamıştır (David Klonsky & May, 2010).

Çalışmamızda, dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanların herhangi bir Eksen I bozukluk tanısı alma ve duygudurum bozuklukları oranı açısından aralarında anlamlı bir fark bulunmasa da anlamlı olmaya eğilim vardı.

Bizim çalışmamızda diğer hastalıklarla kıyaslandığında anksiyete bozuklukları dürtüsel intihar girişimleri ile daha az ilişkiliydi. Hastaların 8'i (%18.2) dürtüsel olmayan gruptaydı. Bu 8 hastanın 6'sında duygudurum bozuklukları ile anksiyete bozuklukları eş tanı olarak bulunması, dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanlarda intihar girişimine katkıda bulunuyor olabilir.

Planlı ve planlı olmayan intihar girişimlerinin çeşitli değişkenler açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, yaygın anksiyete bozukluğu sadece planlı intihar girişiminde bulunan kişilerle ilişkili olarak bulunmuştur (Jeon ve ark, 2010).

Bir semptom olarak kaygı, akut intihar riski ve dürtüsel intihar davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Kaygı, duygudurum bozuklukları da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukta sıkça görülen bir belirtidir. Bununla birlikte, intihar

girişiminde bulunan hastalarda anksiyete bozukluğu tanısı oldukça nadir görülmektedir (Baca-Garcia ve ark, 2001).

Çin’de yapılan bir çalışmada dürtüsel olmayan intihar girişiminde bulunanlara göre dürtüsel olanlarda alkol-madde kullanım bozukluğu daha yüksek olarak bulunmuştur. Xianyun ve Phillips, çalışmalarında dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimcileri arasında madde kullanım bozuklukları oranında herhangi bir fark bulamamışlardır (Wei ve ark, 2013). Buna ek olarak, DSM-IV Eksen I tanı ölçütlerini karşılayan psikiyatrik bozukluk oranının dürtüsel girişimde bulunanlar arasında dürtüsel olmayan girişimde bulunanlara göre daha düşük olduğu ve dürtüsel olmayan girişimler arasında duygudurum bozukluklarının oranı, dürtüsel girişimlerdekinden daha yüksek bulunmuştur (Wei ve ark, 2013).

Kessel, planlı girişimde bulunanlarla karşılaştırıldığında dürtüsel girişimde bulunanların daha az psikiyatrik hastalığa sahip olduğunu gözlemlemiştir. Birçok dürtüsel girişimin, stresli kişilerarası koşullara karşı spontan tepkileri temsil ettiği düşünülmektedir (Williams ve ark, 1980).

Williams ve arkadaşlarının çalışmasında ise, dürtüsel olanlarda depresyon puanı önemli ölçüde daha düşük bulunmuştur. (Williams ve ark, 1980).

Baca-Garcia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diğer tanılara kıyasla, majör depresyon dürtüsel intihar girişimi ile daha az ilişkili olarak bulunmuştur (Baca-Garcia ve ark, 2005).

Çalışmamızda görüşmeler sırasında mevcut bir psikiyatrik tedavi kullanımı açısından oranlar, dürtüsel grupta %28.6 (n=6), dürtüsel olmayan grupta ise %54.5 (n=24) idi. İki grup arasında bir psikiyatrik bozukluğun varlığı açısından farklılık anlamlılığa yakın olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildi, ancak güncel bir psikiyatrik tedavi kullanımı açısından anlamlı bir fark bulundu. Dürtüsel olmayan grupta mevcut bir psikiyatrik tedavi kullanımının daha yüksek olması, hastaların güncel ruhsal bozukluğunun şiddeti açısından farklı olabileceği, bunun da tedavi arayışında kişileri etkileyebileceği düşünüldü.

Ayrıca her iki grupta da herhangi bir ruhsal bozukluk için hastaların tanı alma oranı daha yüksek olmasına rağmen mevcut bir psikiyatrik tedavi kullanıyor olma oranları daha düşük olarak bulunmuştur.

Zeppegno ve arkadaşlarının acil serviste psikiyatri bölümüne konsülte edilen intihar girişimlerini inceledikleri çalışmalarında, psikiyatrik bozukluğa sahip olan kişilerde intihar girişimleri daha sık olmasına rağmen bir psikiyatrik bir tedavi altında olmadıkları görülmüştür. (Zeppegno ve ark, 2015).

Psikiyatri acil servisine başvuran hastaların incelendiği bir başka çalışmada da psikiyatrik bozukluk öyküsü olan ancak bir psikiyatrik tedavi altında bulunmayan kişiler arasında intihar girişimlerinin daha sık olduğu bulunmuştur (Schnyder & Valach, 1997).

Çalışmamızda dürtüsel gruba göre herhangi bir kişilik bozukluğunun bulunması ve C küme kişilik bozukluklarının oranı dürtüsel olmayan grupta daha yüksekti. C kümesi kişilik bozukluğuna sahip hastaların yaklaşık dörtte üçüne Eksen 1 bozukluk tanısı, dörtte birine de başka bir kişilik bozukluğu eşlik ediyordu. Yine herhangi bir kişilik bozukluğuna sahip olanların %81'inde en az bir eksen 1 bozukluk tanısı eşlik ediyordu. Eşlik eden ruhsal bozuklukların sayısının artmasının, dürtüsel olmayan intihar girişimi riski de artırdığı kanaatine varıldı.

Borderline kişilik bozukluğu manipülatif intiharların ve depresyonda kendine zarar verme davranışlarının çok sık görüldüğü bir kişilik bozukluğu tipidir. Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişilerde ise sadistik bir süpergoya ambivalan bağımlılık ile dayanılmaz bir suçluluk geriliminden ne pahasına olursa olsun kurtulma gereksinimi, bu kişilerin en sık intihar nedenidir. Bazı kişilik bozuklukları da depresyona yatkınlık eğilimi nedeniyle intiharla ilişkili görünmektedir. Bağımlı kişilik özellikleri taşıyan bireylerin temel korkuları, reddedilme ya da terk edilme ile ilgilidir. Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler; “değersizim, hiçbir işe yaramam”, “sevilmeyecek” biriyim gibi temel düşünce şemalarına sahiptirler. Dolayısıyla bu bireyler anksiyete ve depresif yaşantılara duyarlı olup intihar eğilimi taşıyabilirler (Ateşçi, Kuloğlu, Tezcan, & Yıldız, 2002).

İntihar edenlerin en az üçte biri ve intihar girişiminde bulunanların %77'si kişilik bozukluğuna sahiptir (Suominen ve ark, 2000).

Yakın tarihli bir meta-analizde, kişilik bozukluğu olan kişilerde intihar riskinin beklenen değerin 7 katı ve intihar girişiminde bulunan kişilerin beklenen değerin 38 katı olduğu yönündedir. Kişilik bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklarla

eştanısı intihar eğilimine katkıda bulunmaktadır ve intihar riskini belirgin olarak yükseltebilir (Suominen ve ark, 2000).

Bununla birlikte araştırma ve risk değerlendirme önermeleri, farklı kişilik bozukluklarının intihar için risk faktörlerini ne ölçüde gösterdiğine dair çoğunlukla aynı fikirde değildir (Ansell ve ark, 2015).

Bu tartışmaların bazıları olası kişilik bozukluklarının bir veya bir alt grubu ile sınırlı olarak değerlendirilmesi, geriye dönük veya kesitsel değerlendirmelere dayanması, kantitatif analitik yaklaşımlardaki tutarsızlıklar ile ilişkili yöntemsel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Bu tutarsızlıklar belirli bir kişilik bozukluğunun intihar riski ile ilişkisi hakkında kesin sonuçlar çıkarmayı zorlaştırmaktadır (Ansell ve ark, 2015).

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır.

İlk olarak çalışmaya alınan hasta sayısının düşük olması sayılabilir. Örneklemin temsil ettiği hastanenin acil servisine başvuran tüm intihar girişimi hastaları, bu çalışmaya dahil edilememiştir. İletişim bilgilerine ulaşılamayan ve çeşitli nedenlerle çalışmaya katılmak istemeyen hasta sayısı iletişim kurabildiklerimizden çok daha fazlaydı. Bu nedenle çalışmadaki bazı yorumların gücü azalmaktadır.

İkinci kısıtlılık; örneklem grubu, o bölgedeki tek bir hastanenin acil servisine başvuran hastalardan oluşuyordu. Hastanenin bulunduğu bölgede çeşitli sayıda hastane mevcut olduğundan ve tüm intihar girişimleri de örneklemin seçildiği hastanede tedavi edilmediğinden bu çalışmanın katılımcıları o bölgeyi doğru olarak temsil etmiyor olabilir. Bununla birlikte, demografik bilgiler açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

Üçüncü kısıtlılık, dürtüsel intihar girişiminde bulunanları tanımlamaya yönelikti. Girişimin dürtüsellliğini değerlendirirken literatüre dayanarak İNÖ'nün 2 maddesinden elde edilen bir ölçüm temel alındı. Daha önce çeşitli çalışmalarda bu 2 maddenin puanlanması farklı şekillerde değerlendirilmiştir. Dürtüsel intihar girişimlerini ayırt edebilecek tutarlı bir standart ölçütün olmaması, araştırmalar arasında farklı sonuçlara neden olmaktadır. Bu yüzden intihar girişiminin dürtüsellliğini değerlendirirken kullandığımız yöntem, intihar girişiminin dürtüsellliğini tam olarak yansıtmayabilir.

Dördüncü kısıtlılık, intihar girişimi ile ilk görüşmeler arasındaki sürenin uzunluğuydu. Bu durum acil serviste ilk müdahalelerinin ardından bazı hastaların ilgili klinikte tıbbi tedavi altında olması, bazılarının başka bir kurumda psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görmesinden kaynaklanmaktaydı. Girişimin üzerinden geçen süre arttıkça hastaların intihar girişimi ile ilgili koşulları hatırlama olasılığı da azalabilir.

7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimleri arasında girişimin tıbbi ciddiyeti açısından fark bulunmamıştır. Sosyodemografik özellikler, şimdiki intihar girişiminin özellikleri ve geçmiş intihar girişimi sayısı, Eksen I bozuklukları açısından benzer olarak bulunmuştur.

Bu çalışma, bir intihar girişiminin dürtüsel nitelikte olmasının onun tıbbi sonuçlarının yarattığı ciddiyetin, dürtüsel olmayan girişimlerden daha az olmadığını göstermektedir. Ayrıca bir intihar girişiminin dürtüsel olarak uygulanmasının, intihar girişiminde bulunan kişinin dürtüsel kişilik özelliklerine sahip olduğu anlamına gelmediğini, bu iki tanımın intihar davranışının iki farklı boyutunu işaret ettiğini düşündürmektedir.

Dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimlerini sınıflandırmanın yarattığı zorluk, çalışmalar arasında farklı sonuçlara neden olmaktadır. Bunun güncel psikiyatri uygulamalarındaki yansımaları, acil şartlarında değerlendirilen hastaların dürtüsel ve dürtüsel olmayan şekilde sınıflandırılmalarının daha da zor olabileceği ihtimalidir. Dürtüsel ve dürtüsel olmayan şeklindeki bu sınıflandırmanın intihar girişiminde bulunmuş bir hastaya olan yaklaşımı değiştirebileceği, dürtüsel girişim olarak değerlendirilen hastalarda varolan herhangi bir ruhsal bozukluğun daha az önemsenmesine yol açabileceği gözönünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışmada her ne kadar grupların ayrımı çok iyi yapılamamış olsa da dürtüsel olarak gerçekleştirilmiş intihar girişimlerinin tıbbi sonuçlarının ciddiyeti açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır.

Görüşmeler sırasında bazı hastaların intihar niyetini ve girişimin özelliklerini gizledikleri veya girişimleri hakkında yanlış bilgi verdikleri gözlemlendi. Klinik uygulamada dürtüsel olarak gerçekleştirilen intihar girişimlerinde, hastaların ölme niyetleri daha az olarak tahmin edilmekte ve bu durum onların hafife alınmalarına neden olabilmektedir. Ayrıca intihar girişiminde bulunmuş kişilere tıbbi olarak müdahale edilmediği takdirde nasıl sonuçlanacağını bilemediğimiz gibi, intihar sonucu ölmüş kişilerin intihar niyetini ve girişimi gerçekte planlı olarak mı yoksa dürtüsel olarak mı gerçekleştirdiğini kesin olarak bilmemiz de mümkün değildir. Bu

durumda intihar girişimlerinde dürtüsel ve dürtüsel olmayan şekilde yapılacak bir sınıflandırma, intihar girişiminin sonucu öngörmeye ve tedavi girişiminin seçiminde yardımcı olabilir.

İntihar ciddiyetinin göstergesi olarak girişimin dürtüsel olup olmadığı üzerine odaklanmak, dürtüsel olarak nitelendirilen girişimlerdeki risklerin gözden kaçmasına neden olabilir. Bununla birlikte böyle bir ayırım, klinisyenlerin bir kişinin kişilik özelliği olarak dürtüsellik göstermesi durumunda, intihar girişiminin de dürtüsel nitelikte olabileceğini varsaymasına yol açabilir. Bu da klinisyenlerin intihar girişimine karşı olan tutum ve yaklaşımını değiştirebilir.

Klinik pratikte dürtüsel ve dürtüsel olmayan intihar girişimleri şeklindeki bir sınıflama yerine tüm intihar girişimlerinin aynı nitelik ve önem derecesinde ele alınması gerekmektedir.

8. KAYNAKLAR

- AAS. (2013).
<http://www.suicidology.org/portals/14/docs/resources/factsheets/2013datapgsv2alt.pdf>.
- AFSP. (2015). <http://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>.
- Alptekin, K. (2008). *Sosyal hizmet bakış açısından genç yetişkinlerde intihar girişimlerinin incelemesi: bir model önerisi, Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.Köroğlu, E.* (2013). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ansell, E. B., Wright, A. G. C., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., & Hopwood, C. J. (2015). Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personality Disorders, 6*(2), 161–7.
<https://doi.org/10.1037/per0000089>
- Atasoy, N., Saraçlı, Ö., & Sankır, H. (2014). *Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik Ve Ailesel Risk Etkenleri* (1st ed.). Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları No: 2.
- Atay, I. M., Yaman, G. B., Demirdas, A., & Akpınar, A. (2014). Outcomes of suicide attempters in the emergency unit of a university hospital. *Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry, 15*(2), 124–131.
<https://doi.org/10.5455/apd.43672>
- Atay, İ. M. (2005). Isparta il merkezinde intihar girişimi, Uzmanlık Tezi.
- Ateşçi, F. Ç., Kuloğlu, M., Tezcan, E., & Yıldız, M. (2002). İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 5*, 22–27.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., & Prieto, R. (2001). A Prospective Study of the Paradoxical Relationship Between Impulsivity and Lethality of Suicide Attempts. *J Clin Psychiatry, 62*(7), 560–564.
- Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., & Braquehais Conesa, D. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 255*(2), 152–156. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0549-3>
- Bakım, B., Karamustafalıoğlu, K. O., & Akpınar, A. (2007). Alkol ve Diğer Madde Kullanım Bozukluklarında İntihar Girişimleri ve Tamamlanmış İntihar. *Journal of Dependence, 8*(2), 91–96.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American*

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1174–1182.
[https://doi.org/10.1016/S0890-8567\(09\)66563-1](https://doi.org/10.1016/S0890-8567(09)66563-1)
- Beck, A., Beck, R., & Kovacs, M. (1975). Classification Medical of Suicidal Lethality Behaviors : I . Quantifying Intent. *Am J Psychiatry*, 132(3), 285–287.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide*. Oxford, England: Charles Press Publishers.
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 51(2), 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.05.003>
- Brent, D. A. (1987). Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(1), 87–91. <https://doi.org/10.1097/00004583-198701000-00017>
- Brezo, J., Paris, J., Tremblay, R., Vitaro, F., Hébert, M., & Turecki, G. (2007). Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: a population-based study. *Psychological Medicine*, 37(11), 1551–1562.
<https://doi.org/10.1017/S0033291707000803>
- Brown, L. K., Overholser, J., Spirito, A., & Fritz, G. K. (1991). The correlates of planning in adolescent suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 95–99.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199101000-00014>
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>
- Carballo, J. J., Akamnonu, C. P., & Oquendo, M. A. (2008). Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Archives of Suicide Research : Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(2), 93–110. <https://doi.org/10.1080/13811110701857004>
- CDC. (n.d.). <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>.
- Conner, K. R. (2004). A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 34(2), 89–98.
<https://doi.org/10.1521/suli.34.2.89.32780>
- Corruble, E., Damy, C., & Guelfi, J. D. (1999). Impulsivity: A relevant dimension in depression regarding suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 211–215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00130-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00130-X)
- Coşkunol, H. (1994). SCID-II (Türkçe Versiyonu) Görüşmesinin Kişilik Bozukluklarındaki Güvenirliği, 9(32), 26–29.
- Daher, M. (2002). World report on violence and health. *Le Journal Médical Libanais. The Lebanese Medical Journal*, 51(2), 59–63. <https://doi.org/10.1136/ip.9.1.93>

- Deveci, A., Esen-danacı, A., Yurtsever, F., & Deniz, F. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü , İçgörü , Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Psychiatry (Abingdon)*, 19(3), 266–273.
- DSÖ. (n.d.-a). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- DSÖ. (n.d.-b). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.
- DSÖ. (n.d.-c). http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1.
- DSÖ. (2014). <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>.
- Durkheim E. (2013). *İntihar: Bir Toplum Bilim İncelemesi*, çev. İlkelen Z. Pozitif Yayınları.
- Ekici, G., Savaş, H. A., & Çıtak, S. (1999). Tamamlanmış İntiharlarda Alkol Madde Kullanım Öyküsünün Rolü. 35. *Ulusal Psikiyatri Kongresinde “sözel Bildiri.”*
- Ekici, G., Savaş, H. A., & Çıtak, S. (2001). Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: Fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 11(3), 168–173.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Miriam, G., & Williams, J. B. . (1996). Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). *Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.*
- Georges, M. (2008). *İntiharın Tarihi: İstemli Ölüm Karşısında Batı Toplumunu*, çev. Acar N. (1st ed.). Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
- Güleç, H., Tamam, L., Güleç, M. Y., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M., & Stanford, M. S. (2008). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 18, 251–258.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and Suicidal Behavior, 34(2), 1–21.
- Harmancı, P. (2015). Dünya’daki ve Türkiye’deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1(0). <https://doi.org/10.21020/SBFJOURNAL.05974>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- ICD-10. (n.d.). <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Horton, L., Ph, D., & Pfeffer, C. R. (2003). Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *American Psychiatric Association Practice Guidelines*.

<https://doi.org/10.1176/appi.book.9780890423363.56008>

- Jeon, H. J., Lee, J. Y., Lee, Y. M., Hong, J. P., & Won, S. H. (2010). Unplanned versus planned suicide attempters, precipitants, methods, and an association with mental disorders in a Korea-based community sample. *Journal of Affective Disorders, 127*(1–3), 274–280. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.027>
- Jylhä, P., Rosenström, T., Mantere, O., Suominen, K., & Melartin, T. (2016). Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Affective Disorders, 190*, 632–639. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.006>
- Karacaoğlu, E., Keten, A., Akçan, R., & İçme, F. (2013). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Olguların İncelenmesi. *Adli Tıp Dergisi / Journal of Forensic Medicine, 27*(1).
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 56*, 617–626.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2010). Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 40*(6), 612–619. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.612>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). Impulsivity and suicide risk: Review and clinical implications. *Cancer Network, 3*. Retrieved from <http://www.cancernetwork.com/special-reports/impulsivity-and-suicide-risk-review-and-clinical-implications/page/0/3>
- Lambert, M. T. (2003). Suicide risk assessment and management: focus on personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 16*(1), 71–76. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000049401.78338.bb>
- Lian, Q., Zuo, X., Lou, C., Gao, E., & Cheng, Y. (2015). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts: a multi-centre cross-sectional study in three Asian cities. *Journal of Epidemiology, 25*(2), 155–61. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20140084>
- Lim, M., Lee, S., & Park, J. (2016). Differences between Impulsive and Non-Impulsive Suicide Attempts among Individuals Treated in Emergency Rooms of South Korea, 389–396. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.4.389>
- Lundin, A., Lundberg, I., Allebeck, P., & Hemmingsson, T. (2012). Unemployment and suicide in the Stockholm population: A register-based study on 771,068 men and women. *Public Health, 126*(5), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.01.020>
- Lyu, J., & Zhang, J. (2014). Characteristics of schizophrenia suicides compared with suicides by other diagnosed psychiatric disorders and those without a psychiatric disorder. *Schizophrenia Research, 155*(1–3), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.018>

- Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *European Psychiatry*, 25(5), 268–271.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Nordström, P., Samuelsson, M., & Asberg, M. (1995). Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(5), 336–40. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7639090>
- Odağ C. (2002). *İntihar (Özkıyım): Tanım-Kuram-Sağaltım*. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları.
- Öncü, B., & Sakarya, D. (2013). Suicidal Behavior in Eating Disorders. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 48. <https://doi.org/10.5455/cap.20130504>
- Özkürkçügil, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Danacı, A. E., & Köroğlu, E. (1999). DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(4).
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (11th ed.). Ankara.
- Park, S., Hatim Sulaiman, A., Srisurapanont, M., Chang, S., & Liu, C.-Y. (2015). The association of suicide risk with negative life events and social support according to gender in Asian patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 228(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.032>
- Preti, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Camboni, M. V., & Miotto, P. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01641.x>
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88(1), 57–60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.1.57>
- Reyes-Tovilla, J. E., Hernández Yáñez, H. D., Peralta-Jiménez, Y., Ramon-Frias, T., & Juarez-Rojop, I. (2015). Differences between patients that made an impulsive or premeditated suicide attempt in a Mexican population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 49(1), 63–74. <https://doi.org/10.2190/PM.49.1.e>
- Rihmer, Z. (2007). Suicide Risk in Mood Disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17–22. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280106868>
- Rimkeviciene, J., Ogorman, J., & De Leo, D. (2015). Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors.

Journal of Affective Disorders, 171, 93–104.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.044>

- Robustelli, B. L., Trytko, A. C., Li, A., & Whisman, M. A. (2015). Marital discord and suicidal outcomes in a national sample of married individuals. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 623–632. <https://doi.org/10.1111/sltb.12157>
- Roy, A., Rylander, G., & Sarchiapone, M. (1997). Genetics of Suicide Family Studies and Molecular Genetics. *Annals of the New York Academy of Sciences, Volume 836*, 135–157. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52358.x>
- Russell, S. T., & Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91(8), 1276–1281. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.8.1276>
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz Pedro. (2015). Emergency Psychiatric Medicine. In *Kaplan&Sadock's Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (11th ed., pp. 763–774).
- Sanchez, F. (2010). *Understanding Suicide and Its Prevention: A Neuropsychological Approach*.
- Schneider, B., Schnabel, A., Wetterling, T., Bartusch, B., Weber, B., & Georgi, K. (2008). How do personality disorders modify suicide risk? *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 233–45. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.233>
- Schnyder, U., & Valach, L. (1997). Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 19(2), 119–129.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide*. John Wiley & Sons.
- Silenzio, V. M. B., Pena, J. B., Duberstein, P. R., Cerel, J., & Knox, K. L. (2007). Sexual orientation and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts among adolescents and young adults. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2017–2019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.095943>
- Simon, T., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32(1 Suppl), 49–59. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.5.49.24212>
- Spitzer, R. L., Gibbon, W. J., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I Disorders (SCID-I). *Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.*
- Spokas, M., Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2012). Characteristics of individuals who make impulsive suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1121–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.034>
- Suominen, K. H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Ostamo, A. I., & Lonnqvist, J. K. (2000). Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatrica*

Scandinavica, 102(2), 118–125. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002118.x>

- Suominen, K., Isometsä, E., Henriksson, M., Ostamo, a, & Lönnqvist, J. (1997). Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(2), 142–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb09919.x>
- Şimşek, H., Donmez, G., Binbay, T., Erkoyun, E., & Uçku, R. (2014). Manisa İlinde özkıyım girişimlerine ilişkin özellikler : Beş yıllık verinin değerlendirilmesi Retrospective evaluation of attempted suicides based on a register in the province of Manisa : Age and gender based variations of methods and. *Turk J Public Health*, 12(1).
- TCK. (n.d.). <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>.
- Turla, A., Aydın, B., Gündüz, M., & Boz, H. (2007). Şizofreni hastasında intihar : Bir olgu sunumu Suicide of a patient with schizophrenia : a case report, 74–78.
- TÜİK. (2015). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>.
- Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131(3), 174–184. <https://doi.org/10.1111/acps.12383>
- Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., & Chen, W. (2013). Comparison of impulsive and nonimpulsive suicide attempt patients treated in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 186–191. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.10.015>
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., & Hwu, H. G. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9–17. <https://doi.org/10.1017/S0033291798007867>
- Williams, C. L., Davidson, J. A., & Montgomery, I. (1980). Impulsive suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 90–94. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198001\)36:1<90::AID-JCLP2270360104>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198001)36:1<90::AID-JCLP2270360104>3.0.CO;2-F)
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide., 143(7), 609–610. <https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156477 9>
- Wyder, M., & De Leo, D. (2007). Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study. *Journal of Affective Disorders*, 104(1–3), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.02.015>
- Yalvaç, D. (2006). *İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi*. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yılmaz N. (2010). Sivas ilinde intihar girişiminde bulunan bireylerde psikopatoloji ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, Uzmanlık Tezi.

Yüksel, N. (2001). İntiharın Nörobiyolojisi. In 3. *Biyolojik Psikiyatri Kongresi*. Kapadokya.

Zeppegno, P., Gramaglia, C., Castello, L. M., & Bert, F. (2015). Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry*, 15, 13. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0392-2>

Zhang, J. (2014). The Gender Ratio of Chinese Suicide Rates: An Explanation in Confucianism. *Sex Roles*, 70(3–4), 146–154. <https://doi.org/10.1007/s11199-013-0333-9>



9. EKLER

EK-1



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2015.199	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Dürtüsellik Boyutunun İntihar Girişimlerinin Niteliği Ve Şiddeti İle İlişkisinin Araştırılması	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof.Dr.Kaan KORA	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih	
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımclar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula biltilirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.	

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyelığı	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya Katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Abla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Elif AYDINER KARAKOÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Telga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Figen DENİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Av. Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var - Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet - Hayır	

EK-2

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Başlık: Dürtüsellik boyutunun intihar girişimlerinin niteliği ve şiddeti ile ilişkisinin araştırılması

Katılımcının Adı, Soyadı:

Bu araştırmada acil servise intihar girişimi ile başvuran hastalarda dürtüsellik boyutunun ve psikiyatrik bozuklukların intihar girişimlerinin niteliği ve şiddeti ile ilişkisinin araştırılması ile ilgili bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Lütfen bu formu okuyunuz ve çalışmaya katılmayı kabul etmeden önce herhangi bir sorunuz varsa sorunuz.

Çalışmanın Amacı: Dürtüsellik boyutunun ve psikiyatrik bozuklukların intihar girişimlerinin niteliği ve şiddeti ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın yöntemi: Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırma için 2 seanslık görüşme yapılacaktır. Görüşmeler ortalama 90 dakika sürecek olup, araştırmada kullanılmak üzere 5 adet ölçek ve soru formları uygulanacaktır. Görüşmeler çalışmanın yürütücüleri tarafından yapılacaktır.

Riskler ve Faydalar: Bu çalışmaya katılmanın bilinen hiçbir riski yoktur. Çalışmaya katılmanın faydaları; karşılaşılan sorunlarla ilgili katılımcılara psikososyal eğitim verilecek, ihtiyaç duyan katılımcılara psikoterapi ve farmakoterapi seçenekleri hakkında bilgi verilecektir.

Bilime ve tıba katkıları: İntihar girişiminde bulunan kişilerde dürtüsellik boyutunun ve psikiyatrik bozuklukların intihar girişimlerinin niteliği ve şiddeti ile ilişkisinin araştırılması. Risk altındaki kişilerin tanımlanması, önleyici tedbirlerin alınması ve koruyucu programların uygulanabilmesinin öncülüdür. Çalışmamızın bu konudaki veri birikimine katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Gizlilik: Bu çalışmanın kayıtları kesinlikle gizli kalacaktır. Bunun için özel bir kodlama sistemi kullanarak kişisel bilgileriniz ile sizden alınan verilerin birbirleriyle ilişkilendirilmemesini sağlayacağız, kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışmanın Gönüllülük İlkesi: Bu çalışmaya katılma gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama kararınız Marmara Üniversitesi ile mevcut ya da gelecek ilişkilerinizi, Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde almakta olduğunuz sağlık hizmeti etkilemeyecektir. Katılma kararı alırsanız, istediğiniz zaman çalışmadan ayrılmakta özgürsünüz; Marmara Üniversitesi ilişkilerinizi, Marmara Üniversitesi Pendik ve Araştırma Hastanesi'nde almakta olduğunuz sağlık hizmeti etkilemeyecektir. Araştırmadan ayrılma kararı alırsanız önceden araştırmacıları haberdar etmenizi rica ediyoruz. Araştırmacı tarafından gerek görülen durumlarda araştırmadan çıkarılabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılmanız veya çıkmaz halinde, hastalığınız ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili gönüllüğünüzün herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiziniz, ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir

Sayın Dr. Kaan Kora ve Dr. Dilay Tunca tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

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

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Dilay Tunca'yı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan, 0216 6570606 /6403 'ten arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK-3

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:

- Adı Soyadı:
- Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
- Yaşı:
- Adresi:
- Telefonu:
- Doğum yeri:
- Eğitim düzeyi: Okur –yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Yüksekokul () Üniversite () Doktora ()
- Çalışıyor mu: Hayır () Evet ()
- Mesleği:
- Ailenin aylık toplam geliri:
- Sosyal güvencesi var mı: Yok () Var ()
- Medeni durumu: Bekar () Evli () Dul () Boşanmış ()
- Çocuğu var mı: Yok () Var ()
- Varsa kaç tane:
- Evli ise eşinin mesleği:
- Ailesi ya da kendisinde daha önce göç etme öyküsü:
 1. Yok ()
 2. Var ()
- Şu an kimlerle beraber yaşıyor:
 1. Tek başına
 2. Kendi ailesiyle (Karı/koca/çocuklar)

- 3.Ailesi ile (Anne/Baba/Kardeşler)
- 4.Geniş aile (Eş/çocuklar/anne/baba/diğer akraba)
- 5.Arkadaşlarıyla birlikte yaşıyor
- 6.Diğer. Belirtin.....

- Anne ve babanın durumu:
 - 1.Anne baba hayatta birlikte yaşıyor
 - 2.Anne hayatta, baba değil
 3. Baba hayatta, anne değil
 - 4.Anne-baba hayatta, ayrı yaşıyor
 - 5.Anne baba her ikisi de hayatta değil
 - 6.Diğer
- Anne baba ayrıldığında kaç yaşındaydı:
- Anne veya baba vefat ettiğinde kaç yaşındaydı:
- Dindarlık konusunda aşağıdaki ifadelerden hangisi durumuna en uygun:
 - 1.Dinsel inançları kuvvetlidir, gerekenleri aynen yerine getirir
 - 2.Düzenli ibadet etme de Allah'a inanır
 - 3.Bir yaratıcı güce inanır
 - 4.Dinsel inancı yoktur, dine ve Allah'a inanmaz
 - 5.Diğer(belirtin)
- Herhangi bir bedensel engellilik:
 1. Yok ()
 2. Var () (açıklayın)
- Ayaktan psikiyatrik tedavi öyküsü:
 - 1.Yok ()
 - 2.Var () (açıklayın, hangi ilaç)
- Yatarak psikiyatrik tedavi öyküsü:
 - 1.Yok ()
 - 2.Var () (açıklayın)
- Şu an kullanmakta olduğu herhangi bir psikiyatri ilacı var mı?
 1. Yok ()
 2. Var ()

- Sigara kullanımı
 1. Hiç kullanmamış
 2. Geçmişte kullanmış bırakmış
 3. Halen kullanıyor

- Sigara kullanıyorsa; ... yıl, ... adet /gün

- Alkol kullanımı
 - 1.Hiç kullanmamış
 - 2.Geçmişte kullanmış bırakmış
 - 3.Halen kullanıyor

- Alkol kullanıyorsa; yıldır

- Ne sıklıkta alkol alıyor:
 - 1.Ayda bir- iki
 - 2.Haftada bir
 - 3.Haftada iki
 - 4.Haftada ikiden fazla
 - 5.Hergün

- Madde Kullanımı (esrar, eroin, kokain, uçucu madde, yasadışı hap)
 - 1.Hiç kullanmamış
 - 2.Geçmişte kullanmış bırakmış
 - 3.Halen kullanıyor

- Kullanılan madde/maddeler:

- Bu güne kadar kendi vücuduna bir kez bile olsa isteyerek zarar verme (jiletle kesme, sigarayla yakma, vücudunu isteyerek darp etme vb.)?
 - 1.Yok ()
 - 2.Var ()

- Bugüne kadar bir başkasına bir kez bile olsa fiziksel şiddet uygulama:
 - 1.Yok ()
 - 2.Var ()

- Sürekli ilaç kullanımını gerektiren herhangi bir sağlık sorunu var mı?
 - 1.Yok ()
 - 2.Var () (açıklayın)

- Şimdiye kadar fiziksel istismar, cinsel istismar veya ihmal yaşama veya tanık olma:
 - 1.Yok ()
 - 2.Var () Tanımlayın

- Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendisini öldürmeyi düşündü?
 - 1.Asla ()
 - 2.Bir kez ()
 - 3.Bazen ()
 - 4.Sıklıkla ()
 - 5.Çok sık ()

- Şimdiki intihar girişimi yöntemi:
 1. İlaç ya da toksik madde
 2. Ateşli silah
 3. Delici-kesici alet
 4. Yüksekten atlama
 5. Boğma/Ası
 6. Tüp/Doğalgaz açma
 7. Diğer. Belirtin

- Bu fikrin aklına gelmesi ile girişim arasındaki süre:

- Girişimin olduğu yer:
 1. Kendi evi

2. Kendi evi dışında bir ev

3. İş yeri

4. Dışarıda. Belirtin

• Birisine hiç intiharda bulunacağımı söyledi mi?

1. Hayır

2. Evet () Kime

• Girişim sırasında yalnız mıydı?

1.Hayır ()

2.Evet () Belirtin

• Girişim öncesinde intihar mesajı:

1.Yok ()

2.Var () Açıklayın

• Girişimi gizlemek için önlem alma:

1.Yok ()

2.Var () Açıklayın

• Girişimden önce alkol alma:

1.Yok ()

2.Var ()

• Girişimden önce madde alma:

1.Yok ()

2.Var () Açıklayın

- İntihar girişimi ile amaçladığı:
- İntihar girişiminde bulunmak için seçilen yolun ölümle sonuçlanıp sonuçlanmayacağı hakkında bilgisi var mıydı?
 - 1.Yok ()
 - 2.Var ()
- İntihar girişiminde bulunmadan önce televizyonda izlenen intihar ile ilgili haber ya da filmlerin kişiyi etkilemesi:
 - 1.Yok ()
 - 2.Var ()
- Tıbbi müdahale :
 - 1.Acil serviste izlem
 - 2.Yoğun bakım
 - 3.Cerrahi müdahale
 - 4.İlgili serviste yatarak izlem. Belirtin
- Girişim sonrası hastanede kalış süresi:
- İntihar girişimi öncesi stres etmeni/yaşam olayı :
 - 1.Yok
 - 2.Ailevi sorunlar
 - 3.Ekonomik nedenler
 - 4.Duygusal ilişkiler
 - 5.Öğrenim başarısızlığı
 - 6.Sağlık sorunları
 - 7.İş ya da iş arkadaşları ile ilgili sorunlar
 - 8.Diğer. Belirtin

- İntihar girişimi sonucu:
 - 1.Girişimde ölmüş olmayı dileme, tekrar istek yok
 - 2.Tekrar girişimde bulunmayı düşünme
 - 3.Pişman ve tekrarlama düşüncesi yok

- Geçmiş intihar girişimi:
 - 1.Yok ()
 - 2.Var ()

- Varsa kaç kez:

- Varsa geçmiş intihar girişimi/girişimlerinin tarihi ve seçilen yöntemler neler:

- Geçmiş intihar girişimi/girişimleri sırasında bu fikrin aklına gelmesi ile girişim arasındaki süre:

- Geçmiş intihar girişimini/girişimlerini birisine söylemiş miydi?
 3. Hayır
 4. Evet () Kime

- Geçmiş girişimi/girişimleri sırasında yalnız mıydı?
 - 1.Hayır ()
 - 2.Evet () Belirtin

- Geçmiş girişim/girişimler öncesinde intihar mesajı:
 - 1.Yok ()

2.Var () Açıklayın

- Geçmiş intihar girişimi/girişimlerinden önce alkol/madde alımı:

1.Yok ()

2.Var ()

- Geçmiş girişimi/girişimleri gizlemek için önlem alma:

1.Yok ()

2.Var () Açıklayın

- Geçmiş intihar girişimi/girişimleri ile amaçladığı neydi:

- Geçmiş intihar girişimlerinde hastane başvurusu:

1.Yok ()

2.Var ()

- Geçmiş intihar girişimi/girişimlerinde hastane başvurusu:

1.Yok ()

2.Var ()

- Varsa geçmiş intihar girişimi/girişimlerinde hastanede kalış süresi:

- Geçmiş intihar girişimi/girişimlerinde herhangi bir tıbbi müdahale uygulanması:

1.Yok ()

2.Var () (açıklayın)

Aile Öyküsü:

- Ailede psikiyatrik hastalık:
1.Yok ()
2.Var ()

- Varsa tanısı :
- Yakınlık derecesi:

- Ailede intihar girişimi öyküsü :
1.Yok ()
2.Var ()
- Varsa yakınlık derecesi:

- Ailede intihar ile ölüm:
1.Yok ()
2.Var ()
- Varsa yakınlık derecesi :
- Varsa intihar yöntemi:

- Ailede alkol kullanım öyküsü :
1.Yok ()
2.Var ()
- Varsa yakınlık derecesi:

- Ailede madde kullanım öyküsü :

1.Yok ()

2.Var ()

- Varsa yakınlık derecesi:



EK-4

İNTİHAR NİYETİ ÖLÇEĞİ

(!!Anketöre not: İntihar girişiminde bulunmuş olanlara uygulanacak)

İntihar girişimi ile ilgili koşullar

1-İzolasyon

0 () Yanında herhangi biri var.

1 () Yakınında veya ilişkide olduğu biri var. Telefonla olabilir.

2 () Yakınında veya ilişkide olduğu kimse yok.

2-Zamanlama

0 () Zamanlama dikkate alınmamış

0 () Müdahaleye imkan verecek şekilde zamanlanmış

1 () Müdahale imkanı az olacak şekilde zamanlanmış

2 () Müdahale imkanı çok az olacak şekilde zamanlanmış.

3-Fark edilme ve-veya müdahale edilmeye karşı önlemler

0 () Önlem alınmamış

1 () Pasif önlemler almış. Örneğin; insanlardan kaçınmış fakat engelleyici müdahalelere karşı önlem almamış. Bir odaya kapıyı kilitlemeden kapanması gibi

2 () Aktif önlemler almış. Kendini bir odaya kilitlemiş.

4-Girişim süresince veya sonrasında yardım sağlayacak tarzda davranmış.

0 () Herhangi bir şey yapmamış.

0 () Girişimle ilişkili yardım edebilecek birine haber vermiş.

1 () Yardımcı olabilecek kişiyle ilişkiye geçmiş fakat özellikle girişimden bahsetmemiş.

2 () Yardımcı olabilecek kişilerle ilişki kurmamış.

5-Ölümü beklerken yapılan son eylemler

0 () Yok

1 () Ölümü beklerken bazı planlar yapmamış veya yapmayı düşünmüş.

2 () Kesinlikle planlar yapmış.-Vasiyetinde değişiklikler yapması, armağanlar bırakması, yaşam sigortasını iptal ettirmesi gibi.

6-İntihar girişimi için yapılan hazırlıkların derecesi

0 () Hiç bir hazırlık yok.

1 () Minimum veya orta düzeyde hazırlık

2 () Ciddi hazırlık

7-İntihar notu:

0 () Not yok.

1 () Not yazmayı düşünmüş veya yazmış ancak yurmuş.

2 () Not var.

8-İntihar girişiminden önce niyetin açıkça belirtilmesi

0 () Yok

1 () Belirsiz biçimde

2 () Acık bir biçimde

9-İntihar girişiminin amacı

0 () Temel olarak çevresini değiştirmek veya etkilemek.

1 () Hem çevresini değiştirmek ve etkilemek hem de bulunduğu çevreden kurtulmak.

2 () Tamamen kendi çevresinden kurtulmak.

Kendini değerlendirme:

10-Girişimin ölümcüllüğü ile ilgili beklentiler

0 () Ölümün pek olası olmadığını düşünmüş veya hiç düşünmemiş.

1 () ölebileceğini düşünmüş ancak pek ihtimal vermemiş,

2 () ölümün olası veya kesin olduğunu düşünmüş.

11-Kullanılan yöntemin öldürücü olmasına ilişkin kavramlar.

0 () Hiç düşünmemiş veya öldürücü olmayacak düzeyde uygulamış.

1 () Kullandığı yöntemin öldürücü olup, olmadığı konusunda emin değilmiş.

2 () Kullandığı yöntemin en az düşündüğü kadar veya düşündüğünden de öldürücü olduğunu düşünmüş

12-Girişimin ciddiyeti

0 () Yaşamım sonlandıracağım düzeyde ciddi bir girişim düşünmemiş.

1 () Yaşamımı sonlandıracağım düzeyde ciddi bir girişim olup, olmadığından emin değilmiş.

2 () Yaşamımı sonlandıracağım düzeyde ciddi bir girişim olarak düşünmüş.

13-Yaşamın devamına ilişkin çelişkiler

0 () ölmek istememiş.

1 () Yaşamayı veya ölmeyi önemsememiş.

2 () ölmek istemiş.

14-Girişimin geri dönülebilir olması

0 () Tıbbi müdahale sayesinde ölmeyebileceğini düşünmüş

1 () Tıbbi müdahale ile ölümün önlenebileceğinden emin değilmiş.

2 () Tıbbi müdahaleye rağmen öleceğinden eminmiş.

15-Girişimin tasarlanma derecesi

0 () Hiç düşünmemiş, impulsif.

1 () İntihar girişiminden 3 saat veya daha kısa süre önce tasarlamaya başlamış.

2 () İntihar, girişiminden 3 saatten daha uzun süre önce tasarlamaya başlamış.

Puanlanmayan bölüm:

16-Girişime tepki

0 () Girişimden dolayı pişman

1 () Hem girişimini hem de hayatta kalışını kabullenemiyor.

2 () Halen hayatta olduğuna pişman.

17-Ölümü gözünde canlandırmak

0 () Ölümü, ölmüşlerine kavuşmak veya ölümden "sonraki yaşam şeklinde canlandırıyor.

1 () Sonsuz bir uyku ve karanlık olarak canlandırıyor.

2 () Ölümü gözünde canlandırmamış veya aklına getirmemiş.

18-önceki girişimlerin sayısı

0 () Yok

1 () 1 veya 2

2 () 3 veya daha fazla kez.

19-Girişim sırasındaki alkol alımı

0 () Alkol alımı yok.

1 () Girişim sırasında ne yaptığımı bilmeyecek veya kafasını bulandıracak kadar alkol almış.

2 () Girişim için cesaret verecek kadar alkol almış.

3 () İlaç veya başka yöntemlerle girişimi gerçekleştirirken etkisini artırmak için alkol almış.

20-Girişim sırasındaki ilaç kullanımı

0 () ilaç kullanımı yok.

1 () Girişimi sırasında ne yaptığını bilmeyecek veya girişimin sonuçlarının farkında olamayacak kadar ilaç almış.

2 () Girişimi kendini engellemeden rahatlıkla gerçekleştirebilmek için ilaç almış.

3 () Girişim yönteminin etkisini artırmak için ilaç almış.



Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcanm.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-