

T.C.
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

ISPARTA İL MERKEZİNDE
İNTİHAR GİRİŞİMİ VE ÖLÜM DÜŞÜNCELERİ
EPİDEMİYOLOJİSİ

Dr. İNCİ MELTEM ATAY

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. İbrahim EREN

ISPARTA-2005

İÇİNDEKİLER

Önsöz	iv
Kısaltmalar	v
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
3.MATERYAL VE METOD	15
3.1 Araştırmanın Deseni ve Örneklem Seçimi	15
3.2. Kullanılan Anket Formu ve Tanı Aracı	16
3.3. Çalışmada Kullanılan Tanı Aracı ile İlgili Genel Bilgiler	16
3.4. İstatistiksel Analizler	17
4.BULGULAR	18
4.1. Görüşülenlerin Demografik Özellikleri	18
4.2. Görüşme Yapılan Kişilerin Sosyoekonomik Özellikleri	19
4.3. Görüşme Yapılan Kişilerin Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Öyküsü	20
4.4. Görüşme Yapılan Kişilerin Aile Öyküsü	21
4.5. Görüşme Yapılan Kişilerde İntihar Girişimi ve Eşlik Eden Stres Faktörü Öyküsü.....	22
4.6. Görüşme Yapılan Kişilerin Yaşam Boyu Ölüm ile İlişkili Düşünceleri ve Stresli Yaşam Olayı Öyküsü.....	24
4.7. Görüşme Yapılan Kişilerin Gelecekle İlişkili Düşünceleri	26
4.8. Görüşme Yapılan Kişilerin Dini İnançları ile İlişkili Düşünceleri	26
4.9. Ruhsal Bozuklukların Dağılımı	27
4.10. Yaşam Boyu Ölüm ile İlgili Düşünceler, İntihar Girişimi ile Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörler Arasındaki İlişkiler.....	28
4.11. Yaşam Boyu Ölüm ile İlgili Düşünceler, İntihar Girişimi ile Ruhsal Bozukluklar Arasındaki İlişkiler.....	41

4.12. Yaşam Boyu İntihar Girişimi ve Ölüm Düşünceleri Olan	
Bireylerde Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörlerin Dağılımı..	60
4.13. Yaşam Boyu İntihar Girişimi ve Ölüm Düşünceleri Olan	
Bireylerde Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörlerin Dağılımı..	66
5. TARTIŞMA	80
5.1. Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimi Yaygınlığı	80
5.2. İntihar Girişimleri ile İlişkili Özellikler	83
5.3. Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimi ile Sosyodemografik	
ve Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki İlişkiler	85
5.4. Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimi ile Ruhsal Hastalıklar	
Arasındaki İlişkiler.....	93
6. SONUÇ	99
7. ÖZET	101
8. SUMMARY	102
9. KAYNAKLAR	103
10. EKLER	112
Ek	112

ÖNSÖZ

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında yaptığım uzmanlık eğitimim süresi boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım öğretim üyesi hocamız sayın Prof. Dr. Ramazan Özçankaya'ya, tez ile ilgili çalışmalarım süresince her türlü yardımını gördüğüm tez danışmanım öğretim görevlisi ağabeyimiz Yrd. Doç. Dr. İbrahim Eren'e ve öğretim görevlisi ablamız Yrd. Doç. Dr. Duru Gündoğar'a, tez çalışmamda örneklem seçimindeki yardımlarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim görevlilerinden Yrd. Doç. Dr. Nesimi Kışioğlu'na şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca servis çalışmalarım sırasında katkıları nedeniyle hemşire kardeşlerimize ve her türlü koşulda yardımlarını gördüğümüz kliniğimiz personellerine sevgilerimi sunarım

Meslek yaşamım boyunca bana sevgi, saygı ve anlayışla destek olan aileme, bu konuda yardımlarını esirgemeyen eşim Op. Dr. Tolga Atay'a teşekkür ederim.

KISALTMALAR

Ark. : Arkadaşları

DİE : Devlet İstatistik Enstitüsü

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

SCID-CV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Clinical
Version



1. GİRİŞ

İntihar davranışı, bireyi, çevresini, toplumu ve sonraki nesilleri derinden etkileyen evrensel bir sorundur. Son yıllarda, özellikle genç popülasyonda giderek artan intihar ve intihar girişimi oranları, araştırmacıların ilgisinin bu konu üzerinde yoğunlaşmasına sebep olmaktadır. Kompleks bir davranış biçimi olması sebebiyle biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulduğu bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bir çok faktör tarafından etkilenmesi, kişinin ve ailesinin sosyal durumunu güçleştirebilmesi gibi nedenlerden dolayı, intiharla ilişkili etiyolojik ve epidemiyolojik çalışmalar sınırlı sayıda olup, bu çalışmaların kapsamı ve güvenilirliği de pek çok hastalığa göre daha düşüktür.

Tarih boyunca intihar olgusuna karşı toplum tutum ve inançları farklılıklar göstermektedir. Eski yazıtlarda intihara ilişkin bilgiler yer almakla birlikte, 19.yüzyılın sonuna kadar ilkel kabilelerde intihar olgusunun bulunmadığı iddia edilmiştir. Ancak daha sonraki araştırmalar bunu desteklememiş, ilkel insanlarda da intihar davranışının varlığı saptanmıştır. Çok eski çağlara kadar uzanan intihar davranışı psikiyatride en çok araştırılan ve halen çok kapsamlı araştırmalara ihtiyaç gösteren olgulardan birisidir.

Araştırmacılar arasında farklı görüşler olması ile birlikte, intihar davranışını sembolize eden sözcükler ilk kez 18.yüzyılda kullanılmaya başlanmış ve intihar kavramını karşılayan "suicidum" sözcüğü 1737 ve 1762'de "Akademi Sözlüğü"nde yer almıştır(10). Orta çağda da "Sui homicida" veya "Sui ipisis homicidum" kelimeleri ile kendini veya başkasını katletme arasında bir anlamı olan deyimler kullanılmıştır. "Suicide" terimi yerine "İntihar" sözcüğü Türkçe'ye ilk kez Tanzimat döneminde girmiştir. Bu sözcük Arapça'da kurban anlamında olan "nahr" sözcüğünden gelmektedir(5). Günümüz Türkçe'sinde hala kendini öldürme eylemi "İntihar" ya da "Özkıyım" kavramları ile karşılanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü intihar eylemini, "kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendisine zarar vermesi" olarak tanımlamıştır. İntihar kısaca kişinin özbenliğine yönelmiş bir saldırganlık hali olarak tanımlanabilir. Bir düşünce, bir eğilim, ya da bir girişim olarak karşımıza çıkar(7). İntihar ve intihar

girişimi tanımları istemli ve üzerinde düşünölmüş olarak kendine zarar verme niteliğini paylaşan fakat sonucu yani ölümlle sonuçlanıp sonuçlanmadığı açısından farklılık gösteren davranışlardır(9). Durkheim'ın, "Ölüme götüreceğini bilerek, olay kurbanı tarafından girişilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme 'intihar' ve olumsuz eylemin, ölüme yol açmadığı duruma da 'intihar girişimi' denir" tanımı oldukça kapsamlıdır(5,6).

"Parasuisid" terimi ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından intihar girişimi karşılığında tanımlanmaktadır. Ancak sadece çevreyi etkilemek amacıyla başlanan bir eylem, ölümlle sonuçlanabileceği gibi, kesin ölüm amacıyla başlanan bir eylem de kişinin kurtarılması sonucu "intihar girişimi" olarak kalabilir. Gerçekte, intiharın tanımını başlangıcı değil, sonucu belirlemektedir(6).

Epidemiyoloji, toplumda sağlık ve hastalıkla ilgili olayların belli bir yerde ve zamanda dağılımını ve bu dağılımı etkileyen etkenleri inceleyen bilim dalıdır(1-4). Psikiyatrik epidemiyoloji ise toplumda ruhsal bozuklukların dağılımını araştıran psikiyatri dalıdır. Epidemiyolojinin klinik psikiyatride katkıları: hastalık belirtilerinin belirlenmesi, hastalık riskinin hangi durumlarda olduğunun belirlenmesi, hastalık sonuçlarının belirlenmesi, tedavi etkisinin belirlenmesi ve hastalık sınıflandırmasının tamamlanması şeklinde tanımlanabilir(23). İntihar bir hastalık değil bir davranıştır, buna rağmen epidemiyolojik yaklaşımlar intiharın anlaşılmasında çok değerlidir(8). İntihar davranışı gibi kompleks bir olgunun karmaşık doğasını anlama, risk faktörlerini belirleme ve intiharı önleme çalışmalarında epidemiyolojik veriler, son derece önemli bilgiler vermektedir.

İntihar stres veren yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara kadar çok geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. Ciddi ölüm arzusu olabileceği gibi, kişi bu davranışıyla acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmiş olabilir. Bu yönüyle bir yardım çağrısı olarak kabul edilebilir(12). Tüm dünyada yapılan araştırmalarda, intihar ve intihar girişimlerinin sıklığı, biçimi, hazırlayan ve tetikleyen etkenler, klinik tablolar, eşlik eden ruhsal hastalıklar, biyolojik etkenler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkileri saptanarak risk faktörleri araştırılmakta, intihar davranışını anlama ve engellemede koruyucu tedavi stratejileri belirlenmeye çalışılmaktadır.

İntihar olgularının yaklaşık % 95'inde bir ruhsal hastalık öyküsünün mevcut olması sebebiyle ruhsal hastalıkların intihar riski açısından önemi büyüktür. Genel olarak intihar ile en çok ilişkili psikiyatrik bozukluklar, depresyon, alkol bağımlılığı, şizofreni ve kişilik bozuklukları olarak belirlenmiştir. Ruhsal bir hastalığı bulunan intihar olgularının yaklaşık % 80'inde depresyon mevcuttur. Depresyon intiharda en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluktur. Depresyonu olan olguların da intihar riski yaklaşık olarak % 15 olarak saptanmıştır(13).

Tüm bu veriler doğrultusunda, intihar olgusunu anlamada, toplumda intihar epidemiyolojisinin araştırılmasının, bu bağlamda intiharın ruhsal hastalıklar, sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler ile diğer risk faktörlerinin ilişkisinin belirlenmesinde, intiharı önleme çabalarında yararlı olacağı öngörülmüştür.



2. GENEL BİLGİLER

İntihar davranışı, kişinin kasıtlı olarak kendi yaşamına son vermesi şeklinde tanımlanırken; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar olarak üç komponenti içermektedir. İntihar düşüncesi, istemli olarak kendine zarar verme veya ölüm düşüncelerini içerirken, intihar girişimi istemli olarak kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır. İntihar ise ölümlü sonuçlanan intihar davranışı olarak nitelenmektedir(14).

İntihar davranışı son yirmi yılda dünya çapında ciddi bir problem olarak tanımlanmaktadır(21). Kültürel farklılıklar olmasına karşın, bir çok ülkede başlıca halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre intihar oranı toplumda yüz binde 15.1 olarak belirlenmiştir. Dünyadaki en yüksek intihar oranı yüz binde 95.3 ile Litvanyadır. Bu oranı yüz binde 87.4 ile Rusya izlemektedir (WHO, 2001). Amerika'da her yıl 30 000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir. İntihar oranları, 2001 yılı verilerine göre, Amerika'da 100 000'de 10.7 olarak bulunmuş ve 11. ölüm nedeni olarak bildirilmiştir(18). Çeşitli gelişmiş ülkelerde 9. ölüm nedeni olarak tanımlanmaktadır(17). Erkeklerde bu oran 100 000'de 24.0, kadınlarda ise 100 000'de 6.8'dir. Dünyada erkek ve kadın oranları karşılaştırıldığında, erkeklerde intihar oranı kadınlara göre 3.5 kat daha yüksektir. Bununla birlikte kadınlar erkeklere göre 4 kat daha fazla oranda intihar girişiminde bulunmaktadır(20, 21). İntihar girişimleri (parasuisid) hakkında epidemiyolojik veriler oldukça sınırlıdır. Ancak mevcut bulgular, intihar girişiminin ölümlü sonuçlanan intiharlara göre 10 kat daha fazla oranda bulunduğunu öngörmektedir (15, 16). Her 6 yetişkinden 1'i yaşamlarının herhangi bir döneminde intihar düşüncelerinin olduğunu tanımlamakta ve % 5.5'inin de intihar girişiminin bulunduğu bildirilmektedir(19).

İntihar sıklığı oranları ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir. İskandinavya, İsviçre, Almanya, Avusturya, doğu Avrupa ülkeleri ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerde 100 000'de 25 gibi yüksek oranlar bildirilirken, İspanya, İtalya, İrlanda, Mısır ve Hollanda'da oranlar 100 000'de 10'un altında seyretmektedir(20).

Ülkemizde intiharlar 1962'den beri DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü) tarafından tüm yerleşim yerlerinde derlenmektedir. DİE verilerine göre, 1997 itibariyle ülkemizde 1990 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. Bunun 1156'sı erkek 834'ü kadındır. Bu tarih itibari ile intihar oranı 100 000'de 3.3'tür. Ülkemiz nüfusunun büyük bir kısmının 15 yaşından küçük olduğu göz önüne alınarak bu oran 15 yaş ve üstü için hesaplandığında 100 000'de 4.3 olarak bulunmuştur. Erkek/kadın oranı ise 1.4'tür(12). 2000 yılı verilerine göre ülkemizde toplam intihar sayısı 1802 (114'ü erkek, 688'i kadın) dir. Ortalama intihar oranı yüz binde 2.76'dır. En yüksek oran Ege Bölgesi'nde, en düşük oran ise Karadeniz Bölgesi'nde saptanmıştır. Onbeş-yirmidört yaş grubu intiharın en sık görüldüğü yaş grubudur. İntihar nedenleri açısından incelendiğinde, hastalık yüzde 27.75 ile ilk sırada gelmektedir. Kadınlarda aile geçimsizliği yüzde 36.05 ile ilk sırada bulunurken, erkeklerde geçim zorluğu hastalıktan sonra ikinci sırada yer almaktadır. En sık kullanılan intihar yöntemi, hem erkeklerde hem de kadınlarda asıdır. Ateşli silahla intihar oranı ise son yıllarda artış göstermiştir.

İntihar davranışında, araştırmacıların çok çeşitli yaklaşımları olması ile birlikte genel anlamda sosyolojik, psikolojik ve biyolojik etkenlerden söz edilebilir.

Sosyolojik açıdan bakıldığında Bu konuyu ilk ele alan 19. yüzyılda Fransız sosyolog Durkheim olmuştur. Durkheim'a göre, intihar eden kişi ile toplum arasındaki ilişki bozulmuştur. Durkheim intiharları egoistik, alturistik ve anomik olarak üç sosyal kategoriye ayırmıştır. Egoistik intihar, herhangi bir sosyal grupla güçlü şekilde bütünleşmemiş olan kişilerin intiharıdır. Aile bağlılığının olmaması, niçin evlenmemişlerin evlilere göre intihara daha açık olduğunu ve niçin evli ve çocuklu çiftlerin en çok korunan grup olduğunu açıklamada kullanılabilir. Kırsal topluluklar kentsel alanlara göre daha fazla sosyal bütünleşmeye sahip olduğundan intihar daha azdır. Alturistik intihar, intiharın bir gruba aşırı bağlılıktan kaynaklanan, intiharın bu aşırı bağlılığın ürünü olduğu (örneğin Japon askerlerin kendilerini bir çarpışmada kurban etmesi) gruba uyar. Anomik intihar ise toplumla bütünleşmesi bozulan, bu nedenle alışılmış davranış biçimlerinden mahrum kalan kişilerin intiharıdır. Anomi ekonomik durumu ani bir şekilde değişenlerin zenginliğini kaybetmeden önceki durumuna göre niçin intihara daha yatkın hale geldiğini açıklayabilir. Anomi aynı zamanda toplumun standart ve değerlerinin yıkılması ile

olan sosyal değişkenliği anlatır(20). Bu teorilere göre kişilerin toplumla btnleşebilmeleri intihar oranlarını düşürebilir(6).

Freud'un geliştirdiği psikoanalitik kurama göre ise, intihar içşelleştirilmiş, ambivalan bir sevgi objesine yönelmiş saldırganlığın ie dönmesini temsil ettiği inancı savunulmaktadır. Freud'a göre intihar depresyonla ilişkilidir ve depresyonun sonunda ortaya çıkan en ağır durumdur. Bu kurama göre kişi gerçekte ya da düşsel olarak bir nesne kaybı yaşamakla (yakın kaybı, ölümü vb.), kişi o nesneyi içine almakla onunla bütünleşmekte, daha sonra kaybedilen nesneye duyduğu ambivalan duyguları nedeniyle düşmanca duygularını kişi kendi benliğine yöneltmektedir. Bu saldırganlığı yönelten kişinin speregosudur. Böylece intiharın mantığı oluşturulmuş olur(30).

Menninger, Kendine Karşı İnsan'da (Man Against Himself) Freud'un fikirlerini geliştirerek, intiharı hastanın başka bir kişiye olan kızgınlığının bir sonucu olarak tersine dönmüş cinayet, tersine dönmüş homisid olarak ifade etmektedir. Menninger aynı zamanda intiharda  komponent tanımlamıştır: ldrme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği(20). Litman ise intihar davranışının temelinde hostilitenin dışında terk edilme, çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, öfke, anksiyete ve bağımlılığın da önemli bir rol oynadığı üzerinde durmuştur(24).

Biyolojik yaklaşımda, nörotransmitter seviyelerindeki bozukluklar ile şiddet ve dürtüsellik ve intihar davranışı arasında bir ilişki olduğunu gösteren güçlü deliller mevcuttur. Depresyonda yapılan biyolojik çalışmalar ve genetik eğilim de intiharın biyolojik temelini destekler niteliktedir. Bu doğrultuda yapılan bazı çalışmalarda beyin serotoninerjik fonksiyonunun intihar drtsnde önemli bir faktör olduğu üzerinde durulmuştur. Özellikle BOS 5HTAA düşüklüğü ile intihar arasında ilişki olduğu bildirilmektedir(29). İntihar girişiminde bulunan kişilerde, fenfluramin'e prolaktin yanıtının ve BOS (beyin omurilik sıvısı)'ta serotonin metabolitlerinin azaldığı saptanarak serotonin fonksiyonunun azaldığı gösterilmiştir. İntihar kurbanlarında yapılan bazı otopsi çalışmaları sonucunda, ventrolateral prefrontal kortekste serotonin aktivitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Postmortem çalışmalarda serotoninerjik nöronlarda presinaptik bağlanmada azalma yanı sıra postsinaptik 5HT2 bağlanma bölgelerinde kompensatuar artma olduğu belirtilmektedir(25). Bir çalışmada intihar girişiminde bulunanlarda serotonin öncüsü

olan triptofan aminoasitinin, serumdaki diğer aminoasitlere oranının çok daha düşük seviyelerde saptanması sonucunda, triptofan oranlarının intihar riskini belirlemede öncü olabileceği öngörülmüştür(28).

Bazı araştırmacılar intihar kurbanlarında, noradrenerjik sistemde düzensizlik sonucu frontal kortekste β adrenerjik reseptör bağlanmasında önemli artış olduğunu bildirmektedir. Yine bazı çalışmalarda intihar ile BOS'ta düşük HVA düzeyleri arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Prepubertal dönemdeki çocuklar ve ergenlerde intihar ile ilgili yapılan biyolojik çalışmalar da yetişkindekilerle benzer sonuçlar vermiştir. Çok çeşitli araştırmalar yapılmakla birlikte, hem erişkinde hem de ergenlerde hipotalamohipofizoadrenal eksen ilişkisi ve artmış kortizol seviyeleri benzerdir(26, 27). Yapılan bir çalışmada şiddet içeren yöntemlerle yapılan intihar girişiminde bulunmuş kişilerde kortizol salınımının arttığı ve noradrenerjik fonksiyonun azaldığı saptanmıştır. Ayrıca serum total kolesterolü ile intihar arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalarda, düşük serum kolesterolü ile artmış impulsivite ve intihar eğilimi bulunmuştur(29). Son yıllarda giderek artan teknolojik olanaklarla birlikte intihar davranışında nörobiyolojik faktörlere ilişkin bulgular giderek artmaktadır.

İntihar ve intihar girişimlerinin dağılımında etkili bir çok risk faktörü belirlenmeye çalışılmıştır. Yaş ve cinsiyet açısından bakıldığında tamamlanmış intiharların en çok 65 yaş üzerinde gerçekleştiği, hatta Amerika'da 85 yaş üzerinde bu oranın yüz binde 59 ile en yüksek seviyeye ulaştığı bildirilmiştir(31). Ancak son 20 yılda genç intiharların oranı da yükselmiştir. İntiharlar adolesan ve genç erişkinleri de etkilemektedir. 15-24 yaşlar arasında yüz binde 10.3 ile kaza ve homisidi takiben üçüncü ölüm nedeni intihardır(18). Türkiye'de tamamlanmış intiharlar, Avrupa ülkeleri ve Amerika'dan farklı olarak 15-24 yaşlar arasında pik yapmaktadır(32). Ergenlerde intihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansının %3.5 ile %11 arasında olduğu bildirilmektedir (McKeown RE 1998). Amerika'da her yıl 1 milyon ergen intihar girişiminde bulunmakta, bunların 700.000' inde tıbbi izlem gerekmektedir. Bunlardan yaklaşık 1600'ü intihar sonucu kaybedilmektedir(33). Araştırmacılar bu sonuçları intiharın özellikle 15 yaşından sonra arttığı şeklinde yorumlamışlardır. 15-24 yaşlar arasındaki intihar hızı artışının temel nedeninin son yıllarda gençler arasında artan depresyon hızı ve alkol tüketimi olduğunu ileri süren

görüşler mevcuttur(8).Avrupa'da erkeklerde 15-44 yaşlar, kadınlarda ise 25-44 ve 65-74 yaşlar intihar girişimlerinin en sık gözlemlendiği yaş gruplarıdır. Türkiye'de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş grubu 15-24 ve 25-34 yaşlarıdır ve bu yaşlar tamamlanmış intiharlardaki ile aynıdır(34, 35).

İntihar girişimi ve tamamlanmış intihar oranları cinsiyetler arasında farklılıklar göstermektedir. Erkekler daha çok tamamlanmış intihar oranlarına sahipken, kadınlar daha çok intihar girişiminde bulunmaktadır(36). İntihar davranışı ırk ve etnik özelliklere göre de farklılıklar göstermektedir. Amerika'da beyazlarda intihar oranı yüz binde 11.7 iken siyahlarda yüz binde 5.5 olup, beyazlarda iki kat fazladır(18). Tüm tamamlanmış intiharların yüzde 75'i beyaz erkekler tarafından gerçekleştirilmektedir(37).

Dini inançlar ile intihar oranları arasında bir ilişki olabileceğine dair deliller mevcuttur. Tarihe bakıldığında Romalı Katolik nüfusta intihar oranlarının Protestan ve Musevi'lere göre daha düşük olduğu görülmüştür(20). DİE'nün 2000 yılı intihar oranlarına göre ülkemizdeki intihar oranlarının diğer ülkelere göre düşük olmasının altında yatan nedenlerden birinin diğer bazı sosyal faktörlerle birlikte dini inançlar olabileceği öngörülebilir.

Medeni durum bir başka dikkat çeken faktördür. Bekar veya boşanmış olmak intihar girişimleri açısından riski artıran bir faktör olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmasında bekarların çalışma süresince en yüksek intihar oranlarına sahip oldukları gözlenmiştir(36). Bir çok araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (38-40). Bir hipoteze göre bekar veya boşanmış kişilerdeki yüksek intihar girişimi oranlarının yalnız yaşama ile ilişkili olduğu şeklindedir. Ancak diğer araştırmalar nedenin bu kadar basit olamayacağı üzerinde durmuşlardır. Bir çalışma sonucunda intihar girişiminde bulunmuş bekar veya boşanmış kişilerin yalnız yaşamadıkları ortaya konmuştur. Bekarların yüzde 67'sinin ve boşanmış olguların yüzde 52'sinin bir başka kişi ile birlikte yaşadığı, gerçekte intihar girişiminde bulunan olguların yalnızca yüzde 22'sinin yalnız yaşadıkları tespit edilmiştir(50). Bu bulgularla, altta yatan nedenler açısından boşanma sonrası kişiler arası sorunlar, yalnızlık ve sosyal desteklerin yetersizliği gibi faktörler netleştirilmelidir. Ayrıca uzunlamasına verilerin yetersizliği

nedeniyle bekar veya boşanmış olmanın intihar girişimi açısından bir neden mi sonuç mu olduğu açık değildir(21).

Ailesel faktörler de intihar davranışında göz ardı edilmemesi gereken faktörlerdendir. Özellikle intihar eden ergenlerde aile, kardeş ve akranlarıyla ilişkilerinde sorunlar mevcuttur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, intihar girişimi olan gençlerin kendilik imgelerinin aile ilişkileri boyutunda önemli aksaklıklar olduğu, ailede çocuk sayısının fazlalığının, fiziksel ve ruhsal hastalıklar olmasının intihar girişimlerinde ek bir faktör olabileceği saptanmıştır. Aile ilişkilerinin özellikle kız ergenler için önemli olduğu sonucuna varılmıştır(42). Ailede intihar veya intihar girişimi öyküsünün bulunması, erken ana-baba kaybı, fiziksel ve cinsel istismar gibi etkenler tüm araştırmacıların intihar davranışında görüş birliği içinde olduğu risk faktörleridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmasında erkek olguların yüzde 10'nun kadınların ise yüzde 6'sının intihar girişiminden önce yaşam şartlarının değiştiğini, sıklıkla da yalnız yaşamaya başlama veya huzurevinde yaşamaya başlama gibi durumlar saptanmıştır(36). Hjelmeland'a göre yaşam yerinin değişikliği 12 ay içerisinde intihar girişimini artıran risk faktörlerindedir(39). Evde çocukların varlığı intiharda koruyucu etkenlerden sayılabilir. İntihar girişiminde bulunan bir eş ve çocuklar ile yaşayan ve yaşamını yalnızca bir eşle sürdüren kadınların intihar girişimi oranları rölatif olarak yüksek oranda bulunmuştur(36). Ayrıca Appleby ve Turnbull, postpartum kadınların intihar girişimi oranlarının, postpartum depresyon oranları yüksek olmasına rağmen, çok daha düşük olduğunu saptamışlardır(43).

Sosyoekonomik yoksunluk intihar girişimlerinin önemli bir risk faktörüdür. Aynı zamanda düşük eğitim düzeyi veya sosyal statünün düşmesi gibi etkenlerle de ilişkili olduğu belirlenmiştir(36, 40, 44). İntihar girişiminde bulunanlarda sosyal destabilizasyon ve fakirlik genel topluma oranla daha sıktır(36). Platt işsizlerdeki intihar ve intihar girişimlerinin genel nüfusa göre belirgin olarak daha çok olduğunu, benzer şekilde işsizler arasında, işi olanlara göre, intihar ve intihar girişimi oranlarında daima dikkati çekecek şekilde yükseklik olduğunu belirtmektedir(45). Genel nüfusa göre intihar girişiminde bulunan kişiler arasında işsizlik oranı belirgin şekilde daha yüksektir ve işsiz kişiler arasında intihar girişimi hızları devamlı olarak iş sahibi olanlar arasındaki hızlara göre daha yüksektir. Ek olarak intihar girişimi riski işsizlik süresi ile pozitif bir korelasyona sahiptir(21). İşsizliğin olmadığı

zamanlarda ve savaş zamanlarında intihar oranları azalmaktadır. Mesleki sıralamada profesyoneller, özellikle doktorlar, intihar açısından geleneksel olarak en büyük riske sahip olarak kabul edilmektedir(20).

Zaman açısından bakıldığında çeşitli değişik görüşler olası ile birlikte intihar oranlarının ilkbahar ve sonbaharda hafifçe arttığı gösterse de intiharlar hiçbir mevsimde bir yığılma göstermemektedir(20).

İntiharlar ile bedensel hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Postmortem çalışmalar intihar eden kişilerin yüzde 25-75'inde bedensel bir hastalık olduğunu göstermektedir. Oranlar yaşla birlikte artmaktadır. İntihar eden kanserli erkeklerin % 50'sinin tanısı intihardan önceki son bir yılda konmuştur. Santral sinir sistemi (SSS) hastalıkları da intihar riskini artırmaktadır. Epilepsi, multiple skleroz, demans, Huntington hastalığı, kafa travmaları, SSS'ni etkileyen AIDS ve kardiyovasküler hastalıkların hem depresyon riskini, hem de intihar riskini artırdığı bilinmektedir. Cushing hastalığı, Klinefelter sendromu ve porfiri gibi endokrin hastalıklarda, prostat hipertrofisi ve hemodiyaliz ile tedavi edilen böbrek yetmezliğinde hem depresyon, hem intihar riski artmaktadır. Ayrıca kortikosteroidlerin, bazı antihipertansif ve antineoplastik ilaçların kullanımı da depresyon ve intihar riskini artırdığı bilinmektedir. Fiziksel hastalığı olanlarda intihar davranışı riskinin indikatörleri depresyon, anksiyete, önceden intihar davranışının bulunması, intihar düşünceleri, umutsuzluk, ağrı, krizler, tepkisel davranış, madde kötüye kullanım sorunu, aile, iş ve maddiyat ile ilgili sosyal sorunlar ve hastalık sürecinde görülen stres dönemleridir(46).

Daha önce intihar girişimi öyküsü varlığı intihara ilişkin en önemli öncü faktörlerdendir(48). Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan erkeklerin yüzde 42'sinde, kadınların yüzde 45'inde geçmiş intihar girişimi öyküsü bulunduğu saptanmıştır(36). Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilerek, oranın yüzde 20-50 arasında değiştiği belirtilmiştir.(40, 49, 50,51). İntihar girişimlerinin yüzde 15-20'si bir önceki girişimden önceki bir yıl içerisinde gerçekleşmiştir(55). Ancak her ne kadar geçmiş intihar girişimi öyküsü önemli bir anahtar rol oynasa da, tamamlanmış intiharların üçte ikisinin ilk girişimde gerçekleştiği unutulmamalıdır (52). Hawton'a göre tekrar intihar girişiminde bulunma ile ilgili risk faktörleri, önceden hastaneye yatmayı gerektiren bir intihar girişimi, alkol veya madde kullanım

sorunları, kişilik bozuklukları, yalnız yaşamak, önceden ayaktan veya yatarak psikiyatrik tedavi görmek, suç kaydının bulunması, şiddet hikayesi, işsizlik ve düşük sosyal sınıf şeklinde toparlanmıştır(41). Kendini yaralama davranışı (self-mutilasyon) her ne kadar intihar girişimi ile aynı şey olmasa da, intihar girişimi açısından bir risk faktörüdür. Bir çalışmada kendini yaralama davranışı epizodu bulunanların yüzde 3-5'inin 5-10 yıl içinde intihar ettikleri bildirilmiştir(53). Yapılan araştırmalar, kendini yaralama davranışının tedavisinin, intihar girişimini veya tamamlanmış intihar girişimlerini büyük ölçüde azaltabileceği lehine olmuştur(54).

İntihar araçlarına ulaşılabilirlik ile intihar oranları arasında paralellik gözlenmektedir. Özellikle ergenlerde bu durumun belirgin olduğuna dair yayınlar mevcuttur(56, 57).

Amerika'da tamamlanmış intiharlarda, en sık kullanılan yöntem, hem kadınlarda hem de erkeklerde ateşli silahlardır. İkinci sırada ise kadınlarda ilaç, erkeklerde ası gelmektedir. İntihar girişimlerinde aşırı doz ilaç alımı tüm girişimlerinin yüzde 70'ini oluşturmaktadır(60). Acil servislerde yapılan retrospektif bir çalışmada, tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemin yüzde 41 ile ası olduğunu, bunu yüzde 21 ile yüksekten atlamanın izlediği bildirilmiştir. İntihar girişimlerinde ise ilaçlar yüzde 54 ile en sık yöntemdir. Yasal olmayan maddelerle (yüzde 17) zehirlenmenin çok öne çıktığı da belirtilmiştir(59).

İntihar yöntemleri içerisinde ası, her iki cins için de en sık kullanılan yöntemdir (erkekler için yüzde 39,5 ve kadınlar için yüzde 45,9), bunu artan oranlarda ateşli silahların kullanıldığı intiharlar (erkekler için yüzde 29,8 ve kadınlar için yüzde 26,2) ve yüksekten atlama (erkekler için yüzde 17,5 ve kadınlar için yüzde 18) izlemektedir(58). Erkekler ve kadınlar arasında intihar girişimi amacı ile en sık kullanılan yöntemin kendini ilaçlarla zehirleme olduğunu bildirilmiştir (erkeklerde %78.9, kadınlarda %92.7) (61).

İntihar girişiminde bulunmuş erkeklerde, yaşlılarda, hiç evlenmemiş, boşanmış veya dul olan ve yalnız yaşayan kişilerde ölüm niyetinin daha yüksek olduğu ve intihar girişiminin ciddiyeti ve ölüm niyeti arttıkça hastalardaki depresyon düzeyinin arttığı bildirilmektedir(20, 62).

İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin girişimden önce sıklıkla anne babaları ve kardeşleri, erkek veya kız arkadaşları ile tartıştıkları, okul, iş yeri

sorunları yaşadıkları bildirilmektedir. Yaşam olaylarının intihar girişimleri üzerine olan etkisi yadsınamaz. Objeye veya statü kayıplarını takiben ilk bir ay ve özellikle ilk gün intihar riskinin en yoğun olduğu dönemdir. Yaşlılarda ise intiharla ilişkili yaşam olayları kronik bedensel hastalıklar, eşin ölümü, bedensel olarak başkalarına bağımlı hale gelmek, bir bakımevinde yaşamaya başlamak, emeklilik ve sosyal statünün kaybedilmesi ve ilişki sorunları sayılabilir. Ayrıca bir yerde göçmen olarak yaşayanlarda intihar oranı doğup büyüdüğü yerde yaşayanlara göre daha yüksektir(58). Başkasının intihar davranışına şahit olmak da risk faktörleri arasında sayılan yaşam olaylarından biridir. Bir çok yazar taklidin intihar davranışında rolü olduğunu ileri sürmüştür(55). Bu açıdan bakıldığında özellikle genç erişkin ve ergenler de göz önüne alındığında, medyanın intihara bakışının önemi ortaya çıkmaktadır.

İntihar eden kişilerin yüzde 80'i bu düşüncelerini girişimden önce dile getirmektedirler. Çalışmalarda dikkati çeken özellik vakaların yüzde 50'sinin intihardan önceki ayda, yüzde 25'inin ise intihardan önceki hafta içinde tıbbi yardım için başvuruda bulduklarıdır(63).

İntihar davranışında klinik risk faktörleri de ortaya konmuş olup, ruhsal hastalıklar ile intihar arasında çok yakın bir ilişki olduğu bildirilmiştir(64). Tamamlanmış intihar olgularının %90'dan fazlasında o anda bir ruhsal hastalığın varlığı tanımlanmıştır(65). İntihar girişiminde de en sık bildirilen tanı duygudurum bozuklukları özellikle de depresyondur(21). Olguların %80'ini depresif bozukluklar, %10'unu şizofreni, %5'ini ise deliryum ve demans oluşturmaktadır. Tüm bu olgular arasında,%25'inde alkol bağımlılığı ve komorbidite söz konusudur. Psikiyatrik hastalar intihar riski açısından hasta olmayanlara göre 3 ila 12 kat daha fazla risk altındadır(20). Birçok çalışmada intihar kurbanlarının yaklaşık % 45'inin primer bir depresif bozukluğa sahip olduğu bulunmuştur. Depresyonlu hastalarla yapılan izlem çalışmalarında da, her altı depresyon hastasından birinin (% 15) intihar sonucu yaşamını kaybettiği bulunmuştur. Orta ve ağır derecede depresyonlu hastaların % 75'inde intihar düşüncelerine rastlanır. Ağır depresyonlarda herhangi bir andaki intihar riski % 11- 17 arasındadır(66). Depresyonda bipolar, unipolar, psikotik olan ve olmayan tipler arasında intihar riski açısından fark bulunmamıştır. Melankolik özellik gösteren depresyonda intihar daha fazladır (Black ve ark. 1988). Kadın

hastalar daha fazla intihar girişiminde bulunurken, ölümlerle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazladır. Bu erkek hastaların çoğunluğunda da, birden fazla ruhsal rahatsızlığın bir arada yaşandığı bulunmuştur. Genç kurbanlarda kişilik bozukluğu, yaşlılarda ise fiziksel hastalıklar daha sık bulunmuştur. Kurbanların % 75'i psikiyatrik tedavi alma öyküsü verirken, % 45'i halen bir tedavi altında bulunmaktadır. 954 hastanın ileriye dönük incelenmesi sonucunda kısa dönem ve uzun dönem risk etkenlerinin farklı olarak ele alınması önerilmiştir. *Kısa dönem risk etkenleri*; Panik atakların varlığı, fiziksel anksiyete, ağır ilgi ve zevk kaybının olması, anksiyeteden depresyona ya da tersi yönde dönüşebilen karmaşık duyguların varlığı. *Uzun dönem risk etkenleri*: Umutsuzluk duygusu, intihar düşüncelerinin olması ve önceki intihar girişimlerinin varlığı şeklindedir(67). Depresyonda umutsuzluk duygusunun, intihar davranışında bağımsız bir risk faktörü ve öngörücü olduğunu belirten bir çok çalışma mevcuttur(64).

Alkol kullanım bozukluklarında da intihar oranı yüksek olup, yaşam boyu intihar oranı % 2,2-3,4 arasındadır. Alkol bağımlılarında intihar girişimindeki hazırlayıcı etkenler erkek olmak, uzun yıllar alkol kullanımı, yakın zamanda ağır içme epizodunun olması, birlikte depresif bir bozukluğun varlığı, yakın ilişki kaybı, yalnız yaşama, sosyal desteğin zayıflaması veya olmaması, yasal sorunların varlığı, işsizlik ve benzeri mesleki ekonomik zorluklar, intihar düşüncelerinin varlığı şeklindedir. Eroin bağımlılarında ise toplumun 20 katı fazla risk tespit edilmiştir(67).

Şizofreni hastalarında intihar sonucu ölüm oranı yüksektir ve bu hastaların yaklaşık % 10'u intihar sonucu ölmektedir. Birçok şizofreni hastası, hastalığın ilk yıllarında intihar girişimi sonucu ölmektedir. Büyük kısmı evlenmemiş erkek hastalardır. Bu hastalarda depresif belirtilerin ortaya çıkması intihar girişimi açısından büyük risk oluşturmaktadır(67). Yalnızca küçük bir yüzdesi hallusinasyonları doğrultusunda veya perseküsyon hezeyanlarından kurtulma amacı ile intihar girişiminde bulunmaktadır. İntihar eden hastaların 1/3'ü hastanede yatarken, diğer 1/3'ü taburculuğu takip eden birkaç ay içinde intihar etmiştir(20).

Sınır (borderline) ve antisosyal kişilik bozukluğunda intihar riskinin artmış olduğu psikolojik otopsi çalışmalarında bildirilmiştir. Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastaların yaklaşık %5'i intihar girişiminde bulunmaktadır(20). Bu durum kişilik bozukluğu olanlarda depresif bozukluk ve alkol bağımlılığı yatkınlığı ile

ilişkili olabileceği gibi, ilişki ve sosyal uyumdaki güçlükler, kötü yaşam olayları da etkindir. Kişilik bozukluğu olanların neredeyse tamamı (% 95), intihar ettikleri sırada majör depresif epizod içinde bulunmaktadırlar(67).

Anksiyete ve panik bozukluğu da intihar girişimi ile ilişkili bulunmuştur(21). Panik bozukluğu ve sosyal fobisi olan hastaların % 20'sinde, herhangi bir zamanda intihar girişimi olabilmektedir(20). Ancak panik bozukluğa depresyonun eşlik ettiği tablolarda depresyon dışlandığı zaman bu oran % 7'ye inmektedir(67).

Genel olarak intiharda risk faktörleri incelendiğinde birincil risk etkenleri: Kendisi veya yakınlarıyla ilgili ölüm düşüncesi ve planlarının olması, psikotik belirti veya emirler veren hallüsinasyonların varlığı, depresyona eşlik eden yoğun anksiyete ve ajitasyonun varlığı, ailede intihar etmiş kişilerin varlığı, daha önce ciddi intihar girişimi veya girişimlerinin varlığı, intiharla ilgili çeşitli imalarda bulunması, alkol veya madde kullanımının da olması şeklinde tanımlanırken, ikincil risk etkenleri: Maddi ekonomik zorlukların bulunması, eşlik eden diğer ağır hastalıkların olması, cinsiyetin erkek olması, medeni durum olarak tek başına yaşıyor olma, hastanın ergenlik dönemi veya 60 yaş üzeri olması, depresif epizodun uzun sürmesi, dini inançlarının olmaması sayılabilir.

İntihar davranışının oluşumunda çok sayıda faktörün etkileşimi söz konusu olup, bireyin intihar düşüncesi ve intihara yöneliminde mental bozuklukların ve çeşitli sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin intihar davranışını anlama ve hatta önleme açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada ölüm düşünceleri, intihar ve ilişkili olabilecek çeşitli sosyodemografik faktörlerle, ilgili epidemiyolojik verilerin ortaya konması amaçlanmaktadır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Deseni ve Örneklem Seçimi

Bu çalışmada, tespit edilen örneklemle intihar davranışı incelenmiş olup başlıca özelliği bir ruh sağlığı alan taraması olmasıdır. Örneklem sosyodemografik özellikleri, ruh sağlığı hastalıkları ile intihar davranışı arasındaki değişkenler, birbirleri arasındaki ilişkiler, kesitsel olarak araştırılmıştır.

Araştırmanın evrenini, DİE'nden alınan bilgiler doğrultusunda Isparta Merkez nüfusunu temsil edebilir bir örneklem genişliği olarak, 18-65 yaş grubundan 600 birey oluşturmuştur. Basit rastgele örneklem seçimi yöntemi uygulanmıştır. Şiddetli kognitif yetersizlikleri, ajitasyonları ya da şiddetli psikotik semptomları olan bireyler çalışmaya alınmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 78 kişi, çalışmaya alınmamıştır. Verileri toplama işlemi dört ayda tamamlanmıştır. Isparta merkez nüfusuna kayıtlı sağlık ocağı bölgeleri, Isparta İl Sağlık Müdürlüğü tarafından öğrenim durumu, medeni durum, içilen suyun çeşidi, kullanılan tuvalet tipi ve kullanılan ısınma aracı parametrelerinin değerlendirilmesi sonucunda 3 gruba ayrılmıştır. Buna göre Isparta il nüfusunun %14.0'ü düşük sosyoekonomik düzey olarak tanımlanan 1.grupta (yükseköğrenim düzeyinde olanlar %30'un altında, tuvalet tipi olarak kanalizasyonun yanında tek çukurlu tuvalet tipi kullanımı, ısınma aracı olarak kömür ve odun kullanımı mevcut), %59.7'si orta sosyoekonomik düzey olarak tanımlanan 2.grupta(yükseköğrenim düzeyinde olanlar %30-50 oranlarında, tuvalet tipi olarak kanalizasyon, ısınma aracı olarak çoğunlukla kömür kullanımı) ve %26.3'ü yüksek sosyoekonomik düzey olarak tanımlanan 3.grupta(yükseköğrenim düzeyinde olanlar %50'nin üzerinde, tuvalet tipi olarak kanalizasyon, ısınma aracı olarak çoğunlukla kömür ve petrol ürünleri kullanımı) yer almaktadır. Bu duruma paralel olarak çalışmamızın örneklemini oluşturan 600 bireyin 84'ü 1. gruptan, 358'i 2. gruptan, 158'i 3. gruptan alınarak tabakalı örnekleme yapılmıştır.

Belirlenen mahallelerde, her sokak başından başlanmak suretiyle birer ev atlanarak adresler tek tek ziyaret edilmiştir. Çok sayıda dairesi bulunan apartmanlarda da birer daire atlanmak suretiyle çalışma yürütülmüştür. Koşullar uygunsa, her bireyle ayrı bir odada görüşmeye özen gösterilmiştir. Kısa bir

tanışmadan sonra bireylere, araştırmanın amacı açıklanmıştır. Bir görüşmenin tamamlanması 40-90 dakika arasında değişen sürelerde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Kullanılan Anket Formu ve Tanı Aracı

Çalışmaya katılanların cinsiyeti, yaşı, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi, ailenin nüfusu, en uzun süre yaşadığı yer, ne kadar süredir Isparta'da yaşadığı, kiminle yaşadığı, kendisinin ve eşinin mesleği, iş memnuniyeti, ailenin ekonomik düzeyi, ruhsal bir hastalığının olup olmadığı düşüncesi, daha önce ve şu anda psikiyatrik bir tedavi alıp almadığı, ruhsal sorunları nedeniyle psikiyatriste başvuruda bulunup bulunmadığı, travma öyküsü, eşlik eden tıbbi bir hastalık öyküsü, sigara alkol veya herhangi bir madde kullanım bozukluğu öyküsü, ailede ruhsal veya tıbbi hastalık öyküsü ile, ailede bakıma muhtaç birinin ve ailede alkol madde kullanım bozukluğu öyküsü ile ilgili bilgiler hazırlanan standart anket formuyla elde edilmiştir. Ayrıca bu form, intihar düşüncesi, planı ve girişimi ile ilgili son 1 yılda veya yaşamının herhangi bir dönemindeki öyküyü, şu anda veya o dönemdeki zorlayıcı yaşam olaylarını, ailede intihar girişimi öyküsünü, dini inancını ve gelecekle ilgili düşüncelerini de içermektedir.

Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeği olarak SCID-klinik versiyonu (SCID-CV) kullanılmıştır.

3.3. Çalışmada Kullanılan Tanı Aracı İle İlgili Genel Bilgiler

1983' te, DSM-III ölçütlerinin, araştırma deneklerinin tanımlanması için standart bir dil olarak yaygın kabul göreceğinin fark edilmesiyle, DSM-III tanılarının konması için bir ölçek olan SCID çalışmalarına başlanmıştır. SCID' de önceki ölçeklerde olmayan bazı özellikler bir araya getirilmiştir. Hastalığın şimdiki epizodunun gelişiminin tanımlanmasına izin veren gözden geçirme bölümü ve araştırmacılara şimdiki çalışmaları ile ilgisi olmayan majör tanı sınıflarını göz önüne

alıp elemeleri için olanak sağlayan modüler dzenleme gibi ozellikler, olceğin psikiyatrik araştırmalarda kullanımını kolaylaştırmıştır.

SCID' in DSM-IV' e gbre olan son hali 1996' da yayınlanmıştır. SCID' in Klinik Versiyonu (SCID-CV), değerlendirmede standardizasyonu sağlamannın bir yolu olarak, klinik değerlendirmede kullanılmak iain geliştirilmiştir.

SCID-CV gbrececi olarak gerekli kısımları kapsayan 6 module bblunmüştür. Modül A' da duygudurum bozuklukları, Modül B' de psikotik semptomlar, Modül C' de psikotik bozukluklar, Modül D' de duygudurum bozuklukları, Modül E' de madde kullanım bozuklukları ve Modül F' de anksiyete ve diğer bozukluklar yer almaktadır.

SCID-CV hem psikiyatri, hem de genel tıp hastalarına uygulanabilir. Dili ve tanı kapsamı ile çoğunlukla erişkinler iain kullanımı uygundur (18 yaş ve üzeri), ancak küçük bir değişiklikle ergenlerde de kullanılabilir. SCID-CV, DSM-IV ölçütleri ile ilgili maddelerin varlığının ya da yokluğunun sistematik sorgulamasına geailmeden önce, şimdiki hastalığın ve geailmiş psikopatoloji epizodlarının gözden geailirdiği açık uçlu sorularla başlar. Gözden geailirme bblümü hastaya hastalığını kendi cümleleri ile tanımlama fırsatı verir. Ayrıca özgül tanı ölçütleri sorulduğunda ortaya çıkarılmayacak bazı bilgilerin elde edilmesini sağlar.

SCID-CV ile görüşme süresi 45-90 dakikadır. Her bir hastalık iain hastalığın “şu anda” ya da “yaşam boyu” olup olmadığı gösterilir(68).

3.4. İstatistiksel Analizler

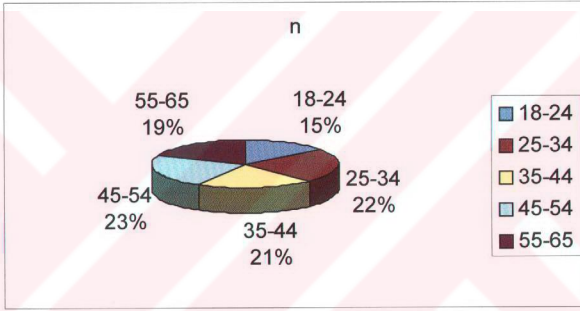
Çalışmanın istatistiksel analizinde Windows iain SPSS 11.0 paket programı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak “p” değerinin 0,05'in altında olması kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki kesiksel değerkenler ki-kare testi, parametrik değerkenlerin ortalaması ise Student-t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölüm düşünceleri ve intihar girişiminde yordayıcı değere sahip olan değerkenlerin belirlenmesi iain basamaklı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Görüşülenlerin Demografik Özellikleri

Çalışmaya 18-65 yaş arası 600 birey alınmıştır. Çalışmaya alınan bireylerin kadın/erkek oranı 1,3 olup, bunların %56,0'sı (n=336) kadın, %44,0'ü (n=264) erkektir.

Çalışmaya alınan bireylerin %14,8'i 18-24 yaş (n=89), %22,8'i 25-34 yaş (n=137), %20,7'si 35-44 yaş (n=124), %22,8'i 45-54 yaş (n=137) ve %18,8'i 55-65 yaş (n=113) grubu içinde yer almıştır(Şekil 1).



Şekil 1. Yaş grubu dağılımı

Grupların medeni durum dağılımlarına bakıldığında bunların %14,0'ü (n=84) bekar, %0,8'i (n=5) imam nikahlı, %78,0'i (n=468) resmi nikahlı, %2,0'si (n=12) boşanmış ve %5,2'sinin (n=31) dul olduğu saptanmıştır.

Görüşmeyi kabul eden 600 bireyin %3,8'inin (n=23) yalnız yaşadığı, %86,7'sinin (n=520) çekirdek aile tipi olarak adlandırdığımız anne-baba veya eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları, %9,5'unun (n=57) ise geniş aile olarak adlandırdığımız diğer akrabaları ile birlikte yaşadıkları belirlenmiştir.

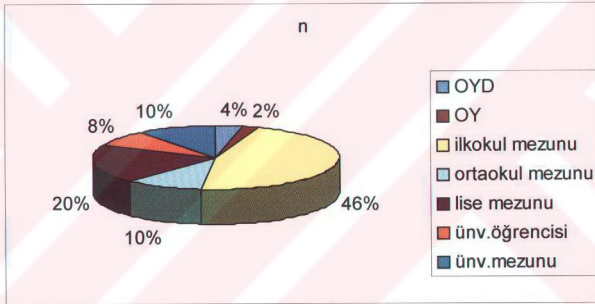
Bireylerin %42,3'ünün (n=254) il merkezinde, %29,3'ünün (n=176) ilçe merkezinde ve %28,3'ünün (n=170) kasaba/köyde doğdukları saptanmıştır.

Bireylerin yaşamlarını en fazla geçirdikleri yer sorulduğunda çoğunluğunun % 79,2 ile (n=475) il merkezlerinde, %11,0 ile (n=66) ilçe merkezlerinde ve %9,8 ile (n=59) köylerde olduğu görülmüştür.

4.2. Görüşme Yapılan Kişilerin Sosyoekonomik Özellikleri

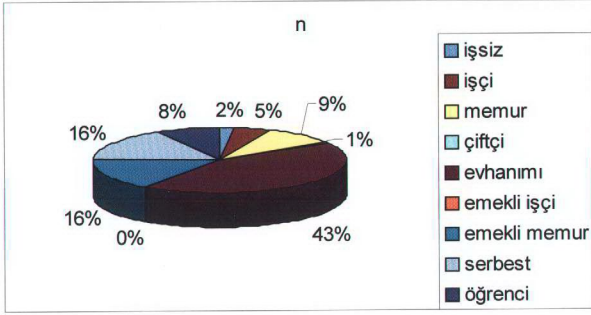
Sağlık ocağı dağılımlarına göre bireylerin %14,0'ı düşük (n=84), %59,7'si (n=358) orta ve %26,3'ü (n=158) yüksek sosyoekonomik gruptan oluşmuştur.

Bireylerin eğitim düzeyi dağılımları %3,5 (n=21) okuryazar değil, %2,3 (n=14) okuryazar, %46,2 (n=277) ilkokul mezunu, %10,3 (n=62) ortaokul mezunu, %20,3 (n=122) lise mezunu, %4,5 (n=27) üniversite öğrencisi, %12,8 (n=77) üniversite mezunu şeklindedir(Şekil2).



Şekil 2. Eğitim düzeyi dağılımı

Çalışma durumlarına bakıldığında, bireylerin %43,3'ünü (n=260) ev hanımlarının, %8,0'ını öğrencilerin, %1,8'ini de (n=11) işsizlerin oluşturduğu saptanmıştır. İş memnuniyeti değerlendirildiğinde ise bireylerin %75,5'inin (n=453) mevcut işinden memnun olduğu kaydedilmiştir(Şekil3).

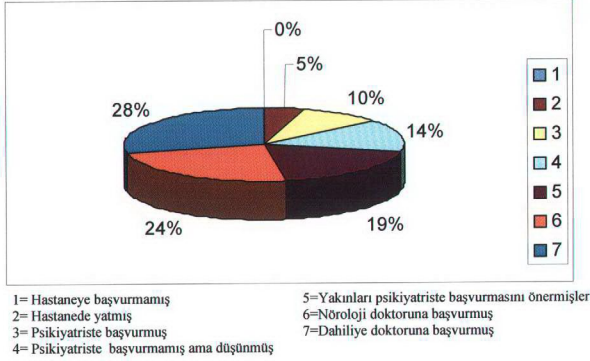


Şekil 3. Meslek dağılımı

4.3. Görüşme Yapılan Kişilerin Fiziksel ve Ruhsal Hastalık Öyküsü

Bireylerin %35,2'sinin (n=211) fiziksel hastalık öyküsü ve %16,8'inin (n=101) ruhsal bozukluk öyküsü olduğu kaydedilmiştir. Görüşmeye katılanların %16,7'sinin (n=100) travma öyküsünün mevcut olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %25,5'i (n=153) bir ruhsal hastalıklarının olduğu düşüncesine sahiptir. Olguların ruhsal sorunları nedeniyle daha önce tedavi arama davranışları değerlendirildiğinde, %74,8'inin (n=449) hastaneye başvurmadığı, %0,7'sinin (n=4) psikiyatri servisinde yattığı, %13,5'inin (n=81) psikiyatriste başvurduğu, %3,7'sinin (n=22) psikiyatriste başvurmayı düşündüğü, %0,8'inin (n=5) yakınlarının psikiyatriste başvurmasını önerdiği, %6,5'inin ise (n=39) iç hastalıkları ve nöroloji uzmanlarına başvurdukları kaydedilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Tedavi arama davranışı dağılımı

Bireylerin % 16,8'nin (n=101) daha önce herhangi bir ruhsal rahatsızlık nedeniyle psikiyatrik tedavi gördükleri saptanmıştır. Şu anda psikiyatrik tedavi görmekte olanların oranı ise %4,7'dir (n=28). Alkol kullanımı bireylerin %3'ünde (n=18) belirlenmiştir. Alkol kullanımı kadınlarda saptanmamıştır.

4.4 Görüşme Yapılan Kişilerin Aile Öyküsü

Bireylerin %22,5'inde (n=135) ailede ruhsal hastalık öyküsü saptanmıştır. Ailede intihar girişimi veya tamamlanmış intihar öyküsü bireylerin %6,5'inde (n=39) saptanmıştır. Çalışmaya katılanların %13,0'ı (n=78) ailelerinde bakıma muhtaç bir kişi olduğunu bildirmişlerdir. Ailede alkol kullanım öyküsü çalışmaya katılanların %8,7'sinde (n=52) saptanmıştır.

4.5. Görüşme Yapılan Kişilerde İntihar Girişimi ve Eşlik Eden Stres Faktörü Öyküsü

Görüşmeye katılan kişilerin intihar girişimi ve intihar girişimine eşlik eden stres faktörleri tablo 4.5.1.'de verilmiştir. Çalışmaya katılan 600 bireyin %4,3'ü (n=26) yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan olguların %92,3'ünü (n=24) kadın, %7,7'sini (n=2) erkek bireyler oluşturmuştur. Cinsiyetler arasında intihar girişimi oranları açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Tüm intihar girişiminde bulunan kişiler, intihar girişimi öncesinde bir veya birden fazla stres faktörü tanımlamışlardır.

Kadınlarda en sık eşlik eden stres faktörü tipi aile ve ilişki sorunudur. Kadın ve erkek bireylerde stres faktörü tipi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

İntihar girişiminde bulunan kişilerin %80,8'inin (n=21) yalnızca bir kez, %15,4'ünün (n=4) iki kez, %3,8'inin (n=1) ise üç kez girişimde buldukları kaydedilmiştir. Her iki cinsiyet arasında intihar girişimi sayısı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,002).

Tablo 4.5.1. İntihar girişimi ile ilişkili özellikler

	Kadın		Erkek			
	(n)	%	(n)	(%)	(n)	(%)
İntihar girişimi öyküsü						
Yok	574	95,7	312	92,9	262	99,2
Var	26	4,3	24	7,1	2	0,8
			$\chi^2=14,54$		$p=0,000$	
İntihar girişimi öncesi stres faktörü öyküsü						
Yok	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Var	26	100	24	100,0	2	100,0
İntihar girişimi öncesinde stres faktörü tipi						
İş problemi	1	3,8	0	0,0	1	33,3
Aile problemi	16	61,5	15	65,2	1	33,3
İlişki problemi	4	15,4	4	17,4	0	0,0
Aile+iş problemi	1	3,8	1	4,3	0	0,0
Aile+ilişki problemi	1	3,8	1	4,3	0	0,0
Aile+sosyal problem	2	7,7	1	4,3	1	33,3
Aile+diğer problem	1	3,8	1	4,3	0	0,0
			$\chi^2=11,92$		$p=0,064$	
İntihar girişimi sayısı						
1	21	80,8	19	5,7	2	0,8
2	4	15,4	4	1,2	0	0,0
3	1	3,8	1	0,3	0	0,0
			$t=4,11$		$p=0,000$	

Tablo 4.5.2.'de görüldüğü üzere, intihar girişiminde bulunan 26 bireyin çoğunluğunu oluşturan %73,1'i (n=18) ilaçla intihar girişiminde bulunmuşlardır. %3,8'i (n=1), birden fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuş olup, girişimlerden birinde ilaç, diğerinde kesici aletle bileklerini kesme yöntemlerini kullanmıştır. Geri kalan olguların %7,7'si (n=2) ası, %7,7'si (n=2) hareket halindeki araç önüne atlama ve %7,7'si (n=2) kesici aletle bileklerini kesme ve tüpgaz inhalasyonu yolu ile intihar girişiminde bulunmuşlardır.

Tablo 4.5.2. İntihar girişimi ile ilişkili özellikler

	n		Kadın		Erkek	
	(26)	%	n	%	n	%
İntihar girişimi şekli						
Ası	2	7,7	2	8,3	0	0,0
İlaç	19	73,1	18	75,0	1	50,0
İlaç+diğer	1	3,8	1	4,2	0	0,0
Araç önüne atlama	2	7,7	1	4,2	1	50,0
Diğer	2	7,7	2	8,3	0	0,0
Toplam	26	4,3	24	100	2	100

4.6. Görüşme Yapılan Kişilerin Yaşam Boyu Ölüm ile İlişkili Düşünceleri ve Stresli Yaşam Olayı Öyküsü

Görüşmeye katılan olguların yaşam boyu ve son bir yıl için ölüm ile ilişkili düşünceleri, intihar girişimi ve intihar planı oranları tablo 4.6.1 ve 4.6.2’de gösterilmiştir. Katılanların %27,5’inin (n=165) yaşamları boyunca en az bir kez hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi kadınların %35,1’inde (n=118), erkeklerin ise %17,8’sinde (n=47) saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Bireylerin %23,0’ının (n=138) yaşamları boyunca en az bir kez keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi kadınların %30,1’inde (n=101), erkeklerin ise %26,8’inde (n=37) saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi kadınların %74,2’sinde (n=46), erkeklerin ise %25,8’inde (n=16) belirlenmiştir. Kadın ve erkek bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Yaşam boyu intihar planı kadınların %64,3’ünde (n=9), erkeklerin ise %35,7’sinde (n=5) saptanmıştır. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Bireylerin %13,7'sinin (n=82) son bir yıl içinde hayat yaşamaya değmez düşüncesi mevcut olup, kadınların %16,7'sinde (n=56), erkeklerin %9,8'inde (n=26) son bir yıl içinde hayat yaşamaya değmez düşüncesi belirlenmiştir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,014). Bireylerin %10,2'sinin (n=61) son bir yıl içinde en az bir kez keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir yıl içinde keşke ölsem düşüncesi kadınlar %12,5'inde (n=42), erkeklerin ise %7,2'sinde (n=19) saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,031). Bireylerin %0,8'inin (n=5) son bir yıl içinde en az bir kez intihar planı olduğu belirlenmiştir. Son bir yıl içinde intihar planı, kadınların %0,9'unda (n=3), erkeklerin ise %0,8'inde (n=2) saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bireylerin %4,3'ünün (n=26) yaşam boyu intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu intihar girişimi kadınların %7,1'inde (n=24), erkeklerin ise %0,8'sinde (n=2) saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Bireylerin %1,0'ünün (n=6) son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Son bir yıl içinde intihar girişiminde bulunanların tamamını kadınlar oluşturmaktadır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029).

Tablo 4.6.1. Görüşme yapılan kişilerin yaşam boyu ölüm ile ilişkili düşünceleri

	n	%	Kadın		Erkek	
			(n)	(%)	(n)	(%)
Hayat yaşamaya değmez düşüncesi	165	27,5	118	35,1	47	17,8
			$\chi^2=20,98$		p=0,000	
Keşke ölsem düşüncesi	138	23,0	101	30,1	37	14,0
			$\chi^2=20,10$		p=0,000	
Hayatına son verme düşüncesi	62	10,3	46	13,7	16	6,1
			$\chi^2=20,10$		p=0,000	
İntihar planı	14	2,3	9	2,7	5	1,9
			$\chi^2=0,57$		p=0,450	
İntihar girişimi	26	4,3	24	7,1	2	0,8
			$\chi^2=14,54$		p=0,000	
Hiçbiri yok	435	72,5	218	64,9	217	82,2
			$\chi^2=22,23$		p=0,000	
Toplam	600	100	336	100	264	100

Tablo 4.6.2. Görüşme yapılan kişilerin son bir yıl içinde ölüm ile ilişkili düşünceleri

	n (600)	%	Kadın		Erkek	
			(n)	(%)	(n)	(%)
Hayat yaşamaya değmez düşüncesi	82	13,7	56	16,7	26	9,8
				$x^2=5,98$	$p=0,014$	
Keşke ölsem düşüncesi	61	10,2	42	12,5	19	7,2
				$x^2=4,67$	$p=0,031$	
Hayatına son verme düşüncesi	21	3,5	14	4,2	7	2,7
				$x^2=1,04$	$p=0,309$	
İntihar planı	5	0,8	3	0,9	2	0,8
				$x^2=6,03$	$p=0,86$	
İntihar girişimi	6	1,0	6	1,8	0	0,0
				$x^2=4,76$	$p=0,029$	
Hiçbiri yok	518	86,3	280	83,3	238	90,2
				$x^2=5,83$	$p=0,016$	
Toplam	600	100	336	100	264	100

Çalışmaya katılanların %18,8'inde (n=113) yaşam boyu stresli yaşam olayı varlığı belirlenmiştir. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü kadınların %18,8'inde (n=86), erkeklerin ise %10,2'sinde (n=27) belirlenmiştir.

4.7. Görüşme Yapılan Kişilerin Gelecekle İlişkili Düşünceleri

Çalışmaya alınanların %21,7'si (n=130) gelecekte bir şey değişmeyeceğini, %59,8'i (n=359) gelecekte umutlu olduğunu, %18,5'i (n=111) ise gelecekle ilgili karamsar olduğunu bildirmişlerdir.

4.8. Görüşme Yapılan Kişilerin Dini İnançları ile İlişkili Düşünceleri

Dini inançlarını derecelendirmeleri istendiğinde, olguların %0,3'si (n=2) herhangi bir dini inancının olmadığını, %3,8'ü (n=23) zayıf, %59,8'u (n=359) orta ve %36,0'sı (n=216) güçlü dini inançları olduğunu bildirmişlerdir.

4.9. Ruhsal Bozuklukların Dağılımı

Major depresif bozukluk %37,0 (n=222), yaygın anksiyete bozukluğu %8,0 (n=48) ve özgül fobi %8,0 (n=48) yaygınlıkları ile en sık görülen üç bozukluk olmuştur.

Bireylerin %37'si (n=222), yaşam boyu major depresif bozukluk tanısını karşılamıştır. Kadınların %47,9'u (n=161), erkeklerin ise %23,1'i (n=61) yaşam boyu major depresif bozukluk tanısını karşılamıştır. Kadınlarda yaşam boyu major depresif bozukluk görülme oranı erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,000). Bireylerin %22,2'si (n=133) son bir ayda major depresif bozukluk tanısını karşılamıştır.

Bireylerin %1,3'ü (n=8) genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, %1,7'si (n=10) başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk, %6,0'ı (n=36) distimi tanılarını karşılamıştır.

Çalışmaya katılanların %0,3'ü (n=2) şizofreni, %0,3'ü (n=2) bipolar I, %0,5'i (n=3) bipolar II, %0,2'si (n=1) başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk tanılarını karşılamıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %2,3'ü (n=14) yaşam boyu, %1,5'i (n=9) son bir ayda alkol bağımlılığı tanısını almıştır. Ayrıca bireylerin %0,3'ü (n=2) yaşam boyu, %0,3'ü (n=2) son bir ayda alkol kötüye kullanımı tanısını karşılamıştır.

Anksiyete bozukluğu tanısı alan olguların %5,2'sini (n=31) agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluk, %0,8'ini (n=5) panik bozukluğu olmadan agorafobi, %5,0'ını (n=30) obsesif kompulsif bozukluk, %4,3'ünü (n=26) posttravmatik stres bozukluğu, %3,8'ini (n=23) sosyal fobi, %8,0'ını (n=48) yaygın anksiyete bozukluğu, %2,5'ini (n=15) başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu ve %0,8'ini (n=5) genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu oluşturmuştur.

Obsesif kompulsif bozukluğun bireylerin %5,0'inde (n=30) saptanmıştır. Kadınların %7,1'inde (n=24), erkeklerin ise %2,3'ünde (n=6) obsesif kompulsif bozukluk kaydedilmiştir.

Bireylerin %8,0'ı (n=48) yaygın anksiyete bozukluğu tanısını karşılamıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sadece biri farklılaşmamış somatoform tanısı almıştır.

Diğer somatoform bozukluğu tanıları mevcut değildir. Bireylerin %0,2'si (n=1) bulimia nervosa ve %5,5'i (n=33) uyum bozukluğu tanısı almıştır.

4.10. Yaşam Boyu Ölüm İle İlgili Düşünceler, İntihar Girişimi İle Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörler Arasındaki İlişkiler

Tablo 4.10.1'de görüldüğü üzere ölümle ilişkili düşüncelerde, kadınlar ile erkekler arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesine kadınların %35,1'inde (n=118), erkeklerin ise %17,8'inde (n=47) saptanmıştır. Kadınlarda hayat yaşamaya değmez düşüncesi erkeklerden yüksek oranda belirlenmiştir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi kadınların %30,1'inde (n=101), erkeklerin ise %14,0'ında (n=37) saptanmıştır. Kadınlarda keşke ölsem düşüncesi erkeklerden yüksek oranda belirlenmiştir. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi kadınların %13,7'sinde (n=46), erkeklerin ise %6,1'inde (n=16) belirlenmiştir ve her iki cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). İntihar planı kadınların % 2,7'sinde (n=9) , erkeklerin ise %1,9'unda (n=5) saptanmıştır. Cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İntihar girişimi kadınların %7,1'inde (n=24), erkeklerin ise %0,8'inde (n=2) saptanmıştır. Kadınlarda intihar girişimi oranı erkeklerden yüksek olup cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Yaş dağılımı ile ölüm düşünceleri ilişkisine bakıldığında, 18-24 yaş grubundakilerin %34,8'i (n=31), 25-34 yaş grubundakilerin %33,6'sı (n=46), 35-44 yaş grubundakilerin %22,6'sı (n=28), 45-54 yaş grubundakilerin %27,0'ı (n=37) ve 55-65 yaş grubundakilerin %20,4'ü (n=23) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahiptir. Yaş grupları arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Yaş grupları arasında yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi, hayatına son verme düşüncesi ve intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yaş dağılımı ile intihar girişimi ilişkisine bakıldığında, 18-24 yaş grubundakilerin %5,6'sında (n=5), 25-34 yaş grubundakilerin %8,0'ında (n=11), 35-44 yaş grubundakilerin %4,8'inde (n=6), 45-54 yaş grubundakilerin %2,2'sinde (n=3) ve 55-65 yaş grubundakilerin %0,9'unda (n=1) intihar girişimi saptanmıştır. Yaş grupları arasında intihar girişimi açısından fark anlamlı bulunmuştur (p=0,046).

Medeni durum ile intihar girişimi ilişkisine bakıldığında, bekarların %4,8'inde (n=4), imam nikahlı bireylerin %20,0'ında (n=1), resmi nikahlı bireylerin %4,3'ünde (n=20), boşanmış olanların %8,3'ünde (n=1) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Dul olan bireyler arasında ise intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Medeni durumlar arasında intihar girişimi ve diğer ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aile tipi ile intihar girişimi ilişkisine bakıldığında, çekirdek aile grubunda olanların %4,5'inde (n=23), geniş aile grubunda olanların %5,3'ünde (n=3) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Yalnız ve arkadaşı ile birlikte yaşayan bireyler arasında ise intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Aile tipleri arasında intihar girişimi ve diğer ölüm düşünceleri fark açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çocuk sahibi olmayan bireylerin %6,2'sinde (n=7), 1 çocuğu olanların %2,1'inde (n=2), 2 çocuğu bulunanların %5,2'sinde (n=10), 3 çocuğu olanların %4,8'inde (n=6) ve 4 çocuğu bulunan bireylerin %2,8'inde (n=2) yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşünceleri olduğu belirlenmiştir. Çocuk sayısı arasında hayat yaşamaya değmez düşünceleri açısından fark anlamlı bulunmuştur (p=0,04). Çocuk sayısı ile diğer ölüm düşünceleri açısından fark anlamlı bulunmamıştır. Çocuk sayısı ile intihar girişimi ilişkisine bakıldığında, çocuk sahibi olmayan bireylerin %7,1'inde (n=8), 1 çocuğu olanların %6,3'ünde (n=6), 2 çocuğu bulunanların %4,7'sinde (n=9), 3 çocuğu olanların %0,8'inde (n=1) ve 4 çocuğu bulunan bireylerin %2,8'inde (n=2) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Çocuk sayısı arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,04). Bireylerin hayatının büyük kısmının geçtiği yer ile intihar girişimi ilişkisine bakıldığında, hayatlarının büyük kısmını şehir merkezinde geçirenlerin %3,8'inde (n=18), ilçede geçirenlerin %6,1'inde (n=4), köyde geçirenlerin ise %6,8'inde (n=4) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Bireylerin

hayatının büyük kısmının geçtiği yer arasında intihar girişimi ve diğer ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.10.1. Sosyodemografik özellikler yaşam boyu ölüm ile ilişkili düşünceler ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayata yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Cinsiyet							
Kadın	218(%64,9)	118(%35,1)	101(%30,1)	46(%13,7)	9(%2,7)	24(%7,1)	336(%56,0)
Erkek	217(%82,2)	47(%17,8)	37(%14,0)	16(%6,1)	5(%1,9)	2(%0,8)	264(%44,0)
	$\chi^2=22,23$ p=0,000	$\chi^2=22,23$ p=0,000	$\chi^2=21,49$ p=0,000	$\chi^2=9,29$ p=0,002	$\chi^2=0,57$ p=0,450	$\chi^2=14,54$ p=0,000	
Yaş							
18-24	58(%65,2)	31(%34,8)	24(%27,0)	11(%12,4)	2(%2,2)	5(%5,6)	89(%14,8)
25-34	91(%66,4)	46(%33,6)	40(%29,2)	21(%15,3)	5(%3,6)	11(%8,0)	137(%22,8)
35-44	96(%77,4)	28(%22,6)	21(%16,9)	12(%9,7)	3(%2,4)	6(%4,8)	124(%20,7)
45-54	100(%73,0)	37(%27,0)	32(%23,4)	12(%8,8)	4(%2,9)	3(%2,2)	137(%22,8)
55-65	90(%79,6)	23(%20,4)	21(%18,6)	6(%5,3)	0(%0,0)	1(%0,9)	113(%18,8)
	$\chi^2=9,35$ p=0,000	$\chi^2=9,35$ p=0,000	$\chi^2=7,59$ p=0,108	$\chi^2=7,59$ p=0,108	$\chi^2=4,21$ p=0,378	$\chi^2=9,71$ p=0,046	
Medeni durum							
Bekar	55(%65,5)	29(%34,5)	22(%26,2)	9(%10,7)	2(%2,4)	4(%4,8)	84(%14,0)
İmam nikahlı	2(%40,0)	3(%60,0)	2(%40,0)	1(%20,0)	0(%0,0)	1(%20,0)	5(%0,8)
Resmi nikahlı	350(%74,8)	118(%25,2)	101(%21,6)	47(%10,0)	10(%2,1)	20(%4,3)	468(%78,0)
Boşanmış	5(%41,7)	7(%58,3)	6(%50,0)	4(%33,3)	2(%16,7)	1(%8,3)	12(%2,0)
Dul	23(%74,2)	8(%25,8)	7(%22,6)	1(%3,2)	0(%0,0)	0(%0,0)	31(%5,2)
	$\chi^2=3,16$ p=0,206	$\chi^2=3,16$ p=0,206	$\chi^2=0,63$ p=0,730	$\chi^2=3,17$ p=0,205	$\chi^2=1,96$ p=0,376	$\chi^2=1,67$ p=0,435	
Aile Tipi							
Yalnız yaşayan	10(%55,6)	8(%44,4)	5(%27,8)	1(%5,6)	0(%0,0)	0(%0,0)	18(%3,0)
Arkadaş ile	8(%88,9)	1(%11,1)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	9(%1,5)
Çekirdek	375(%72,7)	141(%27,3)	119(%23,1)	57(%11,0)	13(%2,5)	23(%4,5)	516(%86,0)
Geniş	42(%73,715)	15(%26,3)	14(%24,6)	4(%7,0)	1(%1,8)	3(%5,3)	57(%9,5)
	$\chi^2=3,85$ p=0,278	$\chi^2=3,85$ p=0,278	$\chi^2=3,00$ p=0,392	$\chi^2=2,44$ p=0,486	$\chi^2=0,83$ p=0,841	$\chi^2=1,36$ p=0,715	
Çocuk sayısı							
0	77(%68,1)	7(%6,2)	29(%21,0)	14(%12,4)	3(%2,7)	8(%7,1)	113(%18,8)
1	62(%64,6)	2(%2,1)	32(%33,3)	16(%16,7)	4(%6,3)	6(%6,3)	96(%16,0)
2	142(%73,6)	10(%5,2)	41(%29,7)	17(%8,8)	2(%4,7)	9(%4,7)	193(%32,2)
3	100(%79,4)	6(%4,8)	20(%15,9)	9(%7,1)	3(%0,8)	1(%0,8)	126(%21,0)
4	54(%75,0)	2(%2,8)	16(%22,2)	6(%8,3)	2(%2,8)	2(%2,8)	72(%12,0)
	t=2,05 p=0,041	t=2,05 p=0,041	t=1,85 p=0,063	t=1,67 p=0,092	t=0,52 p=0,604	t=2,04 p=0,042	
Hayatının büyük kısmının geçtiği yer							
Şehir	349(%73,5)	126(%26,5)	107(%22,5)	45(%9,5)	13(%2,7)	18(%3,8)	475(%79,2)
İlçe	49(%74,2)	17(%25,8)	15(%22,7)	7(%10,6)	0(%0,0)	4(%6,1)	66(%11,0)
Köy	37(%62,7)	22(%37,3)	16(%27,1)	10(%16,9)	1(%1,7)	4(%6,8)	59(%9,8)
	$\chi^2=3,16$ p=0,206	$\chi^2=3,16$ p=0,206	$\chi^2=0,63$ p=0,730	$\chi^2=1,67$ p=0,435	$\chi^2=3,17$ p=0,205	$\chi^2=1,67$ p=0,435	

Tablo 4.10.2.'de sosyoekonomik özellikler ve iş memnuniyeti ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi gösterilmiştir. 2.grupta yer alan bireylerin %3,9'u (n=14), 3.grupta yer alanların %7,1'i (n=6) ve 1.grupta bulunanların da %3,8'inde (n=6) intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. Gruplar arasında hem ölüm düşünceleri hem de intihar girişimi açısından fark anlamlı bulunmamıştır.

Eğitim düzeylerine göre okuryazar olmayanların %49,5'i (n=2), ilkokul mezunlarının %3,6'sı (n=10), ortaokul mezunlarının %6,5'i (n=4), lise mezunlarının %4,9'u (n=6), üniversite öğrencilerinin %7,4'ü (n=2) ve üniversite mezunlarının %2,6'sı (n=2) intihar girişiminde bulunmuştur. Eğitim düzeyleri arasında hem ölüm düşünceleri hem de intihar girişimi açısından fark anlamlı bulunmamıştır.

Meslek gruplarına göre hayat yaşamaya değmez düşüncesi değerlendirildiğinde, işsiz grubunda yer alanların %27,3'ünde (n=3), serbest çalışanların %24,7'sinde (n=24), memurların %20,8'inde (n=11), ev hanımlarının %34,2'sinde (n=89), öğrencilerin %31,3'ünde (n=15), işçilerin %27,6'sında (n=8), emekli memurların %14,7'sinde (n=14), emekli işçilerin %50,0'ında (n=1) yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesinin olduğu saptanmıştır. Meslek grupları arasında, hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p=0,021). Meslek grupları arasında diğer ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Meslek gruplarına göre intihar girişimi öyküsü değerlendirildiğinde, işsizlerin %9,1'inde (n=1), serbest çalışanların %3,1'inde (n=3), memurların %5,7'sinde (n=3), ev hanımlarının %6,5'inde (n=17), öğrencilerin %2,1'inde (n=1), işçilerin %3,4'ünde (n=1), intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. Meslek grupları arasında intihar girişimi açısından fark anlamlı bulunmamıştır.

İş memnuniyetine göre hayat yaşamaya değmez düşüncesi değerlendirildiğinde, işinden memnun olmayanların %34,7'sinde (n=51), işinden memnun olanların %25,2'sinde (n=114) hayat yaşamaya değmez düşüncesinin olduğu saptanmıştır. İşinden memnun olanlar ve olmayanlar arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.025). İş memnuniyetine göre keşke ölsem düşüncesi değerlendirildiğinde, işinden memnun olmayanların %30,6'sında (n=45), işinden memnun olanların %20,5'inde (n=93) keşke ölsem düşüncesinin olduğu saptanmıştır. İşinden memnun

olanlar ve olmayanlar arasında keşke ölsem düşüncesi açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.012$). İşinden memnun olanlar ve olmayanlar arasında diğer ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İşinden memnun olmayanların %5,4'ünde ($n=8$), işinden memnun olanların ise %4,0'ında ($n=18$) intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. İşinden memnun olanlar ve olmayanlar arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.10.2. Sosyoekonomik özellikler yaşam boyu ölüm ile ilişkili düşünceler ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Yaşadığı bölgenin sosyoekonomik düzeyi							
1.grup	64(%76,2)	20(%23,8)	19(%22,6)	11(%13,1)	2(%2,4)	6(%7,1)	84(%14,0)
2.grup	250(%69,8)	108(%30,2)	88(%24,6)	39(%10,9)	10(%2,8)	14(%3,9)	358(%59,7)
3.grup	121(%76,6)	37(%23,4)	31(%19,6)	12(%7,6)	2(%1,3)	6(%3,8)	158(%26,3)
	$\chi^2=3,172$ $p=0,205$	$\chi^2=3,172$ $p=0,205$	$\chi^2=1,53$ $p=0,465$	$\chi^2=2,09$ $p=0,351$	$\chi^2=1,13$ $p=0,569$	$\chi^2=1,86$ $p=0,394$	
Eğitim düzeyi							
Okuryazar değil	13(%61,9)	8(%38,1)	6(%28,6)	4(%19,0)	1(%5,3)	2(%9,5)	21 (%3,5)
Okuryazar	8(%57,1)	6(%42,9)	5(%35,7)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	14 (%2,3)
İlkokul	203(%73,3)	74(%26,7)	63(%22,7)	27(%9,7)	7(%2,6)	10(%3,6)	277(%46,2)
Ortaokul	47(%75,8)	15(%24,2)	14(%22,6)	8(%12,9)	2(%3,4)	4(%6,5)	62(%10,3)
Lise	82(%67,2)	40(%32,8)	32(%26,2)	17(%13,9)	3(%2,6)	6(%4,9)	122(%20,3)
Üniversite öğr.	18(%66,7)	9(%33,3)	6(%22,2)	2(%7,4)	0(%0,0)	2(%7,4)	27 (%4,5)
Üniversite mzn.	64(%83,1)	13(%16,9)	12(%15,6)	4(%5,2)	1(%1,3)	2(%2,6)	77 (%12,8)
	$\chi^2=9,79$ $p=0,134$	$\chi^2=9,79$ $p=0,134$	$\chi^2=4,78$ $p=0,572$	$\chi^2=8,03$ $p=0,236$	$\chi^2=2,29$ $p=0,891$	$\chi^2=4,30$ $p=0,637$	
Meslek							
İşsiz	8(%72,7)	3(%27,3)	3(%27,3)	2(%18,2)	0(%0,0)	1(%9,1)	11 (%1,8)
Serbest	73(%75,3)	24(%24,7)	20(%20,6)	11(%11,3)	3(%3,1)	3(%3,1)	97 (%16,2)
Memur	42(%79,2)	11(%20,8)	10(%18,9)	3(%5,7)	0(%0,0)	3(%5,7)	53(%8,8)
Çiftçi	5(%100)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	5(%0,8)
Evhanımı	171(%65,8)	89(%34,2)	75(%28,8)	36(%13,8)	8(%3,1)	17(%6,5)	260(%43,3)
Öğrenci	33(%68,8)	15(%31,3)	10(%20,8)	3(%6,3)	0(%0,0)	1(%2,1)	48(%8,0)
İşçi	21(%72,4)	8(%27,6)	5(%17,2)	3(%10,3)	2(%6,9)	1(%3,4)	29(%4,8)
Memur emekli	81(%85,3)	14(%14,7)	14(%14,7)	4(%4,2)	1(%1,1)	0(%0,0)	95(%15,8)
İşçi emekli	1(%50,0)	1(%50,0)	1(%50,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	2(%0,3)
	$\chi^2=17,99$ $p=0,021$	$\chi^2=17,99$ $p=0,021$	$\chi^2=12,60$ $p=0,126$	$\chi^2=11,06$ $p=0,198$	$\chi^2=7,19$ $p=0,516$	$\chi^2=9,50$ $p=0,302$	
İş memnuniyeti							
Memnun değil	96(%65,3)	51(%34,7)	45(%30,6)	21(%14,3)	7(%4,8)	8(%5,4)	147(%24,5)
Memnun	339(%74,8)	114(%25,2)	93(%20,5)	41(%9,1)	7(%1,5)	18(%4,0)	453(%75,5)
	$\chi^2=5,05$ $p=0,025$	$\chi^2=5,05$ $p=0,025$	$\chi^2=6,37$ $p=0,012$	$\chi^2=3,28$ $p=0,070$	$\chi^2=5,20$ $p=0,023$	$\chi^2=0,58$ $p=0,447$	

Tablo 4.10.3'te eşlik eden tıbbi hastalık varlığına, ruhsal hastalık düşüncesine, daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsüne, şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsüne, yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsüne ve travma öyküsüne göre ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ile ilgili bulgular verilmiştir. Eşlik eden tıbbi hastalığı olmayan bireylerin %24,7'sinin (n=96), eşlik eden tıbbi hastalığı olan bireylerin %32,7'sinin (n=69) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Eşlik eden tıbbi hastalığı olan ve bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,036). Eşlik eden bir tıbbi hastalık öyküsü olmayan bireylerin %4,1'inde (n=16), şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %4,7'sinde (n=10) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Eşlik eden bir tıbbi hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Ruhsal hastalığı olmadığı düşüncesine sahip bireylerin %50,9'unun (n=84), ruhsal hastalığı olduğu düşüncesine sahip bireylerin %52,9'unun (n=81) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olduğunu ve ruhsal hastalığı olmadığını düşünen bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Ruhsal hastalığı olmadığı düşüncesine sahip bireylerin %14,8'sinin (n=66), ruhsal hastalığı olduğu düşüncesine sahip bireylerin %47,1'sinin (n=72) keşke ölssem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Ruhsal hastalığı olduğu ve ruhsal hastalığı olmadığını düşünen bireyler arasında keşke ölssem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Ruhsal hastalığı olmadığı düşüncesine sahip bireylerin %5,6'sının (n=25), ruhsal hastalığı olduğu düşüncesine sahip bireylerin %24,2'sinin (n=37) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olduğunu ve ruhsal hastalığı olmadığını düşünen bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000). Diğer ölüm düşünceleri açısından ise fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ruhsal hastalığı olmadığı düşüncesine sahip bireylerin %1,8'inde (n=8), ruhsal hastalığı olduğu düşüncesine sahip bireylerin ise %11,8'inde (n=18) intihar girişimi öyküsü bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olduğunu ve ruhsal hastalığı

olmadığını düşünen bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %22,0'nın ($n=110$), daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %54,5'inin ($n=55$) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %18,0'nın ($n=90$), daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %47,5'inin ($n=48$) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %6,4'sinin ($n=32$), daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %29,7'unun ($n=30$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Diğer ölüm düşünceleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %2,0'sinde ($n=10$), daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %15,8'inde ($n=16$) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %9,6'sının ($n=127$), şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %39,3'ünün ($n=11$) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,036$). Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %9,6'sının ($n=55$), şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %25,0'nın ($n=7$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009$). Diğer ölüm düşünceleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olmayan bireylerin %4,4'ünde ($n=25$), şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan bireylerin %3,6'sında ($n=1$) intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaşam boyu stresli yaşam olayı olmayan bireylerin %1,4'ünün ($n=6$), olan bireylerin %100'ünün ($n=159$) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Yaşam boyu stresli yaşam olayı olmayan bireylerin %0,2'sinin ($n=1$), olan bireylerin %86,2'sinin ($n=137$) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olmayan bireylerin %0,2'sinin ($n=1$), yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan bireylerin %38,4'ünün ($n=61$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan bireylerin %8,8'inin ($n=14$) intihar planına sahip olduğu belirlenmiştir. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olmayan bireyler arasında intihar planı öyküsü saptanmamıştır. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olmayan bireylerin %0,2'sinde ($n=1$), yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan bireylerin %15,7'sinde ($n=25$) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Travma öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Travma öyküsü olmayan bireylerin %3,4'ünde ($n=17$), travma öyküsü olan bireylerin %9,0'ında ($n=9$) intihar girişimi

öyküsü belirlenmiştir. Travma öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,012$).

Tablo 4.10.3. Ruhsal hastalık ,yaşam boyu stresli yaşam olayı, travma öyküsü ile yaşam boyu ölüm ile ilişkili düşünceler ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Eşlik eden tıbbi hastalığın varlığı							
Yok	293(%75,3)	96(%24,7)	82(%21,1)	39(%10,0)	9(%2,4)	16(%4,1)	211(%35,2)
Var	142(%67,3)	69(%32,7)	56(%26,5)	23(%10,9)	5(%2,5)	10(%4,7)	389(%64,8)
	$\chi^2=4,42$ $p=0,036$	$\chi^2=4,42$ $p=0,036$	$\chi^2=2,30$ $p=0,129$	$\chi^2=0,11$ $p=0,737$	$\chi^2=0,00$ $p=0,956$	$\chi^2=0,12$ $p=0,719$	
Ruhsal hastalığı olduğu düşüncesi							
Yok	363(%81,2)	84(%50,9)	66(%14,8)	25(%5,6)	8(%1,8)	8(%1,8)	447(%25,5)
Var	72(%47,1)	81(%52,9)	72(%47,1)	37(%24,2)	6(%3,9)	18(%11,8)	153(%74,5)
	$\chi^2=66,67$ $p=0,000$	$\chi^2=66,67$ $p=0,000$	$\chi^2=67,12$ $p=0,000$	$\chi^2=42,52$ $p=0,000$	$\chi^2=2,98$ $p=0,084$	$\chi^2=27,36$ $p=0,000$	
Daha önce aldığı psikiyatrik tedavi öyküsü							
Yok	389(%78,0)	110(%22,0)	90(%18,0)	32(%6,4)	10(%2,0)	10(%2,0)	499(%83,2)
Var	46(%45,5)	55(%54,5)	48(%47,5)	30(%29,7)	4(%4,0)	16(%15,8)	101(%16,8)
	$\chi^2=44,26$ $p=0,000$	$\chi^2=44,26$ $p=0,000$	$\chi^2=41,24$ $p=0,000$	$\chi^2=49,18$ $p=0,000$	$\chi^2=2,16$ $p=0,142$	$\chi^2=38,80$ $p=0,000$	
Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü							
Yok	419(%73,3)	153(%26,7)	127(%9,6)	55(%9,6)	13(%2,3)	25(%4,4)	572(%95,3)
Var	16(%57,1)	12(%42,9)	11(%39,3)	7(%25,0)	1(%3,6)	1(%3,6)	28(%4,7)
	$\chi^2=3,47$ $p=0,062$	$\chi^2=3,47$ $p=0,062$	$\chi^2=4,39$ $p=0,036$	$\chi^2=6,82$ $p=0,009$	$\chi^2=0,19$ $p=0,663$	$\chi^2=0,00$ $p=0,839$	
Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü							
Yok	435(%98,6)	6(%1,4)	1(%0,2)	1(%0,2)	0(%0,0)	1(%0,2)	487(%81,2)
Var	0(%0,0)	159(%100)	137(%86,2)	61(%38,4)	14(%8,8)	25(%15,7)	113(%18,8)
	$\chi^2=570,32$ $p=0,000$	$\chi^2=570,32$ $p=0,000$	$\chi^2=487,33$ $p=0,000$	$\chi^2=183,46$ $p=0,000$	$\chi^2=47,12$ $p=0,000$	$\chi^2=67,70$ $p=0,000$	
Travma öyküsü							
Yok	366(%73,2)	134(%26,8)	112(%22,4)	48(%9,6)	12(%2,4)	17(%3,4)	500(%83,3)
Var	69(%69,0)	31(%31,0)	26(%26,0)	14(%14,0)	2(%2,0)	9(%9,0)	100(%16,7)
	$\chi^2=0,74$ $p=0,391$	$\chi^2=0,74$ $p=0,391$	$\chi^2=0,61$ $p=0,435$	$\chi^2=1,74$ $p=0,187$	$\chi^2=0,06$ $p=0,809$	$\chi^2=6,30$ $p=0,012$	

Tablo 4.10.4'te gelecek ile ilişkili düşüncelere, dini inançlar ile ilişkili düşüncelere, alkol kullanımı öyküsüne ve sigara kullanımı öyküsüne göre ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ile ilgili bulgular verilmiştir. Gelecekte bir şey değişmeyecek görüşünde olan bireylerin %26,9'unun (n=35), gelecekte umutlu olan bireylerin %21,4'ünün (n=77), gelecek ile ilgili karamsar olan bireylerin ise %47,7'sinin (n=53) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Gelecek ile ilişkili düşünceler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Gelecekte bir şey değişmeyecek görüşünde olan bireylerin %21,5'inin (n=28), gelecekte umutlu olan bireylerin %17,3'ünün (n=62), gelecek ile ilgili karamsar olan bireylerin ise %43,2'sinin (n=48) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Gelecek ile ilişkili düşünceler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Gelecekte bir şey değişmeyecek görüşünde olan bireylerin %7,7'sinin (n=10), gelecekte umutlu olan bireylerin %7,2'sinin (n=26), gelecek ile ilgili karamsar olan bireylerin ise %23,4'ünün (n=26) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Gelecek ile ilişkili düşünceler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Gelecekte bir şey değişmeyecek görüşünde olan bireylerin %1,5'inin (n=2), gelecekte umutlu olan bireylerin %1,7'sinin (n=6), gelecek ile ilgili karamsar olan bireylerin ise %5,4'ünün (n=6) intihar planına sahip olduğu belirlenmiştir. Gelecek ile ilişkili düşünceler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Gelecekte bir şey değişmeyecek görüşünde olan bireylerin %2,3'ünde (n=3), gelecekte umutlu olan bireylerin %3,3'sinde (n=12), gelecek ile ilgili karamsar olan bireylerin ise %9,9'ünde (n=11) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Gelecek ile ilişkili düşünceler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$).

Dini inançlar arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Dini inancının zayıf olduğunu bildiren bireylerin %8,7'sinde (n=2), dini inancının orta derecede olduğunu bildiren bireylerin %3,1'inde (n=11), dini inancının güçlü olduğunu bildiren bireylerin ise %6,0'sında (n=13) intihar

girişimi öyküsü belirlenmiştir. Dini inançlar arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Alkol kullanım öyküsü olmayan bireylerin %4,5'inde (n=26) intihar girişimi saptanmıştır. Alkol kullanım öyküsü olan bireylerde ise intihar girişimi saptanmamıştır. Alkol kullanım öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sigara kullanım öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Sigara kullanım öyküsü olmayan bireylerin %4,5'inde (n=19) intihar girişimi saptanmıştır. Sigara kullanım öyküsü olan bireylerin ise %3,9'unda (n=7) intihar girişimi belirlenmiştir. Sigara kullanım öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.10.4. Gelecek ve dini inanç düşünceleri, alkol ve sigara kullanım öyküsü ile yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Gelecekle ilişkili düşünceleri							
Bir şey değişmeyecek	95(%73,1)	35(%26,9)	28(%21,5)	10(%7,7)	2(%1,5)	3(%2,3)	130(%21,7)
Umutlu	282(%78,6)	77(%21,4)	62(%17,3)	26(%7,2)	6(%1,7)	12(%3,3)	359(%59,8)
Karamsar	58(%52,3)	53(%47,7)	48(%43,2)	26(%23,4)	6(%5,4)	11(%9,9)	111(%18,5)
	$\chi^2=29,44$ $p=0,000$	$\chi^2=29,44$ $p=0,000$	$\chi^2=32,50$ $p=0,000$	$\chi^2=25,21$ $p=0,000$	$\chi^2=6,46$ $p=0,000$	$\chi^2=10,46$ $p=0,005$	
Dini inançları ile ilişkili düşünceleri							
Yok	2(%100)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	2(%0,3)
Zayıf	16(%69,6)	7(%30,4)	6(%26,1)	4(%17,4)	1(%4,3)	2(%8,7)	23(%3,8)
Orta	258(%71,9)	101(%28,1)	81(%22,6)	36(%10,0)	9(%2,5)	11(%3,1)	359(%59,8)
Güçlü	159(%73,6)	57(%26,4)	51(%23,6)	22(%10,2)	4(%1,9)	13(%6,0)	216(%36,0)
	$\chi^2=1,06$ $p=0,786$	$\chi^2=1,06$ $p=0,786$	$\chi^2=0,81$ $p=0,848$	$\chi^2=1,51$ $p=0,680$	$\chi^2=0,75$ $p=0,863$	$\chi^2=4,02$ $p=0,259$	
Alkol öyküsü							
Yok	423(%72,7)	159(%27,3)	133(%22,9)	59(%10,1)	13(%2,2)	26(%4,5)	582(%97)
Var	12(%66,7)	6(%33,3)	5(%27,8)	3(%16,7)	1(%5,6)	0(%0,0)	18(%3)
	$\chi^2=0,32$ $p=0,574$	$\chi^2=0,32$ $p=0,574$	$\chi^2=0,24$ $p=0,625$	$\chi^2=0,80$ $p=0,370$	$\chi^2=0,76$ $p=0,384$	$\chi^2=0,84$ $p=0,359$	
Sigara kullanım öyküsü							
Yok	299(%71,4)	120(%28,6)	101(%24,1)	44(%10,5)	10(%2,4)	19(%4,5)	419(%69,8)
Var	136(%75,1)	45(%24,9)	37(%20,4)	18(%9,9)	4(%2,2)	7(%3,9)	181(%30,2)
	$\chi^2=0,91$ $p=0,342$	$\chi^2=0,91$ $p=0,342$	$\chi^2=0,96$ $p=0,328$	$\chi^2=0,42$ $p=0,837$	$\chi^2=0,02$ $p=0,886$	$\chi^2=0,14$ $p=0,713$	

Tablo 4.10.5'te ailede ruhsal hastalık öyküsüne ve ailede intihar girişimi öyküsüne göre ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ile ilgili bulgular verilmiştir. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin %24,1'inin (n=112), ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin %39,3'ünün (n=53) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin %20,0'ının (n=93), ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin %33,3'ünün (n=45) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Ailede

ruhsal hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin %8,4'ünün ($n=39$), ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin %17,0'ının ($n=23$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$). Ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin %2,4'ünün ($n=11$), ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin %2,2'sinin ($n=3$) intihar planına sahip olduğu saptanmıştır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olmayan bireylerin %3,2'sinde ($n=15$), ailede ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin ise %8,1'inde ($n=11$) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,01$).

Ailede intihar öyküsü olmayan bireylerin %26,0'ının ($n=146$), ailede intihar öyküsü olan bireylerin %48,7'sinin ($n=19$) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Ailede intihar öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$). Ailede intihar girişimi öyküsü olmayan bireylerin %21,4'ünün ($n=120$), ailede intihar öyküsü olan bireylerin %46,2'sinin ($n=18$) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Ailede intihar öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Ailede intihar girişimi öyküsü olmayan bireylerin %9,4'ünün ($n=53$), ailede intihar öyküsü olan bireylerin %23,1'unun ($n=9$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Ailede intihar öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$).

Ailede intihar girişimi öyküsü olmayan bireylerin %3,6'sında ($n=20$), ailede intihar girişimi öyküsü olan bireylerin ise %15,4'ünde ($n=11$) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Ailede intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 4.10.5. Aile öyküsü ile yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Ailede ruhsal hastalık öyküsü							
Yok	353(%75,9)	112(%24,1)	93(%20,0)	39(%8,4)	11(%2,4)	15(%3,2)	465(%77,5)
Var	82(%60,753) $\chi^2=87,31$ $p=0,106$	53(%39,3) $\chi^2=12,08$ $p=0,001$	45(%33,3) $\chi^2=10,50$ $p=0,001$	23(%17,0) $\chi^2=8,45$ $p=0,004$	3(%2,2) $\chi^2=0,01$ $p=0,92$	11(%8,1) $\chi^2=6,11$ $p=0,01$	135(%22,5)
Ailede intihar öyküsü							
Yok	415(%74,0)	146(%26,0)	120(%21,4)	53(%9,4)	13(%2,3)	20(%3,6)	561(%93,5)
Var	20(%51,3) $\chi^2=9,42$ $p=0,002$	19(%48,7) $\chi^2=9,42$ $p=0,002$	18(%46,2) $\chi^2=12,63$ $p=0,000$	9(%23,1) $\chi^2=7,31$ $p=0,013$	1(%2,6) $\chi^2=0,05$ $p=0,821$	6(%15,4) $\chi^2=12,29$ $p=0,000$	39(%6,5)

4.11. Yaşam boyu ölüm ile ilgili düşünceler, intihar girişimi ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiler

Tablo 4.11.1’de yaşam boyu ve son bir aydaki major depresif epizod öyküsü, major depresif bozukluk öyküsü ve major depresif bozukluk tipi ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi gösterilmiştir. Major depresif epizod öyküsü olmayan bireylerin %14,4’ünün (n=53), major depresif epizod öyküsü olan bireylerin %48,1’inin (n=112), hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif epizod öyküsü olmayanların %11,2’sinin (n=41), major depresif epizod öyküsü olanların %41,6’sının (n=97), keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif epizod öyküsü olmayanların %3,0’ının (n=11), major depresif epizod öyküsü olanların %21,9’unun (n=51), hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif epizod öyküsü

olmayanlar arasında intihar planı öyküsü saptanmamıştır. Major depresif epizod öyküsü olanların ise %6,0'ının (n=14), intihar planı öyküsünün bulunduğu belirlenmiştir. Major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Major depresif epizod öyküsü olmayanların %1,4'ünde (n=5), major depresif epizod öyküsü olanların %9,0'ında (n=21) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Son bir ay major depresif epizod öyküsü olmayan bireylerin %19,9'unun (n=92), son bir ay major depresif epizod öyküsü olan bireylerin %52,9'unun (n=73), hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Son bir ay major depresif epizod öyküsü olmayanların %16,0'ının (n=74), son bir ay major depresif epizod öyküsü olanların %46,4'ünün (n=64), keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Son bir ay major depresif epizod öyküsü olmayanların %7,1'inin (n=33), son bir ay major depresif epizod öyküsü olanların %21,0'ının (n=29), hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Son bir ay major depresif epizod öyküsü olmayanların %1,1'inde (n=5), son bir ay major depresif epizod öyküsü olanların %6,5'inde (n=9) intihar planı öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Son bir ay major depresif epizod öyküsü olmayanların %3,2'sinde (n=15), major depresif epizod öyküsü olanların %8,0'ında (n=11) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Major depresif epizod öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireylerin %16,4'ünün (n=62), major depresif bozukluk öyküsü olan bireylerin %16,4'ünün (n=103), hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayanların %12,4'ünün (n=47), major depresif bozukluk öyküsü olanların %41,0'ının (n=91), keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayanların %4,0'ının (n=15), major depresif bozukluk öyküsü olanların %21,2'sinin (n=47), hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireyler arasında intihar planı saptanmamıştır. Major depresif bozukluk öyküsü olanların %6,3'ünde (n=14) intihar planı öyküsü belirlenmiştir. Major depresif bozukluk öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Major depresif bozukluk öyküsü olmayanların %1,3'ünde (n=5), major depresif bozukluk öyküsü olanların %9,5'inde (n=21) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Major depresif bozukluk öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireylerin %16,4'ünün (n=62), tek epizod öyküsü olan bireylerin %42,1'inin (n=61), rekürren epizodu olan bireylerin ise %54,5'inin (n=42) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk tipleri arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireylerin %12,4'ünün (n=47), tek epizod öyküsü olan bireylerin %36,6'sının (n=53), rekürren epizodu olan bireylerin ise %49,4'ünün (n=38) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk tipleri arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireylerin

%4,0'nin (n=15), tek epizod öyküsü olan bireylerin %18,6'sının (n=27), rekürren epizodu olan bireylerin ise %26,0'nin (n=20) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk tipleri arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireyler arasında intihar planı olan birey saptanmazken, tek epizod öyküsü olan bireylerin %6,2'sinin (n=9), rekürren epizodu olan bireylerin ise %6,5'inin (n=5) intihar planına sahip olduğu belirlenmiştir. Major depresif bozukluk tipleri arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Major depresif bozukluk öyküsü olmayan bireylerin %1,3'ünde (n=5), tek epizod öyküsü olan bireylerin %6,9'unda (n=10), rekürren epizodu olan bireylerin ise %14,3'ünde (n=11) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Major depresif bozukluk tipleri arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Tablo 4.11.1 Duygudurum bozuklukları ile yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Major depresif epizod							
Yok	314(%85,6)	53(%14,4)	41(11,2)	11(%3,0)	0(%0,0)	5(%1,4)	367(%61,2)
Var	121(%51,9) $\chi^2=80,83$ p=0,000	112(%48,1) $\chi^2=80,83$ p=0,000	97(%41,6) $\chi^2=74,66$ p=0,000	51(%21,9) $\chi^2=54,89$ p=0,000	14(%6,0) $\chi^2=24,50$ p=0,000	21(%9,0) $\chi^2=20,12$ p=0,000	233(%38,8)
Son bir ay							
Yok	370(%80,1)	92(%19,9)	74(%16,0)	33(%7,1)	5(%1,1)	15(%3,2)	462(%77,0)
Var	65(%47,1) $\chi^2=57,99$ p=0,000	73(%52,9) $\chi^2=57,99$ p=0,000	64(%46,4) $\chi^2=55,30$ p=0,000	29(%21,0) $\chi^2=22,07$ p=0,000	9(%6,5) $\chi^2=14,80$ p=0,000	11(%8,0) $\chi^2=5,72$ p=0,017	138(%23,0)
Major depresif bozukluk							
Yok	316(%83,6)	62(%16,4)	47(%12,4)	15(%4,0)	0(%0,0)	5(%1,3)	378(%63,0)
Var	119(%53,6) $\chi^2=63,11$ p=0,000	103(%16,4) $\chi^2=63,11$ p=0,000	91(%41,0) $\chi^2=64,40$ p=0,000	47(%21,2) $\chi^2=44,67$ p=0,000	14(%6,3) $\chi^2=26,63$ p=0,000	21(%9,5) $\chi^2=22,34$ p=0,000	222(%37,0)
Son bir ay							
Yok	372(%79,7)	95(%20,3)	76(%16,3)	34(%7,3)	5(%1,1)	15(%3,2)	467(%77,8)
Var	63(%47,4) $\chi^2=54,13$ p=0,000	70(%52,6) $\chi^2=54,13$ p=0,000	62(%46,6) $\chi^2=53,82$ p=0,000	28(%21,1) $\chi^2=21,19$ p=0,000	9(%6,8) $\chi^2=15,88$ p=0,000	11(%8,3) $\chi^2=6,39$ p=0,011	133(%22,2)
Major depresif bozukluk tipi							
Tek epizot	84(%57,9)	61(%42,1)	53(%36,6)	27(%18,6)	9(%6,2)	10(%6,9)	145(%24,2)
Rekürren	35(%45,5) $\chi^2=67,04$ p=0,000	42(%54,5) $\chi^2=67,04$ p=0,000	38(%49,4) $\chi^2=69,06$ p=0,000	20(%26,0) $\chi^2=47,61$ p=0,000	5(%6,5) $\chi^2=26,78$ p=0,000	11(%14,3) $\chi^2=28,96$ p=0,000	77(%12,8)

Tablo 4.11.2’de distimi, genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu, madde kullanıma bağılı duygudurum bozukluğu, başka turlu adlandırılmayan duygudurum bozukluğu, bipolar I bozukluk ve bipolar II bozukluk ile oluım duşunceleri ve intihar girişimi ilişkisi goşterilmiştir. Distimi ile oluım duşunceleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Distimi oğkusu olmayan bireylerin %4,6’sında (n=26) intihar girişimi oğkusu saptanmıştır. Distimi tanısı olan bireyler arasında ise intihar girişimi oğkusu bulunmamıştır. Distimi tanısı olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi oğkusu açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu oğkusu olmayan bireylerin %20,7’sinin (n=160), genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu oğkusu olan bireylerin ise %62,5’inin (n=5) hayat yaşamaya değmez duşuncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu tanısı olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez duşuncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,026). Genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu tanısı olan ve olmayan bireyler arasında diğer oluım duşunceleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu oğkusu olmayan bireylerin %4,4’u (n=26) intihar girişimi oğkusu belirlenmiştir. Genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu tanısı olan bireyler arasında ise intihar girişimi oğkusu saptanmamıştır. Genel tıbbi duruma bağılı duygudurum bozukluğu tanısı olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi oğkusu açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Madde kullanımına bağılı duygudurum bozukluğu tanısı alan ve intihar girişiminde bulunan bir birey bulunmamıştır.

Başka turlu adlandırılmayan duygudurum bozukluğu tanısı olan ve olmayan bireyler arasında oluım duşunceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Başka turlu adlandırılmayan duygudurum bozukluğu oğkusu olmayan bireylerin %4,1’inde (n=24), başka turlu adlandırılmayan duygudurum bozukluğu oğkusu olan bireylerin ise %22,2’sinde (n=2) intihar girişimi oğkusu belirlenmiştir. Başka turlu adlandırılmayan duygudurum bozukluğu tanısı olan ve olmayan bireyler

arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,014$).

Bipolar I bozukluğu olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Bipolar I bozukluk tanısı alan birey sayısı 5'in altında olduğu için istatistiksel olarak değerlendirilmemiştir.

Bipolar II bozukluk tanısı olmayan bireylerin %27,1'inin ($n=162$), bipolar II bozukluk tanısı olan bireylerin ise %100,0'inin ($n=3$) hayat yaşmaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Bipolar II bozukluk tanısı olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşmaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$). Bipolar II bozukluk tanısı olan ve olmayan bireyler arasında diğer ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bipolar II bozukluğu olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır.



Tablo 4.11.2. Duygudurum bozuklukları ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayata yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Distimi							
Yok	411(%72,9)	153(%27,1)	128(%22,7)	58(%10,3)	14(%2,5)	26(%4,6)	564(%94,0)
Var	24(%66,7)	12(%33,3)	10(%27,8)	4(%11,1)	0(%0,0)	0(%0,0)	36(%6,0)
	$\chi^2=0,65$ p=0,419	$\chi^2=0,65$ p=0,419	$\chi^2=0,494$ p=0,482	$\chi^2=0,02$ p=0,874	$\chi^2=0,96$ p=0,327	$\chi^2=1,74$ p=0,188	
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu							
Yok	432(%73,0)	160(%27,0)	135(%22,8)	61(%10,3)	14(%2,4)	26(%4,4)	592(%98,7)
Var	3(%37,5)	5(%62,5)	3(%37,5)	1(%12,5)	0(%0,0)	0(%0,0)	8(%1,3)
	$\chi^2=4,98$ p=0,026	$\chi^2=4,98$ p=0,026	$\chi^2=0,96$ p=0,327	$\chi^2=0,04$ p=0,839	$\chi^2=0,20$ p=0,652	$\chi^2=0,37$ p=0,544	
Son Bir Ay							
Yok	0(%0,0)	164(%27,5)	137(%22,9)	62(%10,4)	0(%0,0)	0(%0,0)	597(%99,5)
Var	0(%0,0)	1(%33,3)	1(%33,3)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	3(%0,5)
	$\chi^2=0,05$ p=0,821	$\chi^2=0,05$ p=0,821	$\chi^2=0,18$ p=0,670	$\chi^2=0,35$ p=0,556	$\chi^2=0,08$ p=0,784	$\chi^2=1,14$ p=0,712	
Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu							
Yok	435(%72,6)	164(%27,4)	137(%22,9)	61(%10,2)	14(%2,3)	26(%4,3)	599(%99,8)
Var	0(%0,0)	1(%100)	1(%100)	1(%100)	0(%0,0)	0(%0,0)	1(%0,2)
	$\chi^2=2,64$ p=0,104	$\chi^2=2,64$ p=0,104	$\chi^2=3,35$ p=0,067	$\chi^2=8,69$ p=0,003	$\chi^2=0,03$ p=0,874	$\chi^2=0,05$ p=0,831	
Son Bir Ay							
Yok	435(%72,6)	164(%27,4)	137(%22,9)	61(%10,2)	14(%2,3)	26(%4,3)	599(%99,8)
Var	0(%0,0)	1(%100)	1(%100)	1(%100)	0(%0,0)	0(%0,0)	1(%0,2)
	$\chi^2=2,64$ p=0,104	$\chi^2=2,64$ p=0,104	$\chi^2=3,35$ p=0,067	$\chi^2=8,69$ p=0,003	$\chi^2=0,03$ p=0,874	$\chi^2=0,05$ p=0,831	
BTA Depresif Bozukluk							
Yok	429(%72,6)	162(%27,4)	75(%12,7)	22(%3,7)	14(%2,4)	24(%4,1)	590(%98,3)
Var	6(%66,7)	3(%33,3)	1(%11,1)	0(%0,0)	0(%0,0)	2(%22,2)	10(%1,7)
	$\chi^2=0,03$ p=0,858	$\chi^2=0,03$ p=0,858	$\chi^2=0,28$ p=0,596	$\chi^2=1,03$ p=0,311	$\chi^2=0,20$ p=0,652	$\chi^2=6,02$ p=0,014	
Son Bir Ay							
Yok	429(%72,6)	162(%27,4)	135(%22,8)	60(%10,2)	0(%0,0)	0(%0,0)	591(%98,5)
Var	6(%66,7)	3(%33,3)	3(%33,3)	2(%22,2)	0(%0,0)	0(%0,0)	9(%1,5)
	$\chi^2=0,16$ p=0,693	$\chi^2=0,16$ p=0,693	$\chi^2=0,55$ p=0,458	$\chi^2=1,39$ p=0,238	$\chi^2=0,18$ p=0,674	$\chi^2=7,05$ p=0,008	
Bipolar I Bozukluk							
Yok	435(%72,7)	163(%27,3)	137(%22,9)	61(%10,2)	14(%2,3)	26(%4,3)	598(%99,7)
Var	0(%0,0)	2(%100,0)	1(%50,0)	1(%50,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	2(%0,3)
	$\chi^2=5,29$ p=0,021	$\chi^2=5,29$ p=0,021	$\chi^2=0,83$ p=0,363	$\chi^2=3,41$ p=0,065	$\chi^2=0,05$ p=0,823	$\chi^2=0,09$ p=0,763	
Bipolar II Bozukluk							
Yok	435(%72,9)	162(%27,1)	136(%22,8)	61(%10,2)	14(%2,3)	26(%4,4)	597(%99,5)
Var	0(%0,0)	3(%100,0)	2(%66,7)	1(%33,3)	0(%0,0)	0(%0,0)	3(%0,5)
	$\chi^2=7,95$ p=0,005	$\chi^2=7,95$ p=0,005	$\chi^2=3,25$ p=0,072	$\chi^2=1,72$ p=0,190	$\chi^2=0,08$ p=0,784	$\chi^2=0,14$ p=0,712	

Tablo 4.11.3’de şizofreni, sanrısız bozukluk, hezeyan ve hallüsinasyon öyküsü ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi gösterilmiştir. Şizofreni, sanrısız bozukluk tanısı alan, hezeyan ve hallüsinasyon öyküsü bulunan bireylerin sayısı 5’in altında olması nedeniyle istatistiksel olarak değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.11.3. Psikotik bozukluklar ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölssem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Şizofreni							
Yok	433(%72,4)	165(%27,6)	138(%23,1)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,2)	598(%99,7)
Var	2(%100)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	2(%0,3)
	$\chi^2=0,76$ p=0,383	$\chi^2=0,76$ p=0,383	$\chi^2=0,60$ p=0,439	$\chi^2=0,23$ p=0,631	$\chi^2=0,05$ p=0,823	$\chi^2=0,09$ p=0,763	
Hezeyan							
Yok	432(%72,5)	27(%4,5)	137(%23,0)	61(%10,2)	13(%2,2)	26(%4,4)	596(%99,3)
Var	3(%75,0)	0(%0,0)	1(%25,0)	1(%25,0)	1(%25,0)	0(%0,0)	4(%0,7)
	$\chi^2=0,13$ p=0,911	$\chi^2=0,13$ p=0,911	$\chi^2=0,01$ p=0,924	$\chi^2=0,94$ p=0,334	$\chi^2=8,62$ p=0,003	$\chi^2=0,18$ p=0,669	
Hallüsinasyon							
Yok	434(%72,4)	27(%4,5)	138(%100,0)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,3)	599(%99,8)
Var	1(%100)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	1(%0,2)
	$\chi^2=0,38$ p=0,538	$\chi^2=0,38$ p=0,538	$\chi^2=0,299$ p=0,584	$\chi^2=0,12$ p=0,734	$\chi^2=0,03$ p=0,874	$\chi^2=0,05$ p=0,831	
Sanrısız bozukluk							
Yok	435(%72,5)	165(%27,5)	138(%23,0)	62(%10,3)	14(%2,3)	26(%4,3)	600(%100)
Var	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0)

Tablo 4.11.4’da yaşam boyu ve son bir ayda alkol kullanım bozuklukları ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi gösterilmiştir. Alkol bağımlılığı olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Alkol bağımlılığı öyküsü olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü bulunmamıştır. Alkol bağımlılığı olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Son bir ay alkol bağımlılığı tanısını karşılamayan bireylerin %10,0’inin (n=59) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenirken, son bir ay alkol bağımlılığı tanısını karşılayan bireyler arasında ise %33,3’ünün (n=3) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay alkol bağımlılığı olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark anlamlı

bulunmuştur ($p=0,025$). Son bir ay alkol bağımlılığı olan ve olmayan bireyler arasında diğer ölüm düşünceleri açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Son bir ay alkol bağımlılığı tanısı olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü bulunmamıştır.

Yaşam boyu ve son bir ay alkol kötüye kullanımı olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Son bir ay ve yaşam boyu alkol kötüye kullanımı öyküsü olan birey sayısı beşten az olduğu için istatistiksel olarak değerlendirilmemiştir.

Tablo 4.11.4 Alkol kullanım bozuklukları ile yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Alkol Bağımlılığı							
Yok	425(%72,5)	161(%27,5)	135(%23,0)	59(%10,1)	13(%2,2)	26(%4,4)	586(%97,7)
Var	10(%71,4) $\chi^2=0,01$ $p=0,928$	4(%28,6) $\chi^2=0,01$ $p=0,928$	3(%21,4) $\chi^2=0,02$ $p=0,888$	3(%21,4) $\chi^2=1,91$ $p=0,168$	1(%7,1) $\chi^2=1,33$ $p=0,248$	0(%0,0) $\chi^2=0,65$ $p=0,420$	14(%2,3)
Son bir ay							
Yok	429(%72,6)	162(%27,4)	135(%22,8)	59(%10,0)	13(%2,2)	26(%4,4)	591(%98,5)
Var	6(%66,7) $\chi^2=0,16$ $p=0,693$	3(%33,3) $\chi^2=0,16$ $p=0,693$	3(%33,3) $\chi^2=0,55$ $p=0,458$	3(%33,3) $\chi^2=5,22$ $p=0,025$	1(%11,1) $\chi^2=2,89$ $p=0,089$	0(%0,0) $\chi^2=0,41$ $p=0,520$	9(%1,5)
Alkol kötüye kullanımı							
Yok	434(%72,6)	164(%27,4)	137(%22,9)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,3)	598(%99,7)
Var	1(%50,0) $\chi^2=0,51$ $p=0,475$	1(%50,0) $\chi^2=0,51$ $p=0,475$	1(%50,0) $\chi^2=0,83$ $p=0,363$	0(%0,0) $\chi^2=0,23$ $p=0,631$	0(%0,0) $\chi^2=0,05$ $p=0,823$	0(%0,0) $\chi^2=0,09$ $p=0,763$	2(%0,3)
Son bir ay							
Yok	434(%72,6)	164(%27,4)	137(%22,9)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,3)	598(%99,7)
Var	1(%50,0) $\chi^2=0,51$ $p=0,475$	1(%50,0) $\chi^2=0,51$ $p=0,475$	1(%50,0) $\chi^2=0,83$ $p=0,363$	0(%0,0) $\chi^2=0,23$ $p=0,631$	0(%0,0) $\chi^2=0,05$ $p=0,823$	0(%0,0) $\chi^2=0,09$ $p=0,763$	2(%0,3)

Tablo 4.11.5 ve 4.11.6'da anksiyete bozuklukları ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi gösterilmiştir. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %80'inin ($n=8$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %26,6'sının ($n=157$) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler

arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %80'inin ($n=8$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %22,0'nın ($n=130$) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %50,0'inin ($n=5$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %9,7'sinin ($n=57$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %10,0'unda ($n=1$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %4,2'inde ($n=25$) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %87,5'inin ($n=7$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %26,7'sinin ($n=158$) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %87,5'inin ($n=7$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %22,1'inin ($n=131$) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %50,0'inin ($n=4$), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %9,8'inin ($n=58$) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$). Son bir ay agorafobi ile birlikte panik

bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan bireylerin %12,5'inde (n=1), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olmayan bireylerin %4,2'sinde (n=25) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay agorafobi ile birlikte panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Agorafobi olmadan panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Agorafobi olmadan panik bozukluğu olan bireylerin %4,8'inde (n=1), agorafobi olmadan panik bozukluğu olmayan bireylerin %4,2'sinde (n=25) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Agorafobi olmadan panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Son bir ay agorafobi olmadan panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Son bir ay agorafobi olmadan panik bozukluğu olan bireylerin %4,8'inde (n=1), son bir ay agorafobi olmadan panik bozukluğu olmayan bireylerin %4,3'ünde (n=25) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay agorafobi olmadan panik bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Panik bozukluğu olmadan agorafobi tanısı olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü bulunmamıştır. Panik bozukluğu olmadan agorafobi öyküsü olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü ve ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin %6,7'sinde (n=2), obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerin %4,2'sinde (n=24) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,520). Obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Son bir ay obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında da ölüm düşünceleri

açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin %3,8'inde (n=1), son bir ay obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerin %4,4'ünde (n=25) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay obsesif kompulsif bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Posttravmatik stres bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Posttravmatik stres bozukluğu olan bireylerin %7,7'sinde (n=2), posttravmatik stres bozukluğu olmayan bireylerin %4,2'sinde (n=24) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Posttravmatik stres bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay posttravmatik stres bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında da ölüm düşünceleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Son bir ay posttravmatik stres bozukluğu olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Son bir ay posttravmatik stres bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.11.5 Anksiyete bozuklukları ile yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayata yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Agorafobili panik bozukluğu							
Yok	433(%73,4)	157(%26,6)	130(%22,0)	57(%9,7)	13(%2,2)	25(%4,2)	590(%98,3)
Var	2(%20,0) $x^2=14,06$ $p=0,000$	8(%80,0) $x^2=14,06$ $p=0,000$	8(%80,0) $x^2=18,66$ $p=0,000$	5(%50,0) $x^2=17,27$ $p=0,000$	1(%10,0) $x^2=2,89$ $p=0,201$	1(%10,0) $x^2=0,79$ $p=0,375$	10(%1,7)
Son bir ay							
Yok	434(%73,3)	158(%26,7)	131(%22,1)	58(%9,8)	13(%2,2)	25(%4,2)	592(%98,7)
Var	1(%12,5) $x^2=14,64$ $p=0,000$	7(%87,5) $x^2=14,64$ $p=0,000$	7(%87,5) $x^2=19,05$ $p=0,000$	4(%50,0) $x^2=13,77$ $p=0,005$	1(%12,5) $x^2=4,18$ $p=0,160$	1(%12,5) $x^2=1,30$ $p=0,253$	8(%1,3)
Agorafobisiz panik bozukluğu							
Yok	422(%72,9)	157(%27,1)	133(%23,0)	60(%10,4)	14(%2,4)	25(%4,3)	499(%96,5)
Var	13(%61,9) $x^2=1,23$ $p=0,268$	8(%38,1) $x^2=1,23$ $p=0,268$	5(%23,8) $x^2=0,01$ $p=0,928$	2(%9,5) $x^2=0,02$ $p=0,901$	0(%0,0) $x^2=0,52$ $p=0,472$	1(%4,8) $x^2=0,01$ $p=0,922$	21(%3,5)
Son bir ay							
Yok	427(%72,9)	159(%27,1)	133(%22,7)	60(%10,2)	14(%2,4)	25(%4,3)	586(%97,7)
Var	8(%57,1) $x^2=1,70$ $p=0,193$	6(%42,9) $x^2=1,70$ $p=0,193$	5(%35,7) $x^2=1,31$ $p=0,253$	2(%14,3) $x^2=0,24$ $p=0,623$	0(%0,0) $x^2=0,33$ $p=0,564$	1(%7,1) $x^2=0,27$ $p=0,601$	14(%2,3)
Panik bozukluğu olmadan agorafobi							
Yok	432(%72,6)	163(27,4)	137(%23,0)	61(%10,3)	14(%2,4)	26(%4,4)	595(%99,2)
Var	3(%60,0) $x^2=0,40$ $p=0,530$	2(%40,0) $x^2=0,40$ $p=0,530$	1(%20,0) $x^2=0,03$ $p=0,873$	1(%20,0) $x^2=0,51$ $p=0,476$	0(%0,0) $x^2=0,126$ $p=0,723$	0(%0,0) $x^2=0,23$ $p=0,633$	5(%0,8)
Obsesif kompulsif bozukluk							
Yok	414(%72,6)	156(%27,4)	130(%22,8)	59(%10,4)	13(%2,3)	24(%4,2)	570(%95,0)
Var	21(%70,0) $x^2=0,10$ $p=0,753$	9(%30,0) $x^2=0,10$ $p=0,753$	8(%26,7) $x^2=0,24$ $p=0,624$	3(%10,0) $x^2=0,00$ $p=0,951$	1(%3,3) $x^2=0,16$ $p=0,690$	2(%6,7) $x^2=0,42$ $p=0,520$	30(%5,0)
Son bir ay							
Yok	417(%72,6)	157(%27,4)	131(%22,8)	60(%10,5)	13(%2,3)	25(%4,4)	574(%95,7)
Var	18(%69,2) $x^2=0,15$ $p=0,703$	8(%30,8) $x^2=0,15$ $p=0,703$	7(%26,9) $x^2=0,24$ $p=0,627$	2(%7,7) $x^2=0,21$ $p=0,651$	1(%3,8) $x^2=0,27$ $p=0,605$	1(%3,8) $x^2=0,02$ $p=0,901$	26(%4,3)
Posttravmatik stres bozukluğu							
Yok	417(%72,6)	157(%27,4)	132(%23,0)	59(%10,3)	14(%2,4)	24(%4,2)	574(%95,7)
Var	18(%69,2) $x^2=0,15$ $p=0,703$	8(%30,8) $x^2=0,15$ $p=0,703$	6(%23,1) $x^2=0,00$ $p=0,992$	3(%11,5) $x^2=0,04$ $p=0,836$	0(%0,0) $x^2=0,63$ $p=0,429$	2(%7,7) $x^2=0,74$ $p=0,390$	26(%4,3)
Son bir ay							
Yok	430(%72,3)	165(%100,0)	138(%100,0)	62(%100,0)	14(%2,4)	26(%4,4)	595(%99,2)
Var	5(%100,0) $x^2=1,91$ $p=0,167$	0(%0,0) $x^2=1,91$ $p=0,167$	0(%0,0) $x^2=1,51$ $p=0,220$	0(%0,0) $x^2=0,58$ $p=0,446$	0(%0,0) $x^2=0,13$ $p=0,723$	0(%0,0) $x^2=0,23$ $p=0,633$	5(%0,8)

Sosyal fobisi olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sosyal fobisi olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Sosyal fobisi olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay sosyal fobisi olan ve olmayan bireyler arasında da ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay sosyal fobisi olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır. Son bir ay sosyal fobisi olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Özgül fobisi olan bireylerin %41,7'sinin (n=20), özgül fobisi olmayanların %26,3'ünün (n=145) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,022). Özgül fobisi olan bireylerin %39,6'sının (n=19), özgül fobisi olmayan bireylerin %21,6'sının (n=119) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Özgül fobisi olan bireylerin %20,8'inin (n=10), özgül fobisi olmayan bireylerin %9,4'ünün (n=52) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,013). Özgül fobisi olan bireylerin %6,3'ünde (n=3), özgül fobisi olmayan bireylerin %4,2'sinde (n=23) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay özgül fobisi olan bireylerin %41,3'ünün (n=19), son bir ay özgül fobisi olmayanların %26,4'ünün (n=146) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). Son bir ay özgül fobisi olan bireylerin %39,1'inin (n=18), son bir ay özgül fobisi olmayan bireylerin %21,7'sinin (n=120) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,007). Son bir ay özgül fobisi olan bireylerin

%19,6'sının (n=9), son bir ay özgül fobisi olmayan bireylerin %9,6'sının (n=53) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,032). Son bir ay özgül fobisi olan bireylerin %4,3'ünde (n=2), son bir ay özgül fobisi olmayan bireylerin %4,3'ünde (n=24) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay özgül fobisi olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %50,0'ının (n=24), yaygın anksiyete bozukluğu olmayanların %25,5'inin (n=141) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %41,7'sinin (n=20), yaygın anksiyete bozukluğu olmayan bireylerin %21,4'ünün (n=118) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %22,9'unun (n=11), yaygın anksiyete bozukluğu olmayan bireylerin %9,2'sinin (n=51) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %14,6'sında (n=7), yaygın anksiyete bozukluğu olmayan bireylerin %3,4'ünde (n=19) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %48,9'unun (n=23), son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olmayanların %25,7'sinin (n=142) hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Son bir

ay yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %40,4'ünün (n=19), son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olmayan bireylerin %21,5'inin (n=119) keşke ölsem düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında keşke ölsem düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %21,3'ünün (n=10), son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olmayan bireylerin %9,4'ünün (n=52) hayatına son verme düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında hayatına son verme düşüncesi açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,010). Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar planı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %14,9'unda (n=7), son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olmayan bireylerin %3,4'ünde (n=19) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Son bir ay yaygın anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu olan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü bulunmamıştır.

Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu olan bireyler arasında ölüm düşünceleri ve intihar girişimi öyküsü bulunmamıştır. Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu olan bireyler arasında da intihar girişimi ve ölüm düşüncesi öyküsü bulunmamıştır.

Tablo 4.11.6 Anksiyete bozuklukları ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbirini yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Sosyal fobi							
Yok	419(%72,6)	158(%27,4)	132(%22,9)	60(%10,4)	14(%2,4)	26(%4,5)	577(%96,2)
Var	16(%69,6) $\chi^2=0,10$ $p=0,748$	7(%30,4) $\chi^2=0,10$ $p=0,748$	6(%26,1) $\chi^2=0,13$ $p=0,720$	2(%8,7) $\chi^2=0,07$ $p=0,792$	0(%0,0) $\chi^2=0,60$ $p=0,439$	0(%0,0) $\chi^2=1,08$ $p=0,298$	23(%3,8)
Son bir ay							
Yok	419(%72,6)	158(%27,4)	132(%22,9)	60(%10,4)	14(%2,4)	26(%4,5)	577(%96,2)
Var	16(%69,6) $\chi^2=0,10$ $p=0,748$	7(%30,4) $\chi^2=0,10$ $p=0,748$	6(%26,1) $\chi^2=0,13$ $p=0,720$	2(%8,7) $\chi^2=0,07$ $p=0,792$	0(%0,0) $\chi^2=0,60$ $p=0,439$	0(%0,0) $\chi^2=1,08$ $p=0,298$	23(%3,8)
Özgül fobi							
Yok	407(%73,7)	145(%26,3)	119(%21,6)	52(%9,4)	12(%2,2)	23(%4,2)	552(%92,0)
Var	28(%58,3) $\chi^2=5,25$ $p=0,022$	20(%41,7) $\chi^2=5,25$ $p=0,022$	19(%39,6) $\chi^2=8,10$ $p=0,004$	10(%20,8) $\chi^2=6,21$ $p=0,013$	2(%4,2) $\chi^2=0,83$ $p=0,364$	3(%6,3) $\chi^2=0,46$ $p=0,497$	48(%8,0)
Son bir ay							
Yok	408(%73,6)	146(%26,4)	120(%21,7)	53(%9,6)	12(%2,2)	24(%4,3)	554(%92,3)
Var	27(%58,7) $\chi^2=4,76$ $p=0,029$	19(%41,3) $\chi^2=4,76$ $p=0,029$	18(%39,1) $\chi^2=7,32$ $p=0,007$	9(%19,6) $\chi^2=4,58$ $p=0,032$	2(%4,3) $\chi^2=0,89$ $p=0,346$	2(%4,3) $\chi^2=0,00$ $p=0,996$	46(%7,7)
Yaygın anksiyete bozukluğu							
Yok	411(%74,5)	141(%25,5)	118(%21,4)	51(%9,2)	12(%2,2)	19(%3,4)	552(%92,0)
Var	24(%50,0) $\chi^2=13,25$ $p=0,000$	24(%50,0) $\chi^2=13,25$ $p=0,000$	20(%41,7) $\chi^2=10,27$ $p=0,001$	11(%22,9) $\chi^2=8,92$ $p=0,003$	2(%4,2) $\chi^2=1,10$ $p=0,293$	7(%14,6) $\chi^2=13,22$ $p=0,000$	48(%8,0)
Son bir ay							
Yok	411(%74,3)	142(%25,7)	119(%21,5)	52(%9,4)	12(%2,2)	19(%3,4)	553(%92,2)
Var	24(%51,1) $\chi^2=11,75$ $p=0,001$	23(%48,9) $\chi^2=11,75$ $p=0,001$	19(%40,4) $\chi^2=8,74$ $p=0,003$	10(%21,3) $\chi^2=6,59$ $p=0,010$	2(%4,3) $\chi^2=1,19$ $p=0,276$	7(%14,9) $\chi^2=13,72$ $p=0,000$	47(%7,8)
Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu							
Yok	424(%72,5)	161(%27,5)	134(%22,9)	62(%10,6)	14(%2,4)	26(%4,4)	585(%97,5)
Var	11(%73,3) $\chi^2=0,01$ $p=0,942$	4(%26,7) $\chi^2=0,01$ $p=0,942$	4(%26,7) $\chi^2=0,12$ $p=0,733$	0(%0,0) $\chi^2=1,77$ $p=0,183$	0(%0,0) $\chi^2=0,39$ $p=0,535$	0(%0,0) $\chi^2=0,70$ $p=0,404$	15(%2,5)
Son bir ay							
Yok	425(%72,3)	163(%27,7)	136(%23,1)	62(%10,5)	14(%2,4)	26(%4,4)	588(%98,0)
Var	10(%83,3) $\chi^2=0,72$ $p=0,396$	2(%16,7) $\chi^2=0,72$ $p=0,396$	2(%16,7) $\chi^2=0,28$ $p=0,598$	0(%0,0) $\chi^2=1,41$ $p=0,235$	0(%0,0) $\chi^2=0,31$ $p=0,580$	0(%0,0) $\chi^2=0,56$ $p=0,456$	12(%2,0)
Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu							
Yok	430(%72,3)	165(%27,7)	138(%23,2)	62(%10,4)	14(%2,4)	26(%4,4)	595(%99,2)
Var	5(%100) $\chi^2=1,91$ $p=0,167$	0(%0,0) $\chi^2=1,91$ $p=0,167$	0(%0,0) $\chi^2=1,51$ $p=0,220$	0(%0,0) $\chi^2=0,58$ $p=0,446$	0(%0,0) $\chi^2=0,13$ $p=0,723$	0(%0,0) $\chi^2=0,23$ $p=0,633$	5(%0,8)
Son bir ay							
Yok	433(%72,4)	165(%27,6)	138(%23,2)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,3)	598(%99,7)
Var	2(%0,5) $\chi^2=1,91$ $p=0,384$	0(%0,0) $\chi^2=1,91$ $p=0,384$	0(%0,0) $\chi^2=0,51$ $p=0,471$	0(%0,0) $\chi^2=0,58$ $p=0,748$	0(%0,0) $\chi^2=0,13$ $p=0,939$	0(%0,0) $\chi^2=0,23$ $p=0,892$	2(%0,3)

Tablo 4.11.7’de somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluğu ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi gösterilmiştir. Çalışmamızda somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis ve vücut dismorfik bozukluğu tanılarını karşılayan birey bulunmamıştır. Farklılaşmamış somatoform bozukluk tanısını karşılayan bir bireyde ise herhangi bir ölüm düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır.

Çalışmamızda anoreksiya nervoza tanısını karşılayan birey bulunmamıştır. Bulimia nervoza tanısını karşılayan bir bireyde ise herhangi bir ölüm düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü saptanmamıştır.

Uyum bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında ölüm düşünceleri açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Uyum bozukluğu olan bireylerin %6,1’inde (n=2), uyum bozukluğu olmayan bireylerin ise %4,2’sinde (n=24) intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Uyum bozukluğu olan ve olmayan bireyler arasında intihar girişimi öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.11.7 Somatoform bozukluklar ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi ilişkisi

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsen düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi	Toplam n(%)
Somatizasyon bozukluğu							
Yok	435(%72,5)	165(%27,5)	76(%12,7)	62(%10,3)	14(%2,3)	26(%4,3)	600(%100)
Var	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Farklaşmamış somatoform bozukluk							
Yok	434(%72,5)	165(%27,5)	138(%23,0)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,3)	599(%99,8)
Var	1(%100) $x^2=0,38$ $p=0,538$	0(%0,0) $x^2=0,38$ $p=0,538$	0(%0,0) $x^2=0,30$ $p=0,584$	0(%0,0) $x^2=0,12$ $p=0,734$	0(%0,0) $x^2=0,03$ $p=0,874$	0(%0,0) $x^2=0,05$ $p=0,831$	1(%0,2)
Hipokondriazis							
Yok	435(%72,5)	165(%27,5)	138(%23,0)	62(%10,3)	14(%2,3)	26(%4,3)	600(%100)
Var	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Vücut dismorfik bozukluğu							
Yok	435(%72,5)	165(%27,5)	138(%23,0)	62(%10,3)	14(%2,3)	26(%4,3)	600(%100)
Var	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Anoreksiya nervoza							
Yok	435(%72,5)	165(%27,5)	138(%23,0)	62(%10,3)	14(%2,3)	26(%4,3)	600(%100)
Var	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Bulimia nervoza							
Yok	434(%72,5)	165(%27,5)	138(%23,0)	62(%10,4)	14(%2,3)	26(%4,3)	599(%99,8)
Var	1(%100) $x^2=0,38$ $p=0,538$	0(%0,0) $x^2=0,38$ $p=0,538$	0(%0,0) $x^2=0,30$ $p=0,584$	0(%0,0) $x^2=0,12$ $p=0,734$	0(%0,0) $x^2=0,03$ $p=0,874$	0(%0,0) $x^2=0,05$ $p=0,831$	1(%0,2)
Uyum bozukluğu							
Yok	413(%72,8)	154(%27,2)	128(%22,6)	59(%10,4)	14(%2,5)	24(%4,2)	567(%94,5)
Var	22(%66,7) $x^2=0,60$ $p=0,440$	11(%33,3) $x^2=0,60$ $p=0,440$	10(%30,3) $x^2=1,05$ $p=0,305$	3(%9,1) $x^2=0,06$ $p=0,809$	0(%0,0) $x^2=0,82$ $p=0,365$	2(%6,1) $x^2=0,25$ $p=0,616$	33(%5,5)

4.12. Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimi Olan Bireylerde Risk Faktörleri

Cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, eğitim düzeyi, meslek, iş memnuniyeti, yaşadığı bölgeye göre sosyoekonomik düzeyi, aylık toplam geliri, hayatının büyük kısmının geçtiği yer, tedavi arama davranışı, ailede intihar girişimi öyküsü, dini inancı, tıbbi hastalık öyküsü, travma öyküsü, alkol kullanımı öyküsü, sigara kullanımı öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ailede alkol kullanımı öyküsü ve psikiyatrik bozukluklar ve major depresif bozukluk tipi, ölüm düşünceleri ve intihar girişimine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla lojistik regresyon analizine alınmıştır. Lojistik regresyon analizinde cinsiyet, çocuk sayısı, medeni durum, iş memnuniyeti, ailede intihar girişimi öyküsü, eşlik eden tıbbi hastalık öyküsü, major depresif bozukluk, major depresif bozukluk tipi, bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, agorofobili panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve uyum bozukluğu hayat yaşamaya değmez düşüncesini etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Bu faktörlerden kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi öyküsü varlığı, eşlik eden bir tıbbi hastalık varlığı, major depresif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, agorofobili panik bozukluğu tanıları varlığı, hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı derecede artıran faktörler olarak belirlenmiştir. Resmi nikahlı ve dul olma ile uyum bozukluğu ise anlamlı olarak hayat yaşamaya değmez düşüncesini azaltan faktörler olarak bulunmuştur. Hayat yaşamaya değmez düşüncesini etkileyen faktörler tablo 4.12.1'de toplu olarak görülmektedir.

Tablo 4.12.1 Hayat yaşamaya değmez düşüncesi olan bireylerde ilişkili faktörler

	β	OR	%95 CI		Sig.
			Alt	Üst	
Cinsiyet		1			
Kadın					
Erkek	-0,6990	0,4971	0,3103	0,7962	0,0036
Çocuk sayısı		1			
0					
1	0,8373	2,3102	0,7680	6,9495	0,1362
2	0,5885	1,8013	0,6243	5,1968	0,2763
3	-0,1695	0,8441	0,2680	2,6585	0,7721
4	0,1720	1,1877	0,3549	3,9743	0,7802
Medeni Durum		1			
Bekar					
İmam nikahlı	1,1395	3,1251	0,3461	28,2191	0,3101
Resmi nikahlı	-1,2296	0,2924	0,0944	0,9056	0,0330
Boşanmış	-0,5311	0,5879	0,1125	3,0725	0,5290
Dul	-1,6601	0,1901	0,0431	0,8387	0,0284
İş memnuniyeti		1			
Memnun değil					
Memnun	-0,2233	0,7999	0,4946	1,2938	0,3628
Ailede intihar girişimi öyküsü		1			
Yok					
Var	1,1002	3,0048	1,4227	6,3462	0,0039
Eşlik eden tıbbi hastalığın varlığı		1			
Yok					
Var	0,5177	1,6781	1,0282	2,7388	0,0383
Majör Depresif Bozukluk		1			
Yok					
Var	1,9468	7,0059	3,7615	13,0487	0,0000
Majör depresif bozukluk tipi		1			
Tek epizot					
Rekürren	-0,5147	0,5977	0,3222	1,1087	0,1026
Bipolar I Bozukluk		1			
Yok					
Var	9,1570	9480,9052	0,0000	1,102E+26	0,7239
Bipolar II Bozukluk		1			
Yok					
Var	9,0529	8543,1150	0,0000	4,469E+20	0,6449
Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu		1			
Yok					
Var	8,6276	5583,6569	0,0000	9,042E+34	0,8140
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu		1			
Yok					
Var	2,5949	13,3953	1,3255	135,3758	0,0279
Agorofobili panik bozukluk		1			
Yok					
Var	2,0059	7,4325	1,2002	46,0266	0,0311
Obsesif kompulsif bozukluk		1			
Yok					
Var	-0,8751	0,4168	0,1589	1,0936	0,0754
Özgül Fobi		1			
Yok					
Var	0,7227	2,0601	0,9997	4,2451	0,0501
Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu		1			
Yok					
Var	-7,4122	0,0006	0,0000	1,857E+09	0,6134
Uyum Bozukluğu		1			
Yok					
Var	-0,9243	2,5202	1,0729	5,9196	0,0339

Keşke ölsem düşüncesini etkileyen faktörler tablo 4.12.2’de toplu olarak görülmektedir. Lojistik regresyon analizinde cinsiyet, çocuk sayısı, yaşadığı bölgeye göre sosyoekonomik düzey, ailede intihar girişimi öyküsü, major depresif bozukluk, major depresif bozukluk tipi, bipolar II bozukluk, madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu, agorofobili panik bozukluk, özgül fobi, BTA anksiyete bozukluğu ve uyum bozukluğu keşke ölsem düşüncesini etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Bu faktörlerden kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi öyküsü varlığı, major depresif bozukluk, agorofobili panik bozukluk, özgül fobi ve uyum bozukluğu tanıları varlığı, keşke ölsem düşüncesini anlamlı derecede artıran faktörler olarak belirlenmiştir. Üç çocuk sahibi olma ise keşke ölsem düşüncesini anlamlı olarak azaltan bir faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12.2 Keşke ölsem düşüncesi olan bireylerde ilişkili faktörler

	β	OR	%95 CI		Sig.
			Alt	Üst	
Cinsiyet		1			
Kadın					
Erkek	-0,6947	0,4992	0,3081	0,8090	0,0048
Çocuk sayısı		1			
0					
1	0,2347	1,2646	0,6362	2,5136	0,5030
2	-0,4214	0,6561	0,3524	1,2215	0,1838
3	-0,9384	0,3913	0,1881	0,8137	0,0120
4	-0,4544	0,6348	0,2847	1,4158	0,2669
Yaşadığı bölgeye göre sosyoekonomik düzey		1			
Düşük					
Orta	0,4262	1,5314	0,7751	3,0257	0,2199
Yüksek	-0,1046	0,9007	0,4188	1,9368	0,7888
Ailede intihar girişimi öyküsü		1			
Yok					
Var	1,0809	2,9473	1,3752	6,3169	0,0055
Major Depresif Bozukluk		1			
Yok					
Var	2,0410	7,6987	4,1608	14,2446	0,0000
Major depresif bozukluk tipi		1			
Tek epizot					
Rekürren	-0,5482	0,5780	0,3149	1,0610	0,0769
Bipolar II Bozukluk		1			
Yok					
Var	2,5517	12,8294	0,9181	179,2751	0,0579
Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu		1			
Yok					
Var	7,7358	2288,9238	0,0000	7,154E+14	0,5668
Agorofobili panik bozukluk		1			
Yok					
Var	2,2323	9,3209	1,5202	57,1491	0,0158
Özgül Fobi		1			
Yok					
Var	0,7914	2,2066	1,0518	4,6294	0,0363
BTA Anksiyete bozukluğu		1			
Yok					
Var	0,1068	1,1127	0,2844	4,3539	0,8780
Uyum Bozukluğu		1			
Yok					
Var	1,0899	2,9741	1,2240	7,2265	0,0161

Hayatına son verme düşüncesini etkileyen faktörler tablo 4.12.3’de toplu olarak görülmektedir. Lojistik regresyon analizinde cinsiyet, hayatının büyük kısmının geçtiği yer, eğitim düzeyi, ailede intihar girişimi öyküsü, ailede ruhsal hastalık öyküsü, major depresif bozukluk, major depresif bozukluk tipi, bipolar I bozukluk, madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu, agorofobili panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi ve BTA anksiyete bozukluğu hayatına son verme düşüncesini artıran faktörler olarak bulunmuştur. Bu faktörlerden hayatının büyük kısmının köyde geçmiş olması, major depresif bozukluk, bipolar I bozukluk, agorofobili panik bozukluk ve özgül fobi tanıları varlığı, major depresif bozukluk tipinin tek epizod olması hayatına son verme düşüncesini anlamlı olarak artıran faktörler olarak belirlenmiştir.



Tablo 4.12.3 Hayatına son verme düşüncesi olan bireylerde ilişkili faktörler

	β	OR	%95 CI		Sig.
			Alt	Üst	
Cinsiyet		1			
Kadın	-0,6401	0,5273	0,2550	1,0901	0,0841
Hayatının büyük kısmının geçtiği yer		1			
Şehir	0,5164	1,6760	0,6401	4,3886	0,2931
İlçe	0,9729	2,6455	1,0586	6,6112	0,0374
Eğitim düzeyi		1			
Okuryazar değil	-8,2694	0,0003	0,0000	3,191E+17	0,7386
Okuryazar	-0,4169	0,6591	0,1498	2,9001	0,5813
İlkokul	0,4893	1,6312	0,3133	8,4915	0,5610
Lise	0,4287	1,5353	0,3266	7,2184	0,5872
Üniversite ögr.	-0,6150	0,5406	0,0784	3,7264	0,5324
Üniversite mzn.	1,0021	0,4145	0,0596	2,8811	0,3733
Ailede intihar girişimi öyküsü		1			
Yok	1,0021	2,7239	0,9544	7,7743	0,0611
Ailede ruhsal hastalık öyküsü		1			
Yok	0,2012	1,2228	0,5898	2,5355	0,5887
Majör Depresif Bozukluk		1			
Yok	2,7098	15,0260	6,0709	37,1910	0,0000
Majör depresif bozukluk tipi		1			
Tek epizot	-0,7751	0,4606	0,2178	0,9743	0,0425
Bipolar I Bozukluk		1			
Yok	4,2118	67,4751	2,9275	1555,2253	0,0085
Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu		1			
Yok	13,8065	991037,49	0,0000	6,350E+90	0,8898
Agorofobili panik bozukluk		1			
Yok	1,9590	7,0921	1,3072	38,4772	0,0232
Obsesif kompulsif bozukluk		1			
Yok	-1,3162	0,2682	0,0643	1,1187	0,0709
Özgül Fobi		1			
Yok	1,2959	3,6544	1,3985	9,5489	0,0082
BTA Anksiyete bozukluğu		1			
Yok	-7,4340	0,0006	0,0000	4,517E+16	0,7503

İntihar planını etkileyen faktörler tablo 4.12.4'de toplu olarak görülmektedir. Lojistik regresyon analizinde majör depresif bozukluk, distimi ve hezeyan varlığı intihar planını etkileyen faktörler olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12.4 İntihar planı olan bireylerde ilişkili faktörler

	β	OR	%95 CI		Sig.
			Alt	Üst	
Major Depresif Bozukluk		1			
Yok					
Var	9,5565	14135,636	0,0000	2,967E+23	0,6738
Distimi		1			
Yok					
Var	-8,9063	0,0001	0,0000	8,660E+54	0,8974
Hezeyan		1			
Yok					
Var	2,6554	14,2308	0,8416	240,6400	0,0657

İntihar girişimini etkileyen faktörler tablo 4.12.5’de toplu olarak görülmektedir. Lojistik regresyon analizinde cinsiyet, çocuk sayısı, medeni durum, travma öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, major depresif bozukluk, distimi, BTA depresif bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu intihar girişimini etkileyen faktörler olarak bulunmuştur. Bu faktörlerden kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi öyküsü varlığı, major depresif bozukluk, BTA depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu tanıları varlığı intihar girişimini anlamlı derecede artıran faktörler olarak belirlenmiştir. Üç çocuk sahibi olma ise anlamlı olarak intihar girişimini azaltan bir faktör olarak bulunmuştur.

Tablo 4.12.5 İntihar girişimi olan bireylerde risk faktörleri

	β	OR	%95 CI		Sig.
			Alt	Üst	
Cinsiyet					
Kadın		1			
Erkek	-2,4019	0,0905	0,0176	0,4657	0,040
Çocuk sayısı					
0		1			
1	-0,6478	0,5232	0,0933	2,9339	0,4615
2	-0,5846	0,5573	0,1072	2,8964	0,4869
3	-3,1822	0,0415	0,0031	0,5630	0,0168
4	-1,5749	0,2070	0,0266	1,6087	0,1322
Medeni Durum					
Bekar		1			
İmam nikahlı	3,0604	21,3357	0,6353	716,5123	0,0878
Resmi nikahlı	0,5016	1,6513	0,2574	10,5931	0,5968
Boşanmış	-0,3322	0,7173	0,0505	10,1941	0,8062
Dul	-8,3927	0,0002	0,0000	1,186E+31	0,8370
Travma öyküsü					
Yok		1			
Var	1,0034	2,7276	0,9199	8,0877	0,0704
Ailede intihar girişimi öyküsü					
Yok		1			
Var	1,7434	5,7167	1,6371	19,9623	0,0063
Major Depresif Bozukluk					
Yok		1			
Var	2,6245	13,7977	3,4466	55,2356	0,0002
Distimi					
Yok		1			
Var	-8,8768	0,0001	0,0000	1,116E+28	0,8128
BTA Depresif Bozukluk					
Yok		1			
Var	2,8159	16,7083	1,5662	178,2394	0,0197
Sosyal Fobi					
Yok		1			
Var	-8,5118	0,0002	0,0000	2,088E+37	0,8598
Yaygın Anksiyete Bozukluğu					
Yok		1			
Var	1,0874	2,9665	0,9845	8,9387	0,0533

4.13. Yaşam Boyu İntihar Girişimi ve Ölüm Düşünceleri Olan Bireylerde Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörlerin Dağılımı

Tablo 4.13.1'de yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin sosyodemografik özellikleri görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu %92,3 (n=24) ile kadınların oluşturduğu saptanmıştır. Yaş dağılımı en çok %42,3 (n=11) ile 25-34 yaşlar arasındaki bireylerden oluşmuştur. Bunu %23,1 (n=6) ile 35-44 yaş grubu takip etmektedir. Medeni durumda en büyük grubu %76,9 (n=20) ile resmi nikahlı olanlar oluşturmuştur. Bunu %15,4 (n=4) ile

bekarlar takip etmektedir. Aile tipinin çoğunluğunu %88,5 (n=23) ile çekirdek aile tipi oluşturmuştur. Çocuk sayısında bireylerin %34,6'sının (n=9) iki çocuklu, %30,8'inin (n=8) çocuk sahibi olmayanlar, %23,1'ini (n=6) ise bir çocuklu olduğu görülmüştür. Bireylerin çoğunluğunu oluşturan %69,2'sinin (n=18) hayatının büyük kısmını şehir merkezinde geçirdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.13.1 Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin sosyodemografik özellikleri

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Cinsiyet						
Kadın	218(%50,1)	118(%71,5)	101(%73,2)	46(%74,2)	9(%64,3)	24(%92,3)
Erkek	217(%49,9)	47(%28,5)	37(%26,8)	16(%25,8)	5(%35,7)	2(%7,7)
Yaş						
18-24	58(%13,3)	31(%18,8)	24(%17,4)	11(%17,7)	2(%14,3)	5(%19,2)
25-34	91(%20,9)	46(%27,9)	40(%29,0)	21(%33,8)	5(%35,7)	11(%42,3)
35-44	96(%22,1)	28(%17,0)	21(%15,2)	12(%19,4)	3(%21,4)	6(%23,1)
45-54	100(%23,0)	37(%22,4)	32(%23,2)	12(%19,4)	4(%28,6)	3(%11,5)
55-65	90(%20,7)	23(%13,9)	21(%15,2)	6(%9,7)	0(%0,0)	1(%3,8)
Medeni durum						
Bekar	55(%12,6)	29(%17,6)	22(%15,9)	9(%14,5)	2(%14,3)	4(%15,4)
İmam nikahlı	2(%0,5)	3(%1,8)	2(%1,5)	1(%1,6)	0(%0,0)	1(%3,8)
Resmi nikahlı	350(%80,5)	118(%71,5)	101(%73,2)	47(%75,8)	10(%71,4)	20(%76,9)
Boşanmış	5(%1,1)	7(%4,2)	6(%4,3)	4(%6,5)	2(%14,3)	1(%3,8)
Dul	23(%5,3)	8(%4,9)	7(%5,1)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Aile Tipi						
Yalnız yaşayan	10(%2,3)	8(%4,8)	5(%3,6)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Arkadaşı ile	8(%1,8)	1(%0,6)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Çekirdek	375(%86,2)	141(%85,5)	119(%86,2)	57(%91,9)	13(%92,9)	23(%88,5)
Geniş	42(%9,7)	15(%9,1)	14(%10,1)	4(%6,5)	1(%7,1)	3(%11,5)
Çocuk sayısı						
0	77(%17,7)	0(%0,0)	29(%21,0)	14(%22,6)	3(%21,4)	8(%30,8)
1	62(%14,3)	0(%0,0)	32(%23,2)	16(%25,8)	4(%28,6)	6(%23,1)
2	142(%32,6)	0(%0,0)	41(%29,7)	17(%27,4)	2(%14,3)	9(%34,6)
3	100(%23,0)	0(%0,0)	20(%14,5)	9(%14,5)	3(%21,4)	1(%3,8)
4	54(%12,4)	0(%0,0)	16(%11,6)	6(%9,7)	2(%14,3)	2(%7,7)
Hayatının büyük kısmının geçtiği yer						
Şehir	349(%80,2)	126(%76,4)	107(%77,5)	45(%72,6)	13(%92,9)	18(%69,2)
İlçe	49(%11,3)	17(%10,3)	15(%10,9)	7(%11,3)	0(%0,0)	4(%15,4)
Köy	37(%8,5)	22(%13,3)	16(%11,6)	10(%16,1)	1(%7,1)	4(%15,4)

Tablo 4.13.2’de yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin sağlık ocağı dağılımına göre sosyoekonomik özellikleri görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %53,9’unun (n=14) orta, %42,9’unun (n=6) yüksek sosyoekonomik düzeyde olduğu bulunmuştur. Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi olan bireylerin ortalama geliri 744,48YTL, standart sapması 981,59 olarak belirlenmiştir. (t:0,08, p:0,20). Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi

olan bireylerin ortalama geliri 768,62YTL, standart sapması 1063,56YTL olarak belirlenmiştir (t:0,53, p:0,03). Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi olan bireylerin ortalama geliri 672,74YTL, standart sapması 623,79YTL olarak belirlenmiştir (t:0,79, p:0,89). Yaşam boyu intihar planı olan bireylerin ortalama geliri 610,00YTL, standart sapması 311,39 olarak belirlenmiştir (t:0,70, p:0,25). Yaşam boyu intihar girişimi olan bireylerin ortalama geliri 664,42 YTL, standart sapması 552,60 olarak belirlenmiştir (t:0,56, p:0,80). Eğitim düzeylerine göre bireylerin çoğunluğunu oluşturan %38,5’inin (n=10) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bunu %23,1 (n=6) ile lise, %15,4 ile (n=4) ortaokul mezunları takip etmektedir. Meslek gruplarının çoğunluğunu %65,4 (n=17) ile ev hanımları oluşturmuştur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %69,2’si (n=18) işinden memnun olan bireylerdir.

Tablo 4.13.2 Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin sosyoekonomik özellikleri

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Ortalama aylık gelir(YTL)	739,12(SS:569,61) t:0,08 p:0,20	744,48(SS:981,59) t:0,08 p:0,20	768,62(SS:1063,56) t:0,53 p:0,03	672,74(SS:623,79) t:0,79 p:0,89	610,00(SS:311,39) t:0,70 p:0,25	664,42(SS:552,60) t:0,56 p:0,80
Yaşadığı bölgeye göre sosyoekonomik düzey						
1.grup	64(%14,7)	20(%12,1)	19(%13,8)	11(%13,6)	2(%14,3)	6(%23,1)
2.grup	250(%57,5)	108(%65,5)	88(%63,8)	39(%68,2)	10(%71,4)	14(%53,9)
3.grup	121(%27,8)	37(%22,4)	31(%22,4)	12(%18,2)	2(%14,3)	6(%42,9)
Eğitim düzeyi						
Okuryazar değil	13(%3,0)	8(%4,8)	6(%4,3)	4(%6,5)	1(%7,1)	2(%7,7)
Okuryazar	8(%1,8)	6(%3,6)	5(%3,6)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
İlkokul	203(%46,7)	74(%44,8)	63(%45,7)	27(%43,5)	7(%50,0)	10(%38,5)
Ortaokul	47(%10,8)	15(%9,1)	14(%10,1)	8(%12,9)	2(%14,3)	4(%15,4)
Lise	82(%18,9)	40(%24,2)	32(%23,2)	17(%27,4)	3(%21,4)	6(%23,1)
Üniversite ögr.	18(%4,1)	9(%5,5)	6(%4,3)	2(%3,2)	0(%0,0)	2(%7,7)
Üniversite mzn.	64(%14,7)	13(%7,9)	12(%8,7)	4(%6,5)	1(%7,1)	2(%7,7)
Meslek						
İşsiz	8(%1,8)	3(%1,8)	3(%2,2)	2(%3,2)	0(%0,0)	1(%3,8)
Serbest	73(%16,8)	24(%14,5)	20(%14,5)	11(%17,7)	3(%21,4)	3(%11,5)
Memur	42(%9,7)	11(%6,7)	10(%7,2)	3(%4,8)	0(%0,0)	3(%11,5)
Çiftçi	5(%1,1)					
Evhanımı	171(%39,3)	89(%53,9)	75(%54,4)	36(%58,1)	8(%57,1)	17(%65,4)
Öğrenci	33(%7,6)	15(%9,1)	10(%7,2)	3(%4,8)	0(%0,0)	1(%3,8)
İşçi	21(%4,8)	8(%4,9)	5(%3,6)	3(%4,8)	2(%14,3)	1(%3,8)
Memur emekli	81(%18,6)	14(%8,5)	14(%10,2)	4(%6,5)	1(%7,1)	0(%0,0)
İşçi emekli	1(%0,2)	1(%0,6)	1(%0,7)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
İş memnuniyeti						
Memnun değil	96(%22,1)	51(%30,9)	45(%32,6)	21(%33,9)	7(%50,0)	8(%30,8)
Memnun	339(%77,9)	114(%69,1)	93(%67,4)	41(%66,1)	7(%50,0)	18(%69,2)

Tablo 4.13.3’de yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin tıbbi hastalık, ruhsal hastalık ve travma özellikleri görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu olan %61,5’inin (n=16) eşlik eden tıbbi hastalığı mevcut değildir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu olan %69,2’sinin (n=18) ruhsal hastalığı olduğu düşüncesi mevcuttur. İntihar girişiminde bulunanların %61,5 (n=16) ile çoğunun daha önce psikiyatrik tedavi gördüğü saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanların çoğunun %96,2 (n=25) şu anda psikiyatrik tedavi görmediği belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunanların tamamı %100 (n=26) yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü tanımlamıştır. Travma öyküsü ise intihar girişiminde bulunanların çoğunda %65,4 (n=17) mevcut değildir.

Tablo 4.13.3 Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin ruhsal hastalık ve travma özellikleri

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Eşlik eden tıbbi hastalığın varlığı						
Yok	293(%67,4)	96(%58,2)	82(%59,4)	39(%62,9)	9(%64,3)	16(%61,5)
Var	142(%32,6)	69(%41,8)	56(%40,6)	23(%37,1)	5(%35,7)	10(%38,5)
Ruhsal hastalığı olduğu düşüncesi						
Yok	363(%83,4)	84(%50,9)	66(%47,8)	25(%40,3)	8(%57,1)	8(%30,8)
Var	72(%16,6)	81(%49,1)	72(%52,2)	37(%59,7)	6(%42,9)	18(%69,2)
Daha önce psikiyatrik tedavi görme öyküsü						
Yok	389(%89,4)	110(%66,7)	90(%65,2)	32(%51,6)	10(%71,4)	10(%38,5)
Var	46(%10,6)	55(%33,3)	48(%34,8)	30(%48,4)	4(%28,6)	16(%61,5)
Şu anda psikiyatrik tedavi görme öyküsü						
Yok	419(%96,3)	153(%92,7)	127(%92,0)	55(%88,7)	13(%92,9)	25(%96,2)
Var	16(%3,7)	12(%7,3)	11(%8,0)	7(%11,3)	1(%7,1)	1(%3,8)
Yaşam boyu stresli yaşam olayı öyküsü						
Yok	435(%100,0)	6(%3,6)	1(%0,7)	1(%1,6)	0(%0,0)	1(%3,8)
Var	0(%0,0)	159(%96,4)	137(%99,3)	61(%98,4)	14(%100,0)	25(%96,2)
Travma öyküsü						
Yok	366(%84,1)	134(%81,2)	112(%81,2)	48(%77,4)	12(%85,7)	17(%65,4)
Var	69(%15,9)	31(%18,8)	26(%18,8)	14(%22,6)	2(%14,3)	9(%34,6)

Tablo 4.13.4 yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin gelecek, dini inanç ile alkol ve sigara kullanım dağılımları gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %46,2'si (n=12) gelecek ile ilgili umutlu olduklarını, %42,3'ü (n=11) ise karamsar olduklarını bildirmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %50,0'ı (n=13) dini inancının güçlü, %42,3'ü (n=11) ise orta olduğunu belirtmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tamamında %100 (n=26) alkol kullanım öyküsü saptanmamıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %73,1'inin (n=19) sigara kullanımının olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.13.4 Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin gelecek, dini inanç ile alkol ve sigara kullanım öyküleri

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Gelecekle ilişkili düşünceleri						
Bir şey değişmeyecek	95(%21,8)	35(%21,2)	28(%20,3)	10(%16,1)	2(%14,3)	3(%11,5)
Umutlu	282(%64,8)	77(%46,7)	62(%44,9)	26(%41,9)	6(%42,9)	12(%46,2)
Karamsar	58(%13,3)	53(%32,1)	48(%34,8)	26(%41,9)	6(%42,9)	11(%42,3)
Dini inançları ile ilişkili düşünceleri						
Yok	2(%0,5)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Zayıf	16(%3,7)	7(%4,2)	6(%4,3)	4(%6,4)	1(%7,1)	2(%7,7)
Orta	258(%59,3)	101(%61,2)	81(%58,7)	36(%58,1)	9(%64,3)	11(%42,3)
Güçlü	159(%36,5)	57(%34,6)	51(%37,0)	22(%35,5)	4(%28,6)	13(%50,0)
Alkol öyküsü						
Yok	423(%97,2)	159(%96,4)	133(%96,4)	59(%95,2)	13(%92,9)	26(%100,0)
Var	12(%2,8)	6(%3,6)	5(%3,6)	3(%4,8)	1(%7,1)	0(%0,0)
Sigara kullanım öyküsü						
Yok	299(%68,7)	120(%72,7)	101(%73,2)	44(%71,0)	10(%71,4)	19(%73,1)
Var	136(%31,3)	45(%27,3)	37(%26,8)	18(%29,0)	4(%28,6)	7(%26,9)

Tablo 4.13.5'te yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin aile öyküleri gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunanların %57,7'sinde (n=15) ailede ruhsal hastalık öyküsü saptanmazken, %42,3'ünde (n=11) ailede ruhsal hastalık öyküsü belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu

oluşturan %76,9'unda (n=20) ailede intihar girişimi öyküsü mevcuttur. İntihar girişiminde bulunanların %80,8 (n=21) ile çoğunda ailede bakıma muhtaç kişi saptanmamıştır.

Tablo 4.13.5. Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerde aile öyküleri

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Ailede ruhsal hastalık öyküsü						
Yok	353(%81,1)	112(%67,9)	93(%67,4)	39(%62,9)	11(%78,6)	15(%57,7)
Var	82(%18,9)	53(%32,1)	45(%32,6)	23(%37,1)	3(%21,4)	11(%42,3)
Ailede intihar öyküsü						
Yok	415(%95,4)	146(%88,5)	120(%87,0)	53(%85,5)	13(%92,9)	20(%76,9)
Var	20(%4,6)	19(%11,5)	18(%13,0)	9(%14,5)	1(%7,1)	6(%23,1)
Ailede bakıma muhtaç kişi varlığı						
Yok	383(%88,0)	139(%84,2)	117(%84,8)	53(%85,5)	13(%92,9)	21(%80,8)
Var	52(%12,0)	26(%15,8)	21(%15,2)	9(%14,5)	1(%7,1)	5(%19,2)

Tablo 4.13.6'da yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin duygudurum bozuklukları dağılımı gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %80,8'inde (n=21) major depresif epizod öyküsü saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanların %42,3'ünde (n=11) son bir ayda major depresif epizod öyküsü mevcuttur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %80,8'inde (n=21) major depresif bozukluk öyküsü saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanların %42,3'ünde (n=11) son bir ayda major depresif bozukluk öyküsü mevcuttur. İntihar girişiminde bulunanların %38,5'inin (n=10) tek, %30,8'inin (n=8) üç epizod öyküsü olduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %42,3'ünde (n=11) rekürren, %38,5'inde (n=10) tek epizod öyküsü mevcuttur. Major depresif bozukluk şiddetine göre, intihar girişiminde bulunan bireylerin %38,5'ni (n=10) ağır psikotik özellikleri olmayan, %19,2'sini (n=5) orta, %19,2'sini (n=5) tam remisyonunda olanlar oluşturmuştur.

Tablo 4.13.6. Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin duygudurum bozuklukları dağılımı

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölssem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Major depresif epizod						
Yok	314(%72,2)	53(%32,1)	41(29,7)	11(%17,7)	0(%0,0)	5(%19,2)
Var	121(%27,8)	112(%67,9)	97(%70,3)	51(%82,3)	14(%100,0)	21(%80,8)
Son bir ay						
Yok	370(%85,1)	92(%55,8)	74(%53,6)	33(%53,2)	5(%35,7)	15(%57,7)
Var	65(%14,9)	73(%44,2)	64(%46,4)	29(%46,8)	9(%64,3)	11(%42,3)
Epizod sayısı						
0	315(%72,4)	53(%32,1)	41(%29,7)	11(%17,7)	0(%0,0)	5(%19,2)
1	85(%19,5)	65(%39,4)	56(%40,6)	29(%46,8)	9(%64,3)	10(%38,5)
2	25(%5,8)	24(%14,6)	21(%15,2)	10(%16,1)	4(%28,6)	3(%11,5)
3	10(%2,3)	23(%13,9)	20(%14,5)	12(%19,4)	1(%7,1)	8(%30,8)
Major depresif bozukluk						
Yok	316(%72,6)	62(%37,6)	47(%34,1)	15(%24,2)	0(%0,0)	5(%19,2)
Var	119(%27,4)	103(%62,4)	91(%65,9)	47(%75,8)	14(%100,0)	21(%80,8)
Son bir ay						
Yok	372(%85,5)	95(%57,6)	76(%55,1)	34(%54,8)	5(%35,7)	15(%57,7)
Var	63(%14,5)	70(%42,4)	62(%44,9)	28(%45,2)	9(%64,3)	11(%42,3)
Major depresif bozukluk tipi						
Tek epizot	84(%19,3)	61(%37,0)	53(%38,4)	27(%43,6)	9(%64,3)	10(%38,5)
Rekürren	35(%8,1)	42(%25,4)	38(%27,5)	20(%32,2)	5(%35,7)	11(%42,3)
Major depresif bozukluk şiddeti						
Hafif	9(%2,1)	4(%2,4)	3(%2,2)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Orta	52(%12,0)	35(%21,2)	31(%22,5)	12(%19,4)	4(%28,6)	5(%19,2)
Ağır psikotik özellikleri olmayan	19(%4,4)	40(%24,2)	36(%26,1)	20(%32,2)	4(%28,6)	10(%38,5)
Ağır psikotik özellikleri olan	1(%0,2)	1(%0,6)	1(%0,7)	1(%1,6)	1(%7,1)	0(%0,0)
Kısmi remisyon	5(%1,1)	2(%1,2)	2(%1,4)	2(%3,2)	0(%0,0)	1(%3,9)
Tam remisyon	33(%7,6)	22(%13,4)	19(%13,8)	12(%19,4)	5(%35,7)	5(%19,2)

Tablo 4.13.7’de yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin duygudurum bozuklukları dağılımı gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin hiçbirinde distimi, genel tıbbi duruma bağlı duygu durum bozukluğu, madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu bipolar I bozukluk ve bipolar II bozukluk saptanmamıştır. İntihar girişiminde bulunanların %7,7’inde (n=2) başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk tanısı belirlenmiştir.

Tablo 4.13.7 Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin duygudurum bozuklukları dağılımı

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Distimi						
Yok	411(%94,5)	153(%92,7)	128(%92,8)	58(%93,6)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	24(%5,5)	12(%7,3)	10(%7,2)	4(%6,4)	0(%0,0)	0(%0,0)
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu						
Yok	432(%99,3)	160(%97,0)	135(%97,8)	61(%98,4)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	3(%0,7)	5(%3,0)	3(%2,2)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	0(%0,0)	164(%99,4)	137(%99,3)	62(%100,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Var	0(%0,0)	1(%0,6)	1(%0,7)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu						
Yok	435(%100,0)	164(%99,4)	137(%99,3)	61(%98,4)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	0(%0,0)	1(%0,6)	1(%0,7)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	435(%100,0)	164(%99,4)	137(%99,3)	61(%98,4)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	0(%0,0)	1(%0,6)	1(%0,7)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
BTA depresif bozukluk						
Yok	429(%98,6)	162(%98,2)	135(%97,8)	60(%96,8)	14(%100,0)	24(%92,3)
Var	6(%1,4)	3(%1,8)	3(%2,2)	2(%3,2)	0(%0,0)	2(%7,7)
Son bir ay						
Yok	429(%98,6)	0(%0,0)	135(%97,8)	60(%96,8)	0(%0,0)	0(%0,0)
Var	6(%1,4)	0(%0,0)	3(%2,2)	2(%3,2)	0(%0,0)	0(%0,0)
Bipolar I bozukluk						
Yok	435(%100,0)	163(%98,8)	137(%99,3)	61(%98,4)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	0(%0,0)	2(%1,2)	1(%0,7)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Bipolar II bozukluk						
Yok	435(%100,0)	162(%98,2)	136(%98,6)	61(%98,4)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	0(%0,0)	3(%1,8)	2(%1,4)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)

Tablo 4.13.8’de yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerde psikotik bozuklukların dağılımı gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin hiçbiri şizofreni ve sanrısız bozukluk tanılarını karşılamamıştır. Hezeyan ve hallüsinasyon saptanmamıştır.

Tablo 4.13.8. Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerde psikotik bozuklukların dağılımı

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölssem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Şizofreni						
Yok	433(%99,5)	165(%100,0)	138(%100,0)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	2(%0,5)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Hezeyan						
Yok	432(%99,3)	164(%99,4)	137(%23,0)	61(%98,4)	13(%92,9)	26(%100,0)
Var	3(%0,7)	1(%0,6)	1(%25,0)	1(%1,6)	1(%7,1)	0(%0,0)
Hallüsinasyon						
Yok	434(%99,8)	165(%100,0)	138(%100,0)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	1(%0,2)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Sanrısız bozukluk						
Yok	435(%100,0)	165(%100,0)	138(%23,0)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)

Tablo 4.13.9’da yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin alkol kullanım bozuklukları dağılımı gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin hiçbiri alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı tanı kriterlerini karşılamamıştır.

Tablo 4.13.9. Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin alkol kullanım bozuklukları dağılımı

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölse düşünce	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Alkol bağımlılığı						
Yok	425(%97,7)	161(%97,6)	135(%23,0)	59(%95,2)	13(%92,9)	26(%100,0)
Var	10(%2,3)	4(%2,4)	3(%21,4)	3(%4,8)	1(%7,1)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	429(%98,6)	162(%98,2)	135(%22,8)	59(%95,2)	13(%92,9)	26(%100,0)
Var	6(%1,4)	3(%1,8)	0(%0,0)	3(%4,8)	1(%7,1)	0(%0,0)
Alkol kötüye kullanımı						
Yok	434(%99,8)	164(%99,4)	137(%22,9)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	1(%0,2)	1(%0,6)	1(%50,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	434(%99,8)	164(%99,4)	137(%22,9)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	1(%0,2)	1(%0,6)	1(%50,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)

Tablo 4.13.10’da yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin anksiyete bozuklukları dağılımı gösterilmiştir. İntihar girişimde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %96,2’sinde (n=25) son bir ay ve yaşam boyu agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğu belirlenmemiştir. Panik bozukluğu olmadan agorafobi tanısı bulunmamıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %92,3’ünde (n=24) obsesif kompulsif bozukluk ve posttravmatik stres bozukluğu tanısı bulunmamıştır.

Tablo 4.13.10. Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin anksiyete bozuklukları dağılımı

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu						
Yok	433(%99,5)	157(%95,2)	130(%22,0)	57(%91,9)	13(%92,9)	25(%96,2)
Var	2(%0,5)	8(%4,8)	8(%80,0)	5(%8,1)	1(%7,1)	1(%3,8)
Son bir ay						
Yok	434(%99,8)	158(%95,8)	131(%22,1)	58(%93,6)	13(%92,9)	25(%96,2)
Var	1(%0,2)	7(%4,2)	7(%87,5)	4(%6,4)	1(%7,1)	1(%3,8)
Agorafobi olmadan panik bozukluğu						
Yok	422(%97,0)	157(%95,2)	133(%23,0)	60(%96,8)	14(%100,0)	25(%96,2)
Var	13(%3,0)	8(%4,8)	5(%23,8)	2(%3,2)	0(%0,0)	1(%3,8)
Son bir ay						
Yok	427(%98,2)	159(%96,4)	133(%22,7)	60(%96,8)	14(%100,0)	25(%96,2)
Var	8(%1,8)	6(%3,6)	5(%35,7)	2(%3,2)	0(%0,0)	1(%3,8)
Panik bozukluğu olmadan agorafobi						
Yok	432(%99,3)	163(%98,8)	137(%23,0)	61(%98,4)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	3(%0,7)	2(%1,2)	1(%20,0)	1(%1,6)	0(%0,0)	0(%0,0)
Obsesif kompulsif bozukluk						
Yok	414(%95,2)	156(%94,6)	130(%94,2)	59(%95,2)	13(%92,9)	24(%92,3)
Var	21(%4,8)	9(%5,4)	8(%5,8)	3(%4,8)	1(%7,1)	2(%7,7)
Son bir ay						
Yok	417(%95,9)	157(%95,2)	131(%94,9)	60(%96,8)	13(%92,9)	25(%96,2)
Var	18(%4,1)	8(%4,8)	7(%5,1)	2(%3,2)	1(%7,1)	1(%3,8)
Posttravmatik stres bozukluğu						
Yok	417(%95,9)	157(%95,2)	132(%95,7)	59(%95,2)	14(%100,0)	24(%92,3)
Var	18(%4,1)	8(%4,8)	6(%4,3)	3(%4,8)	0(%0,0)	2(%7,7)
Son bir ay						
Yok	430(%98,8)	165(%100,0)	138(%100,0)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	5(%1,2)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)

Tablo 4.13.11’de yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin anksiyete ile uyum bozukluğu dağılımı gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin hiçbirinde sosyal fobi, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu tanıları karşılanmamıştır.

İntihar girişiminde bulunanların çoğunda %95,8 (n=23) özgül fobi bulunmamıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %73,1'de (n=19) yaşam boyu ve son bir ayda yaygın anksiyete bozukluğu saptanmazken, %26,9'unda (n=7) yaşam boyu ve son bir ayda yaygın anksiyete bozukluğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu oluşturan %92,3'ünde (n=24) uyum bozukluğu öyküsü bulunmamıştır.



Tablo 4.13.11. Yaşam boyu ölüm düşünceleri ve intihar girişimi olan bireylerin anksiyete ile uyum bozukluğu dağılımı

	Yaşam boyu hiçbiri yok	Yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesi	Yaşam boyu keşke ölsem düşüncesi	Yaşam boyu hayatına son verme düşüncesi	Yaşam boyu intihar planı	Yaşam boyu intihar girişimi
Sosyal fobi						
Yok	419(%96,3)	158(%95,8)	132(%95,7)	60(%96,8)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	16(%3,7)	7(%4,2)	6(%4,3)	2(%3,2)	0(%0,0)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	419(%96,3)	158(%95,8)	132(%95,7)	60(%96,8)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	16(%3,7)	7(%4,2)	6(%4,3)	2(%3,2)	0(%0,0)	0(%0,0)
Özgül fobi						
Yok	407(%93,6)	145(%87,9)	119(%86,2)	52(%83,9)	12(%85,7)	23(%95,8)
Var	28(%6,4)	20(%12,1)	19(%13,8)	10(%16,1)	2(%14,3)	3(%4,2)
Son bir ay						
Yok	408(%93,8)	146(%88,5)	120(%87,0)	53(%85,5)	12(%85,7)	24(%92,3)
Var	27(%6,2)	19(%11,5)	18(%13,0)	9(%14,5)	2(%14,3)	2(%7,7)
Yaygın anksiyete bozukluğu						
Yok	411(%94,5)	141(%85,5)	118(%85,5)	51(%82,3)	12(%85,7)	19(%73,1)
Var	24(%5,5)	24(%14,5)	20(%14,5)	11(%17,7)	2(%14,3)	7(%26,9)
Son bir ay						
Yok	411(%94,5)	142(%86,1)	119(%86,2)	52(%83,9)	12(%85,7)	19(%73,1)
Var	24(%5,5)	23(%13,9)	19(%13,8)	10(%16,1)	2(%14,3)	7(%26,9)
Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu						
Yok	424(%97,5)	161(%97,6)	134 (%97,1)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	11(%2,5)	4(%2,4)	4(%2,9)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	425(%97,7)	163(%98,8)	136(%98,6)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	10(%2,3)	2(%1,2)	2(%1,4)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu						
Yok	430(%98,9)	165(%100,0)	138(%100,0)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	5(%1,1)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Son bir ay						
Yok	433(%99,5)	165(%100,0)	138(%100,0)	62(%100,0)	14(%100,0)	26(%100,0)
Var	2(%0,5)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)	0(%0,0)
Uyum bozukluğu						
Yok	413(%94,9)	154(%93,3)	128(%92,8)	59(%95,2)	14(%100,0)	24(%92,3)
Var	22(%5,1)	11(%6,7)	10(%7,2)	3(%4,8)	0(%0,0)	2(%7,7)

5. TARTIŞMA

5.1. İm Düşünceleri Ve İntihar Girişimi Yaygınlığı

Bireyler intihar davranışının gelişmesinde çok sayıda faktörün etkisi altında kalmaktadır. Bu faktörlerin araştırılmasında epidemiyolojik çalışmaların önemi büyüktür. İntihar davranışının toplum çalışmaları ile araştırılmasının en önemli nedeni, intiharı engellemede epidemiyolojik bir temel ortaya koyabilme çabasıdır. Ancak intihar davranışı ile ilişkili epidemiyolojik çalışmalar arasında farklar bulunmaktadır. Araştırmalar arasındaki farklılıklar örneklemin büyüklüğü ve seçim nitelikleri, kullanılan tanı ölçütleri, görüşme ölçekleri, değerlendirme araçları, görüşmecilerin meslekten ya da meslek dışından oluşu ve kültüre özgü etkenlerden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaların çoğu toplumda intihar ve intihar girişimlerinin epidemiyolojisi üzerine yapılandırılmıştır. Bu çalışmada ölüm düşüncelerinin ve intihar girişimlerinin sosyodemografik özellikler ve ruhsal bozukluklarla ilişkisi epidemiyolojik bir çalışma ile değerlendirilmiştir. Çeşitli çalışmalarda intiharın bir süreç olabileceği, alta yatan dirençli bir sorunun zaman içinde tabloyu ciddileştirdiği bildirilmiştir (94). Paykel ve arkadaşları çalışmalarında intihar ifadelerinin değişik tipleri arasında ciddiyet açısından basamaksal bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Buna göre hayattan bıkkınlık, ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, intihar planı ve son olarak intihar girişimi ile giderek artan şiddette olan intihar davranışı süreci tanımlanmıştır (95). İntihar davranışı sorununa başka bir taraftan odaklanılarak, hayat yaşamaya değmez, keşke ölsem, hayatına son verme düşünceleri ile intihar planı ve intihar girişiminin sırayla artan ciddiyette olası fenomenler olabilecekleri, intihar davranışının ortaya konmasında bu türde değişik kognisyon ve davranışların da etkin olabileceği üzerinde durulmuştur.

İntihar girişimleri ile ilgili araştırmalar, özellikle epidemiyolojik çalışmalardaki metodolojik güçlükler nedeniyle sınırlı sayıda olmasına karşın, intihar girişimi sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Toplum çalışmalarında yetişkinlerde

1 yıllık intihar girişimi insidansının %0,3-2,6, yaşam boyu intihar girişimi oranlarının ise %0,7-10 arasında olduğu bildirilmiştir (90).

1989-1992 yılları arası Avrupa'da yapılan bir çalışmaya göre en yüksek intihar girişim hızı 100 000'de 314 ile Helsinki'de en düşük intihar girişimi hızı ise 100 000'de 45 ile Guipuzcoa'da saptanmıştır. Dünyadaki en yüksek intihar hızı yüz binde 95,3 ile Litvanya'dadır. Bunu yüz binde 87,4 ile Rusya izlemektedir(36). Uluslararası intihar hızları İskandinavya, İsviçre, Batı Almanya, Avusturya, Doğu Avrupa Ülkeleri ve Japonya'da yüz binde 25 civarlarında seyrederken, İspanya, İtalya, İrlanda, Mısır ve Hollanda'da yüz binde 10'dan daha düşük hızlar söz konusudur (20). DSÖ'nün 1989-1992 yılları arasında medikal kayıtlardan yola çıkarak yaptıkları parasuisid çalışması oranları, genel toplum çalışmalarındaki oranlardan düşük olup, kadınlarda ortalama yüz binde 186, erkeklerde ise yüz binde 136 olarak belirlenmiştir.

Amerika'da nüfusun %1,1-4,3'ünün yaşamının bir noktasında intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (38).

Schmidtke ve arkadaşları (1996) Dünya Sağlık Örgütü verilerinin 1989-1992 yılları arasında değerlendirmeleri ile yaptıkları bir çalışmada, intihar girişimi oranlarının bölgeler arasında farklılıklar gösterdiklerini vurgulamış ve bölgeler arasında intihar girişimi oranlarının değişkenlik gösterdiği hipotezini öne sürmüşlerdir(36). Bununla birlikte Platt ve arkadaşları, veri toplanması ile ilgili bölgeler arasındaki farklılığın oranları etkileyebileceğini öne sürmüşlerdir(69).

Yapılan çeşitli alan çalışmalarında intihar girişimi oranlarının, 100,000'de 2.6-542 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu araştırmalarda genellikle örneklem grubu tedavi alan bireylerden oluşmaktadır. Toplum çalışmalarında bir yıllık insidans oranları 100,000'de 700-1100 arasında değişirken, yaşam boyu intihar girişimi prevalansı ise 100,000'de 720-5930 şeklinde saptanmıştır(21).

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, Türkiye'de tamamlanmış intihar sayısı ve kaba intihar hızının 1997 yılına kadar artış gösterdiği gözlenmektedir. 1997 yılı intihar istatistiklerine göre Türkiye genelinde saptanan kaba intihar hızı 100,000'de 3,19'ken, 2000 yılında oran 100,000'de 2,76'ya gerilemiştir. İntihar oranının bölgesel değişimi incelendiğinde Ege bölgesinin yüz binde 4.2 ile en yüksek orana

sahip olduğu görülmektedir. İntihar oranı yüz binde 1.6 ile Karadeniz bölgesinde en düşüktür(67).

İntihar girişimleri konusunda ise Türkiye geneline ait bir veri yoktur. Sayıl ve arkadaşlarının Ankara acil servis kayıtları doğrultusunda yapmış oldukları çalışma sonucunda, Ankara'da intihar girişimi sıklığı 1989 yılında yüz binde 107, 1995 yılında ise yüz binde 113 olarak saptanmıştır(70). Ancak bu oranların güvenilirliği intihara ilişkin toplumsal değer yargıları nedeniyle tartışmalıdır. Çünkü intihar girişimlerinin bir bölümü hastaneye başvurmamakta, hastaneye başvuranların bir bölümü ise koruma amacı ile kayıtlara geçirilmemektedir. Türkiye'de intihar girişimleri ile ilgili sistemli ve güvenilir veriler bulunmamaktadır.

Kessler ve ark.'nın Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı Ulusal Komorbidite Araştırmasında, görüşme yapılan kişilerin içinde intihar düşüncesi yaygınlığının %13.5 ve intihar girişimi yaygınlığının %4.6 olduğu bildirilmektedir (38). Neeleman ve ark.'nın Hollanda'da gerçekleştirdikleri toplum çalışmasında intihar girişimi oranı %2,8 olarak saptanmıştır. Kuo ve ark. NIMH epidemiyolojik alan çalışmaları sonucunda intihar düşünceleri bildiren bireylerin, izlem sonucunda daha sık intihar girişiminde bulduklarını bildirmişlerdir (96).

Çalışmamızda ise DİE'nden alınan bilgiler doğrultusunda Isparta Merkez nüfusunu temsil edebilir bir örneklem genişliği olarak, 600 bireyle değerlendirilen yaşam boyu intihar girişimi prevalansı %4,3 olarak belirlenmiştir. Oranlar literatür ile uyumlu nitelikte olup, bazı çalışmalarda belirtilen oranlardan daha yüksektir.

Weissman ve ark.'nın araştırmasında genel popülasyonda yaşam süresi içinde intihar düşüncesi yaygınlığı %10-18, intihar girişimi yaygınlığının %3-5 arasında olduğu belirtilmektedir(82). Bir diğer popülasyon çalışmasında intihar düşüncesi prevalansı % 14.7 saptanırken, erkeklerde % 9.2 kadınlarda % 3.1 olarak erkeklerde intihar düşüncesi daha yüksek bulunmuştur(89). Oranlardaki bu değişkenliğin, yerleşim bölgesinden mi, metodolojik farklılıklardan mı kaynaklandığı net değildir(21).

Ölüm düşüncelerinin değerlendirildiği bir toplum çalışmasında, 1 yıllık ve yaşam boyu prevalanslar sırasıyla, hayat yaşamaya değmez düşüncesi için, %7,8 ve %11,5-22,3, keşke ölsem düşüncesi için %5 ve %8,2, intihar planı için ise %1,5-2,7 ve %3,9-13 şeklinde belirlenmiştir. En sık hayattan bıkkınlık ve keşke ölsem

düşünceleri saptanmıştır. Yaşam boyu ölüm ile ilişkili düşüncelerin genel popülasyondaki insidansı %52 olarak bulunmuştur. İntihar düşünceleri ise bu ifadelere göre daha az sıklıkla gözlenmiştir (%8.6-12.5). Olguların %2.6'sı ise yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulduklarını belirtmişlerdir (90). Ulusal komorbidite çalışmasında yaşam boyu intihar planı oranı %3,9 şeklinde bulunmuştur(38).

Neeleman ve ark.'nın yine toplumda ölüm düşüncelerini ve intihar girişimi oranlarını değerlendirdikleri çalışmada, ölüm düşüncesi %35, keşke ölsem düşüncesi %10,6, hayatına son verme düşüncesi %11,7 ve intihar girişimi oranı %2,8 olarak bulunmuştur. Ölüm düşüncelerinden intihar girişimine kadar uzanan süreçte, erkeklerin kadınlara göre bu süreçte çok daha hızlı bir şekilde intihar girişimine ilerledikleri belirtilmiştir(100). Sayar ve ark. intihar girişiminde bulunan bireylerde sağlıklı kontrollere göre daha sık intihar düşüncesi olduğunu bildirmişlerdir(106).

Çalışmamızda ise bireylerin %27,5'inin yaşamları boyunca en az bir kez hayat yaşamaya değmez düşüncesine, %23,0'ının yaşamları boyunca en az bir kez keşke ölsem düşüncesine, %10,3'ünün hayatına son verme düşüncesine, %2,3'ünün intihar planına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan 600 bireyin 435'i (%72,5) yaşam boyu herhangi bir ölüm düşüncesi tanımlamamışlardır. Yaşam boyu ölüm düşüncesi oranları, genelde literatürden daha yüksek bulunmuştur(90). İntihar planı oranlarının ise uyumlu olduğu gözlenmiştir. Son bir yılda bireylerin %13,7'sinin hayat yaşamaya değmez düşüncesine, %10,2'sinin keşke ölsem düşüncesine, %3,5'inin hayatına son verme düşüncesine, % 0,8'inin ise intihar planına sahip olduğu belirlenmiştir. Son bir yıldaki ölüm düşüncesi oranları da daha yüksek bulunmuştur.

5.2 İntihar girişimleri ile ilişkili özellikler

Tehlikeli, ölümcül, şiddet içeren yöntemlerle yapılan ve impulsif olmayan intihar girişimlerinin intihar riskini artırdığı, bununla birlikte erkeklerin kadınlara

göre daha sık şiddet içeren yöntemler kullandıkları bildirilmiştir(98). Kadınlar daha çok psikotropik ilaçlar ya da başka zehirler ile intihar etmektedirler. DİE verilerine göre Türkiye’de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem ası iken, intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem ise yüksek doz ilaç alımıdır(12).

Çalışmamızda intihar yöntemleri değerlendirildiğinde intihar girişiminde bulunan 26 bireyin çoğunluğunu oluşturan %73,1’inin ilaçla intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda ilaç gibi şiddet içermeyen yöntemle intihar girişiminde bulunma oranı şiddet içeren yöntemlere göre daha yüksek orandadır. Bu sonuç çalışmamızda toplumda intihar girişimi ve ölüm düşüncelerini değerlendirirken, tamamlanmış intihar girişimlerinin belirlenememiş olmasıyla ilişkili olabilir.

İntihar girişimi öyküsü ve çok sayıda intihar girişimi varlığı intihar davranışında önemli risk faktörlerindedir(98). Ayrıca daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde daha sonraki girişimlerin mortalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir(12). Çalışmamızda intihar girişimi sayılarına bakıldığında intihar girişiminde bulunan bireylerin %80,8’inin bir kez, %15,4’ünün iki kez, %3,8’inin ise üç kez intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir.

İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin girişimden önce sıklıkla anne babaları ve kardeşleri ile, erkek/kız arkadaşları ile tartıştıkları, okul ya da iş yeri sorunları yaşadıkları saptanmıştır(12). Literatürde özellikle erkeklerde intihar girişimini tetikleyen stres faktörlerinin ekonomik sorunlar ve iş sorunları olduğu bildirilmiştir(98). Çalışmamızda intihar girişimine en sık eşlik eden stres faktörü tipi aile ve ilişki sorunudur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunu kadınların oluşturması, stres faktörü tipini belirlemiş olabilir.

5.3. Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimi ile Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki İlişkiler

İntihar düşüncelerinin kadın erkek oranları açısından değerlendirildiği bazı toplum çalışmalarında, kadınlarda intihar düşüncelerinin erkeklerden daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (49,93). Bununla birlikte intihar düşünceleri açısından kadın erkek oranları arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (90). Ulusal komorbidite çalışmasında, intihar girişimi oranları kadınlarda anlamlı olarak erkeklerden yüksek bulunurken, intihar planı için cinsiyetler arası fark anlamlı bulunmamıştır (38). İntihar girişimleri üzerine yapılan toplum çalışmalarında genelde kadınlarda oranların daha yüksek olduğu bulunmuştur (49,38). Avrupa'da yapılmış intihar girişimi çalışmalarında kadınların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu bildirilirken, çalışmalar arasında benzer oranlar bildirilmiştir(7, 20, 36, 55). DİE verilerine göre tamamlanmış intihar oranları erkeklerde iki kat, intihar girişimi oranı ise kadınlarda iki kat daha yüksektir (12).

Çalışmamızda intihar düşüncelerine bakıldığında kadınların %2,7'sinin ve erkeklerin %1,9'unun yaşamları boyunca en az bir kez intihar planı yaptıkları, yine çalışmamızda yer alan kadınların %4'ünün, erkeklerin ise %0.3'ünün yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde buldukları belirlenmiştir.yapılan değerlendirmede kadınlarda intihar planı dışında tüm yaşam boyu ölüm düşüncelerinin erkeklerden anlamlı oranda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lojistik regresyon analizinde cinsiyet, intihar planını etkileyen faktörler arasında yer almamıştır. Çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimleri oranları değerlendirildiğinde ise intihar girişiminde bulunan 26 bireyin % 92,3'ünü kadın ve %7,7'sini erkek bireyler oluşturmaktadır. Lojistik regreyon analizinde kadın cinsiyetinin intihar girişimini anlamlı olarak etkilediği ve 11 kat artıran bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Kadınlarda hem ölüm düşünceleri hem de intihar girişimi oranlarının yüksek oluşu erkeklerin aksine intihar girişimlerinde ölümden çok yardım arayışı niyeti ile ilişkili olabilir. Bu bulgu Sayıl ve ark.'nın erkeklerin intihar girişimlerinde ölüm niyetinin,

kadınlarda ise yardım arama davranışının daha yüksek olduğu görüşünü de desteklemektedir(7).

İntihar düşünce ve davranışı açısından değişik toplum ve kültürlerde değişik yaş gruplarında yığılma görülmektedir. İntihar erkeklerde 45 yaşın üzerinde, kadınlarda ise 55 yaşın üzerinde pik yapmaktadır(12). Tamamlanmış intihar oranları yaş arttıkça artış göstermekle birlikte, intihar girişimi gençlerde çok daha yüksek oranda gözlenmektedir(21,90). Gençlerde tamamlanmış intiharların, intihar girişimine oranı 1/200'ken, yaşlılarda bu oran 1/4'tür. İntihar davranışı gösteren bireylerin en çok 15-44 yaşlar arasında bulunduğu belirtilmektedir(20). Avrupa'da erkeklerde 15-44 yaşlar, kadınlarda ise 25-44 ve 65-74 yaşlar intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş gruplarıdır(12). Ulusal komorbidite çalışmasında intihar düşüncesi, planı ve intihar girişimi açısından en riskli yaş grubunun onlu yaşların sonları ve yirmili yaşların başı olduğu bildirilmiştir(38). Bazı çalışmalarda kadınlarda en yüksek oranın 15-24 yaşlar arasında olduğu bildirilirken, erkeklerde en yüksek intihar girişimi oranlarının 25-34 yaşlar arasında olduğu bulunmuştur(21).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş vakaların çoğunluğu 18-44 yaş grubunda yer almıştır. Yaş gruplarına göre intihar girişimi ile ilişkili dağılımlar karşılaştırıldığında, en yüksek oranın 25-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Bunu 18-24 yaş grubundakiler takip etmektedir. 25-34 yaş gurubunda ölüm ile ilişkili düşüncelerine bakıldığında, tüm ölüm düşüncelerinin bu yaş grubunda daha yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. Bu bulgular çeşitli çalışmalarda bildirilmiş olan ve intihar girişimi riski açısından en yüksek riske sahip olan yaş grubu ile uyumludur (7,8,36,69). İntihar girişimi oranlarının özellikle 18-34 yaş grubunda daha sık olmasının nedenleri bu dönemin özelliğine bağlı olabilir. Bu yaş grubunda akademik sorunlar, maddi sorunlar, iş sorunları diğer yaş gruplarına göre daha çok görülebilmektedir. Yine bu yaş grubu evliliğin ilk yıllarına karşılık gelebilmekte, özellikle bu dönemde evlilik ile ilgili çatışmalar karşımıza çıkabilmektedir. Bununla birlikte lojistik regresyon analizi yapıldığında yaş gruplarının ölüm düşünceleri ve intihar girişimini etkileyen faktörler arasında yer almadığı görülmüştür.

Çeşitli çalışmalarda evli ve çocuklu olmanın intihar riski açısından koruyucu etkisi olduğu bildirilmiştir(20-21). İntihar girişiminde bulunan 26 olgunun 4'ü bekar, 1'i imam nikahlı, 20'si resmi nikahlı, 1'i boşanmış kişilerdir. Aynı şekilde intihar planında

bulunan 14 olgunun 10'u resmi nikahlıdır. Resmi nikahlı ve dul olmak hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı olarak azaltan faktörlerdendir. Lojistik regresyonda medeni durumun intihar girişimini etkilediği ancak bu etkinin anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte medeni durum grubunda yer alan ve intihar girişiminde bulunan bireylerin yeterli sayıda olmaması nedeniyle medeni durumun intihar girişimine etkisi konusunda genelleme yapmak uygun olmayacaktır.

Literatürde yalnız yaşıyor olmak da hem intihar girişimi hem de ölüm düşünceleri açısından bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (41,49,90). Stravynski ve ark.'nın toplum çalışmasında da hem kendisini duygusal olarak yalnız olarak tanımlayanlarda, hem de gerçekte yalnız yaşayanlarda, intihar düşünceleri ve parasuicid oranları yüksek bulunmuştur (97). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu bekar ya da duldur ve bunların %30'u yalnız yaşamaktadır(36). Ancak, çalışmamıza katılan ve intihar girişiminde bulunanlardan hiçbirinin yalnız yaşamadığı, aksine eş, aile veya diğer yakınları ile yaşadığı görülmüştür. Bireylerin %88,5'i çekirdek, %11,5'i geniş aile yapısında yer almaktadır. Çalışmamızda aile tipleri ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizinde de aile tipinin ölüm düşünceleri ve intihar girişimini etkilemediği görülmüştür. faktörler arasında yer almamıştır. Türkiye'de geleneksel aile tipi geniş ailedir. Türk toplum yapısının intihar girişimlerinin sık görüldüğü yaş grubu açısından yalnız yaşamaya sık bakmıyor oluşu ve kişiler arası güçlükler bu bağlamda açıklayıcı olabilir.

Çocuk sahibi olmayan bireylerin %21,0'ında, 1 çocuğu olanların %33,3'ünde, 2 çocuğu bulunanların %29,7'sinde, 3 çocuğu olanların %15,9'unda ve 4 ve daha fazla çocuğu bulunan bireylerin %22,2'sinde yaşam boyu keşke ölsem düşüncelerinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda çocuk sayısı grupları değerlendirildiğinde, hayat yaşamaya değmez düşüncesi ve intihar girişimi açısından fark anlamlı bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi yapıldığında çocuk sayısının hayat yaşamaya değmez düşüncesini etkilediği ancak bu etkinin anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Lojistik regresyon analizinde 3 çocuk sahibi olan bireylerde keşke ölsem düşüncesinin anlamlı olarak daha az olduğu belirlenmiştir. Ayrıca intihar girişimi de lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde çocuk sahibi olan, özellikle 3 ve 4 çocuk sahibi olan bireylerde intihar girişimi riskinin azaldığı saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kalabalık ailelerde ve

sosyal desteklerin varlığında intihar riskinin azaldığını öngören literatür bilgisiyle uyumlu olarak hem keşke ölsem düşüncesinin, hem de intihar girişiminin çocuk sahibi olan bireylerde daha az olduğu belirlenmiştir.

Genel olarak kentte yaşayan kişilerde intihar riski, kırsal bölgelerden daha yüksektir. Görüşülen bireyler doğum yerleri açısından sorgulandıklarında çoğunluğunun hayatlarının büyük kısmının geçtiği yer %79,2 ile şehir merkezi olduğu bulunmuştur. Yapılan değerlendirmede ölüm düşünceleri ve intihar girişimi açısından fark anlamlı bulunmamıştır. Lojistik regreyon analizinde ise hayatının büyük kısmı köyde geçen bireylerin, yalnızca hayatına son verme düşüncesini anlamlı olarak artırdığı belirlenmiştir. Bu durumun göçle ilgili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda bireylerin en uzun süre hayatlarını geçirdikleri yer, intihar girişimi ve diğer ölüm ile ilişkili düşünceler açısından analizi etkileyen faktörler arasında yer almamıştır.

İntihar girişiminde düşük sosyoekonomik düzey risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Aynı zamanda düşük eğitim düzeyi ve kötü çevre şartları bulunan bölgelerde yaşama ile de ilişkilendirilmektedir (98,21). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan kişilerde sosyoekonomik düzey ile intihar girişimi ve ölüm düşünceleri arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. Sosyoekonomik düzey lojistik regresyon analizinde keşke ölsem düşüncesini etkileyen faktörler arasında yer almakla birlikte, bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Schmidtke ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğunun eğitim düzeyi düşük kişilerde olduğu bildirilmektedir. İntihar girişiminde bulunmuş kadın ve erkeklerin yarısından fazlası sadece temel eğitim görmüş, erkeklerin %38'i, kadınların %50'si hiçbir mesleki eğitim almamış kişiler olarak saptanmıştır(36). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş olguların çoğunluğunu 11 yıl ve altında eğitim düzeyi olan bireyler oluşturmaktadır. Ancak hem intihar girişimi hem de ölüm düşünceleri ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizinde eğitim düzeyi hayatına son verme düşüncesini etkileyen faktörler arasında yer almıştır. İlkokul ve ortaokul mezunu olmanın hayatına son verme düşüncesini artırdığı belirlenmiştir. Ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Eğitim düzeyi

diğer ölüm düşünceleri ve intihar girişimini etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmemiştir.

Genel olarak işsizlerde intihar oranı bir işi olan gruba göre daha yüksektir(20, 21, 36, 40, 58). Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar oranlarının arttığı belirlenmiştir. İntihar için riskli olarak tanımlanan meslekler arasında başta doktorlar, müzisyenler ve diş hekimleri gelmektedir(12). Türkiye’de intihar girişiminin ekonomik olarak aktif olmayan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir(35). Genel nüfusa göre intihar girişiminde bulunan kişiler arasında işsizlik oranının belirgin şekilde yüksek olduğu, intihar davranışı riski ile işsizlik süresi arasında pozitif korelasyon bulunduğu bildirilmektedir(7, 20, 21, 36, 55). İntihar girişiminde bulunan bireylerin büyük bir bölümünü ekonomik olarak inaktif olan ev hanımları oluşturmuştur. Bu bulgu intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunu kadınların oluşturması ile ilişkili olabilir. Çalışma grubumuzda saptanan işsizlik oranı %1,8’dir. İşsiz grupta saptanan intihar girişimi oranının %9,1 ile diğer gruplara göre daha yüksek olması dikkat çekici olmakla birlikte diğer gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Lojistik regreyon analizinde de meslek intihar girişimi ve ölüm düşüncelerini etkileyen faktörler arasında yer almamıştır.

İntihar girişimi ile iş memnuniyeti arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak işinden memnun olmayan grupta hayat yaşamaya değmez düşüncesi daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Lojistik regreyon analizinde işinden memnun olan bireylerde hayat yaşamaya değmez düşüncesinin daha az olduğu belirlenmiştir ancak bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan bireylere ruh sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, %74,5’i herhangi bir ruhsal hastalıklarının olmadıklarını belirtirken, %25,5’i bir ruhsal hastalıkları olduğu düşüncelerini dile getirmişlerdir. İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin önemli bir bölümü girişimden önce profesyonel yardım aramaktadır. Robins ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, intihar girişiminde bulunan bireylerin yaklaşık yarısı hatta üçte ikisi intihar girişiminden yaklaşık 1 ay önce pratisyen hekime başvurmuş oldukları, yine yüzde 10-40’ının girişimden önceki bir hafta içerisinde profesyonel yardım aradıkları belirtilmiştir (72). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunun psikiyatrik

tedavi görme öyküsü mevcuttur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %61,5'inin girişim öncesinde veya sonrasında psikiyatrik tedavi gördükleri, ancak bu bireylerin %96'sının şu anda herhangi bir psikiyatrik yardım almadıkları saptanmıştır.

İntihar düşüncesi ve girişimlerinin stres faktörleri ve problem çözme yetisi ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir (20). Katlanılması güç sonuçlar doğuran yaşam olayları ve zorlu yaşam koşulları çözüm olarak intiharı düşündürebilir ve intihar açısından riski artırabilir (7). Özellikle ilk girişimlerde, tekrarlayan intihar girişimi bulunanlara göre daha sık stres veren yaşam olayı öyküsü varlığı tanımlanmıştır. Bununla birlikte ilerleyen dönemlerde intiharın daha otonom bir durum haline dönüşen bir süreç olduğu da ileri sürülmüştür (100). Cavanagh ve ark'nın intihar kurbanları ile intihar girişiminde bulunanları karşılaştırdığı çalışmalarında, intihar kurbanlarında çok daha fazla stres verici yaşam olayı belirlenmiştir. Bunlar arasında en başta aile ve kişiler arası ilişki sorunları ve fiziksel sağlık sorunları gelmektedir. Bu olumsuzluklar intihardan önceki altı ay içerisinde gerçekleşmiştir (104). Türkiye'de intiharların en sık nedeni ruhsal hastalık olarak bildirilmiştir. Ancak bu faktörlerin diğer stres faktörleri ile iç içe girebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Aile sorunları ve ekonomik faktörler daha sonra gelen faktörlerdir. Öğrenim başarısızlığı ise en son sırada gelmektedir (67). İntihar eden ve intihar girişimde bulunan kişilerin girişimden önce sıklıkla aileleri veya erkek/kız arkadaşları ile tartıştıkları, iş yeri sorunları yaşadıkları bildirilmektedir (91, 92).

DİE 2000 yılı verilerine göre Türkiye'de tamamlanmış intiharlarda, erkeklerde hastalık oranı yüzde 27.5 (ruhsal veya fiziksel hastalık olup olmadığı belirtilmemektedir), kadınlarda yüzde 28.2, aile sorunu erkeklerde yüzde 17.6, kadınlarda yüzde 36, geçim sorunu erkeklerde yüzde 25.8, kadınlarda yüzde 5.2, ticari sorunlar erkeklerde yüzde 7.2, kadınlarda yüzde 0.4, duygusal sorunlar erkeklerde yüzde 9.6, kadınlarda yüzde 13.9, eğitim sorunu erkeklerde yüzde 3.8, kadınlarda yüzde 4.1, diğer sorunlar ise erkeklerde yüzde 8.5, kadınlarda yüzde 12.1 olarak belirtilmiştir (73).

Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan olguların tamamı girişim öncesinde bir stres faktörü yaşadıklarını bildirmişlerdir. Kadınların en sık dile getirdikleri sorun alanları aile ve ilişki sorunlarıyken, erkeklerin en sık dile getirdikleri sorun iş ve aile sorunlarıdır. Bu bulgular genel literatür bilgileri ile

uyumlu bulunmuştur(98). Hastalardan alınan yanıtlara bakıldığında intihar girişimlerinin bir yardım arayışı olduğu düşünülebilir. Bu kişilerin sorunlara fazlaca yoğunlaştıkları, sorunları bir kader gibi gördükleri ve alternatif çözüm yolları bulmakta yetersiz kaldıklarında da intihar girişimini bir çözüm olarak ya da sorunları olduğunu çevreye ifade etmenin alternatif bir yolu gibi algıladıkları düşünülebilir.

Travma öyküsünü sorgulandığında, travma öyküsü bildirenlerin %9'unda intihar girişimi olduğu görülmüştür. Ölüm düşünceleri ve intihar planı açısından bakıldığında travma öyküsü olan ve olmayan gruplar açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Lojistik regresyon analizinde travma öyküsü varlığının, intihar girişimi riskini 2 kat artırdığı ancak bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

İntihar davranışında kültürel etkenlerin ve dini inançların rolü ile ilgili araştırmalarda, dini inançları güçlü olan toplumların daha mutlu olduğunu, hayattan daha fazla zevk alabildiğini ve travmalarla başa çıkabilme yetilerinin daha güçlü olduğu bildirilmekte, dolayısıyla intihar davranışında dinin koruyucu bir faktör olabileceği öngörülmektedir (77). Bununla birlikte Levin ve Vanderpool, dinin, baskın kültürel değerler ile birlikte belirgin bir stres kaynağı oluşturabileceğini öne sürmüşlerdir (78). Bununla birlikte özellikle ilk intihar olgularında, dindarlığın koruyucu bir faktör olabileceği de öne sürülmüştür (100). Sorri ve ark.'nın yaptıkları otopsi çalışmasında intihar kurbanlarının %18'inin dindar oldukları ve yatarak veya ayaktan tedavi gören psikotik ve depresif bireylerde dindar olanların dindar olmayanlara göre daha sık intihar kurbanı olduklarını bildirilmiştir (99). Lubin ve ark. İsrail'de 1984-1994 yılları arasında intihar epidemiyolojisi ile ilişkili çalışmalarında, Yahudilerde intihar oranlarının her yaş grubu ve cinsiyet için Araplardan yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum Arapların daha çok köylerde, geniş aile içerisinde yaşamaları ve güçlü dini inançları ile ilişkilendirilmiştir (105). Garrouthe ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda, Amerika'da yaşayan Hintliler arasında intihar girişimi oranlarının genel popülasyona göre yüksek olduğunu ancak, ne hristiyanlığın, ne de kültürel inanışların intiharlar ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını saptamışlardır. Ancak tersine bir durum olarak, kültürel inançların seviyesine bakıldığında, yüksek düzeyde kültürel inanışa sahip kişilerde, düşük

seviyede kültürel inanışa sahip olanlara göre intihar girişimlerinin daha az olduğu da eklenmiştir (79).

Çalışmamızda olgulara dini inançları ile ilgili düşünceleri sorulduğunda, %36,0'ı dini inançlarının güçlü, %59,8'i orta derecede, %3,8'i zayıf ve %0,3'ü ise inançlarının olmadığını bildirmişlerdir. Dini inancı güçlü olan grupta intihar girişimi oranı %6,0, orta olan grupta %3,1, zayıf olanda ise %8,7 olarak saptanmıştır. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimi dini inancı zayıf, orta ve güçlü olan gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Lojistik regreyon analizi yapıldığında dini inanç intihar girişimi ve ölüm düşüncelerini etkileyen faktörler arasında yer almamıştır.

Kraemer ve ark. sigara kullanımının intihara yatkınlık oluşturabileceğini bildirmişlerdir (101). Brandon ise anksiyete ve depresyonun sigara başlamaya neden olduğunu öne sürmüştür. Ancak anksiyete ve depresyon kontrol edildiğinde sigara kullanımının intihar davranışı ile ilişkisinin net olmadığını bildiren çalışmalar mevcuttur (102). Çalışmamızda sigara kullanımı ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Sigara kullanımı lojistik regreyon analizinde ölüm düşünceleri ve intihar girişimini etkileyen faktörler arasında yer almamıştır.

İntihar davranışının ailesel geçiş eğilimi gösterdiğini bildiren bir çok araştırma mevcut olup, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında ailesel yatkınlığın önemi vurgulanmaktadır (20, 57, 64). İntihar nörobiyolojisi ile ilişkili bazı çalışmalarda da genetik eğilim desteklenmektedir. Serotonin sentezini düzenleyen triptofan hidroksilaz geni polimorfizmi ile intihar girişimi arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (74, 75). Marshall ve arkadaşları, yaptıkları araştırmada genlerle ilişkili bulguları desteklememiş, sadece genetik varyasyonların etkisinin küçük olduğunu öne sürmüşlerdir (76). Goodwin ve arkadaşlarının genel toplum çalışması sonucunda, ebeveynlerdeki intihar düşüncesi veya girişiminin, çocuklarında belirgin bir şekilde hem intihar düşüncesi, hem de intihar davranışı oranlarını artırdığı ortaya konmuştur. Komorbid mental bozukluk varlığı bu ilişkiyi güçlendirmektedir (85).

Çalışmamızda ailede intihar girişimi öyküsü bulunan olguların %15,4'ünün intihar girişimi mevcuttur. Ailede intihar girişimi öyküsü olmayanlarda ise bu oran

sadece %3,6'dır. Ölüm ile ilişkili düşüncelere bakıldığında ailesinde intihar öyküsü bulunan bireylerin istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek oranlarda ölüm ile ilişkili düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir. Lojistik regreyon analizinde ailede intihar girişimi varlığının tüm ölüm düşüncelerini artıran bir faktör olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunanlarda literatürle uyumlu olarak daha yüksek oranda intihar girişimi olduğu saptanmıştır. Lojistik regresyon analizi yapıldığında, ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunanlarda intihar girişiminin 5 kat daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, ruhsal hastalıklara hem genetik hem de çevresel bir yatkınlık oluşturması açısından intihar davranışında risk faktörleri arasında yer almaktadır(20). Çalışmamızda ailede ruhsal hastalık öyküsü varlığı, intihar girişimi ve intihar planı dışında ölüm düşünceleri ile ilişkili bulunmuştur. Ancak lojistik regresyon analizinde model etkileyici faktörlerden değildir.

5.4. Ölüm Düşünceleri ve İntihar Girişimi ile Ruhsal Hastalıklar Arasındaki İlişkiler

Ruhsal hastalıklar ile intihar riski arasında açık bir bağlantı söz konusudur. Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin olmayanlara göre 3 ila 12 kat arttığı bildirilmiştir. Bu riskin derecesi yaşa, cinsiyete, tanının türüne ve hastanın yatarak veya ayaktan tedavi görüyor olmasına göre değişmektedir. İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin %90-95'inde en az bir ruhsal hastalık olduğu bildirilmiştir (12). Gençler ve yaşlılardaki ruhsal rahatsızlıklar ve stresörler arasında farklar bulunmuştur. 30 yaşın altında görülen intiharlarda daha çok alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu ile ayrılık, reddedilme, işsizlik ve adli sorunlar; 30 yaşın üzerindeki intiharlarda ise duygudurum bozuklukları, bilişsel bozukluklar ile bedensel hastalıklara bağlı stresler mevcuttur (12). İntiharın bir süreç olduğunu ileri süren çalışmalarda ruhsal hastalıkların özellikle geç dönemde intihar davranışında en önemli risk faktörlerinden olduğu belirtilmiştir.

Değişik ruhsal hastalıklar arasında duygudurum bozuklukları, hem intiharla yakın ilişkisi hem de toplumda prevalansının yüksek olması nedeniyle dikkat çekmektedir (100). Major depresif bozukluk intihar davranışına en sık eşlik eden ruhsal hastalıktır (21, 38, 44). Major depresif bozukluk her iki cinsiyet için de hem intihar girişimi hem de intihar düşünceleri açısından çok önemli bir risk faktörüdür (98,107). Psikolojik otopsi çalışmalarında intihar kurbanının herhangi bir ruhsal bozukluğa sahip olma prevalansı %81-100, major depresif bozukluk prevalansı %30-90, bipolar bozukluk prevalansı %0-23, şizofreni prevalansı %2-12, alkol kullanımı bozuklukları prevalansı %15-56, kişilik bozuklukları prevalansı ise %0-57 olarak saptanmıştır (103). Ciddi depresyonlarda herhangi bir andaki intihar riski %11-17 arasında olduğu bildirilmiştir. Melankolik tip depresyonlarda hastaların 1/3'ünde intihar girişimi olabilir ve yaklaşık %10'u ölümle sonuçlanır (12). Sokero ve ark.'nın major depresif bozukluğu bulunan hastalarda yaptığı bir izlem çalışmasında, hastaların % 58'inde intihar düşüncesi bulunduğu, %15 olgunun intihar girişiminde bulunduğu ve girişimde bulunan olguların hemen hepsinde (%95) intihar düşüncesinin var olduğu belirlenmiştir. İntihar düşüncesi, umutsuzluk, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı, sosyal uyumsuzluk, sosyal desteklerin yetersizliği gibi faktörler depresif olgularda anlamlı bağımsız risk faktörleridir (88). Oquendo ve arkadaşları, depresyonda intihar açısından en güçlü üç öngörücü faktörün, geçmiş intihar girişimi öyküsü, ciddi depresyon ve sigara içimi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca karamsarlığın, öfke ve dürtüsellüğün her birinin ek bir etki yarattığı da eklenmiştir (83). Hastalığın erken başlangıcı, depresif epizod sayısının fazla olması, komorbid alkol kullanımı bu hastalarda riski artıran faktörler olarak belirlenmiştir (84).

Bizim çalışmamızda da bulgular literatür ile uyumlu nitelikte olup major depresif bozukluk hem ölüm düşünceleri hem de intihar girişimi ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde de major depresif bozukluk öyküsü varlığı ölüm düşüncelerini istatistiksel olarak anlamlı oranda artırmaktadır. Sadece major depresif bozukluğun intihar planını istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde etkilediği görülmüştür. İntihar girişiminde bulunanların %80,7'sinde major depresif bozukluk öyküsü saptanmıştır. Major depresif bozukluk öyküsü olanların %9,5'inde, major depresif bozukluk öyküsü olmayanların %1,3'ünde intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir. Lojistik regresyon analizi yapıldığında major depresif

bozukluk öyküsü olan bireylerde intihar girişiminin 7,6 kat daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda tek major depresif epizod öyküsü olan bireylerde ölüm düşüncelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lojistik regreyon analizinde major depresif bozukluk tipi hayat yaşamaya değmez ve keşke ölsem düşüncelerini istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde artırdığı bulunmuştur. Tek epizod öyküsü hayatına son verme düşüncesini ise anlamlı olarak artırmaktadır. Lojistik regresyon analizinde intihar girişimi ile major depresif bozukluk tipi arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda bir diğer dikkat çekici özellik, intihar girişimi öyküsü bulunan bireylerin %42,3'ünde halen major depresif bozukluğu tanısının mevcut olmasıdır. En az bir intihar girişimi öyküsü bulunan ve halen major depresif epizodda olan bireylerin psikiyatrik yardım arama davranışının yetersiz olması, toplumun bakış açısı ve kültürel faktörler ile ilişkili olabilir. Bu konuda toplumun eğitimi, ruhsal hastalıklar, komplikasyonları ve ciddiyetleri ile ilgili bilinçlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Asnis ve ark. distimi hastalarının %63'ünün intihar düşüncesine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının intihar düşünceleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, distimi ile intihar düşünceleri arasında bir ilişki bulunmazken, distimi ile birlikte anksiyete semptomlarının yüksek düzeyde olmasının intihar düşüncelerini artırdığı bildirilmiştir (107). Çalışmamızda distimi ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak lojistik regresyon analizinde distimi, intihar planı ve intihar girişimini etkileyen faktörlerdendir. Bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda yapılan değerlendirmede, diğer duygudurum bozukluklarından bipolar I ve bipolar II bozukluk ile hayat yaşamaya değmez düşüncesi ilişkili bulunmuştur. Lojistik regreyon analizinde Bipolar I ve Bipolar II bozukluk, hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı düzeyde olmamakla birlikte artırtmaktadır. Bipolar I bozukluk varlığı hayatına son verme düşüncesini anlamlı olarak artırmaktadır. Bipolar bozuklukların intihar girişimini anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur. Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğunun hayatına son

verme düşüncesini lojistik regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu da lojistik regresyon analizinde hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı olarak artıran bir faktör olarak belirlenmiştir. Ayrıca lojistik regresyon analizinde BTA depresif bozukluk varlığının intihar girişimini anlamlı olarak artırdığı belirlenmiştir. Vaka sayılarının sınırlı olması nedeniyle bu duygudurum bozukluklarında genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

Anksiyete bozukluklarının intihar riskini artırabildiği bazı çalışmalarda bildirilmiştir (20). Bununla birlikte Chioqeta ve ark.'nın çalışmasında intihar düşünceleri ile anksiyete bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, özgül fobi ile ise negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Weissman ve arkadaşları, panik ve anksiyete bozukluklarının intihar ile ilişkisini ortaya koymuşlardır (80). Bazı çalışmalarda ise panik bozukluğun yalnızca komorbid bir ruhsal bozukluk veya kişilik bozukluğu birlikteliğinde intihar riskini artırdığı belirtilmiştir (107). Çalışmamızda agorafobili panik bozukluğu ve özgül fobisi bulunan bireylerin intihar planı dışında daha yüksek oranda ölüm ile ilişkili düşüncelere sahip olduğu bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde agorafobili panik bozukluğunun hayat yaşamaya değmez düşüncesini 7,4 kat, keşke ölsem düşüncesini 9,3 kat, hayatına son verme düşüncesini ise 7 kat artırdığı ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Analizde özgül fobi de ölüm düşüncelerini anlamlı olarak etkileyen bir faktör olarak belirlenmiştir. Ancak her iki bozukluğun intihar planı ve intihar girişimini anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur.

Çalışmamızda yaygın anksiyete bozukluğu intihar ile ilişkili bir anksiyete bozukluğudur. Bu bulgu herhangi bir ilişki saptamayan bazı literatürlerle uyumlu nitelikte değildir (108). Yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %50,0'nın hayat yaşamaya değmez düşüncesine, %41,7'sinin keşke ölsem düşüncesine, %22,9'unun hayatına son verme düşüncesine sahip oldukları saptanmıştır. Ayrıca çalışmamıza katılan ve intihar girişim öyküsü bulunan bireylerin %26,9'unda yaygın anksiyete bozukluğu tanısı halen mevcuttur. Logistik regresyon analizinde yaygın anksiyete bozukluğunun intihar girişimini 3 kat ve anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu ve major depresif bozukluk komorbiditelerinin yüksek

olduğu bilinmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunda intihar girişimi oranının yüksek bulunması, komorbiditeyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak intihar girişimi ve ölüm düşünceleri ile obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (107). Bununla birlikte lojistik regresyon analizinde obsesif kompulsif bozukluğun, hayat yaşama değmez ve hayatına son verme düşüncelerini istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde etkilediği ortaya çıkmıştır. Posttravmatik stres bozukluğunun ölüm düşüncelerini ve intihar girişimini anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur.

Bazı araştırmalarda sosyal fobi ile intihar düşünceleri ilişkili bulunmuştur (108,109). Lepine ve Chioqueta ise sosyal fobi ile intihar düşünceleri arasında herhangi bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (107, 110). Çalışmamızda sosyal fobi olan ve olmayan bireylerde intihar girişimi ve intihar düşünceleri arasında ilişki bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizinde sosyal fobinin intihar girişimini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği saptanmıştır. BTA Anksiyete bozukluğu olan ve olmayan bireylerde yapılan değerlendirmede anlamlı fark çıkmamış olmakla birlikte lojistik regresyon analizinde keşke ölsem ve hayatına son verme düşüncelerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmamakla birlikte artırdığı bulunmuştur.

İntihar girişiminde bulunan ve bir ruhsal hastalık öyküsü olan bireylerin %25'inde komorbid alkol kullanım bozuklukları bildirilmektedir (20,92). Ancak çalışmamızda alkol kullanım bozukluğu olan ve olmayan bireylerde ölüm düşünceleri ve intihar girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Lojistik regresyon analizinde de alkol kullanım bozuklukları ölüm düşüncelerini ve intihar girişimini etkileyen faktörler arasında yer almamıştır. Uyum bozukluğu olan ve olmayan bireylerde ölüm düşünceleri ve intihar girişimi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak uyum bozukluğunun lojistik regresyon analizinde hayat yaşamaya değmez ve keşke ölsem düşüncelerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda intihar girişimi ve ölüm düşünceleri yaygınlığı ile intihar davranışında etkili olabilecek bazı risk faktörleri ortaya konulmuş, intihar girişimi vakalarına epidemiyolojik bir yaklaşımla yeni bir bakış açısı oluşturulmaya çalışılmıştır.

Toplumda ölüm düşüncelerinin yaygınlığı ve intihar ile ilgili ifadelerin çeşitliliği söz konusudur. İntihar girişimi ve ölüm düşüncelerinde risk faktörlerinin genelde benzer olduğu belirlenmiştir. Ölüm düşüncelerinin ve intihar ile ilgili ifadelerin intihar davranışında bir süreç olabileceği göz önüne alındığında, intihar davranışını engellemede yeni açılımlar elde edilebilir. Bu çalışma, bu bölgede yapılan en kapsamlı epidemiyolojik çalışmadır. Çalışmamızın sosyodemografik ve sosyokültürel değişkenlerinin yorumunu güçleştirecek bazı zorluklar bulunmaktadır. Örneğin sosyoekonomik olarak düşük şeklinde tanımlanan bir bölgede farklı sosyoekonomik düzeylerde bireyler olabilir. Bu çalışmanın diğer bir kısıtlılığı, kırsal bölgenin çalışmaya dahil edilmemesidir. Çalışmada sonuçları etkileyebilecek başka bir eksiklik bireylerin kadın/erkek oranıdır. Bunun nedeni de belirtildiği üzere çalışmamızın gündüz saatlerinde gerçekleştirilmesi, bu saatlerde sadece kadınların evlerinde bulunup, çalışmaya dahil edilmeleridir. Aynı alanda yapılacak yeni çalışmaların daha fazla sayıda olgularla ve çok merkezli bir yaklaşımla daha etkili yöntemlerle izlenmesinin gerekliliği de ortaya konulmuştur.

6. SONUÇ

1. Isparta il merkezinde intihar girişimi ve intihar planı yaygınlığı çalışmalarla uyumlu ancak üst sınırdan saptanmıştır. Bununla birlikte ölüm düşüncelerinin çalışmalardaki bulgulardan daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir.
2. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunun ilaç gibi şiddet içermeyen bir yöntemi tercih ettiği bulunmuştur.
3. Belirlenen tüm intihar girişimleri öncesinde bir stres faktörü olduğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunma ve ölüm düşüncelerinin zorlu yaşam olayları ile ilişkili olduğu saptanmıştır.
4. İntihar girişimine en sık eşlik eden stres faktörü tipinin aile ve ilişki sorunu olduğu belirlenmiştir.
5. İntihar girişimi ve ölüm düşünceleri oranının kadınlarda ve 25-34 yaş grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır.
6. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş olguların çoğunluğunu 11 yıl ve altında eğitim düzeyi olan bireyler oluşturmuştur.
7. İntihar girişiminde bulunan bireylerin büyük bir bölümünün ekonomik olarak inaktif olan ev hanımları olduğu belirlenmiştir.
8. Ruhsal hastalığı olduğunu düşünenlerde intihar girişimi, hayat yaşamaya değmez, keşke ölsem ve hayatına son verme düşünceleri oranı ruhsal hastalığı olmadığı görüşündeki gruptan yüksek bulunmuştur.
9. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunun girişim öncesinde veya sonrasında psikiyatrik tedavi gördükleri belirlenmiştir.
10. Lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi varlığı, eşlik eden tıbbi hastalık varlığı, major depresif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, agorofobili panik bozukluğu ve özgül fobi varlığının hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı oranda artırdığı, resmi nikahlı ve dul olma ile uyum bozukluğu varlığının ise hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı oranda azalttığı belirlenmiştir.

11. Lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi varlığı, major depresif bozukluk, agorafobili panik bozukluğu, özgül fobi ve uyum bozukluğu varlığının keşke ölsem düşüncesini anlamlı oranda artırdığı, 3 çocuk sahibi olmanın ise keşke ölsem düşüncesini anlamlı oranda azalttığı belirlenmiştir.
12. Lojistik regresyon analizinde hayatının büyük kısmının köyde geçmesi, major depresif bozukluk varlığı, major depresif bozukluk tek epizod öyküsü varlığı, bipolar I bozukluk, agorafobili panik bozukluk ve özgül fobi varlığının hayatına son verme düşüncesini anlamlı oranda artırdığı belirlenmiştir.
13. Lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi varlığı, major depresif bozukluk, BTA depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu varlığının intihar girişimini anlamlı oranda artırdığı, 3 çocuk sahibi olmanın intihar girişimini anlamlı oranda azalttığı belirlenmiştir.
14. Ailesinde intihar girişimi öyküsü bulunanlarda intihar girişimi oranları 5,7 kat daha yüksek saptanmıştır.
15. İntihar girişimi major depresif bozukluk öyküsü bulunanlarda 13,7 kat daha yüksek bulunmuştur.
16. İntihar girişimi öyküsü bulunan bireylerin yarıya yakınının halen major depresif bozukluğunun mevcut olduğu saptanmıştır.
17. Yaygın anksiyete bozukluğu intihar girişimini 3 kat artırmaktadır.
18. Ölüm düşüncelerinin ve intihar girişiminin toplumda yaygınlığının tanımlanması, sosyodemografik ve sosyoekonomik risk faktörlerinin belirlenmesi, ruhsal hastalıklarla ilişkilerinin değerlendirilmesi intihar davranışının anlaşılmasında yeni yaklaşımların geliştirilmesine olanak sağlarken, bu konuda kapsamlı araştırmaların gerekliliği ortaya konmaya çalışılmıştır.

7. ÖZET

Bu çalışmada Isparta il merkezinde intihar girişimi ve ölüm düşüncelerinin yaygınlığı araştırılmış; sosyodemografik, sosyoekonomik özellikler ve ruhsal bozukluklarla ilişkileri değerlendirilmiştir

Çalışmaya Isparta il merkezini temsil edebilir büyüklükte basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 600 birey alınmıştır.

Çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeği olarak SCID-klinik versiyonu (SCID-CV) kullanılmıştır.

İntihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı %4,3 olarak saptanmıştır. Bireylerin %27,5'inde ise yaşamlarının herhangi bir döneminde ölüm düşüncelerinin mevcut olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda ve genç erişkinlerde hem ölüm düşünceleri hem de intihar girişimi oranları daha yüksek bulunmuştur. Tüm intihar girişimleri öncesinde bir stres faktörü tanımlanmıştır. Ailede intihar girişimi öyküsü bulunanlarda ölüm düşünceleri ve intihar girişimi oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Major depresif bozukluğun intihar girişimi ve ölüm düşünceleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Agorafobili panik bozukluk ve özgül fobi ölüm düşünceleri ile ilişkili bulunmuştur. Yaygın anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde intihar girişimi ve ölüm düşüncelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular literatür bilgileri gözden geçirilerek karşılaştırılmıştır.

8. SUMMARY

In this study, the prevalences of attempted suicide and death-ideas have been searched and their relations of sociodemographic, socioeconomic characteristics and mental disorders have been evaluated in the city of Isparta.

600 individuals represented the population of Isparta by using simple randomized sampling method have been selected.

Clinical version of SCID developed as a semi-structured clinical interview scale and performed its specificity and sensitivity for diagnoses of DSM-IV Axis-I disorders have been used in this study.

The prevalence of lifetime suicide attempts have been determined by 4,3%. Lifetime death-ideas have been found for 27,5% of the individuals. Both the death-ideas and the suicide attempts have been found to be much more prevalent in women and young adults. A stress factor has been defined before all the suicide attempts. The rates of suicide attempts and death-ideas have been found to be more prevalent in the individuals having a family history of suicide attempts. Suicide attempts and death-ideas have been found to be associated with major depressive disorder. It has been determined that the rates of death-ideas and suicidal attempts have been increased with the number of the past major depressive episodes. Death-ideas have been found to be associated with panic disorder with agoraphobia and specific phobia. Suicide attempts and death ideas have been determined more frequently in the individuals with generalized anxiety disorder. The findings got during the study have been compared with former studies in the literature.

9. KAYNAKLAR

1. Burke JD, Regier DA: Epidemiology of mental disorders. Hales RL, Yudofsky SC (ed): Synopsis of Psychiatry'de. American Psychiatric Press. Washington, 1996, s.79-102.
2. Weissman MM, Klerman GL: Epidemiology: purpose and historical overview. Michels R (ed): Psychiatry'de. JB Lippincott Co. Philadelphia, 1989, vol:3. chapter II, s.1-14.
3. Gelder M, Gath D, Mayou K: Oxford Textbook of Psychiatry,2.baskı. Oxford University Press. Oxford, 1989, s. 103-108.
4. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark: Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas, 1995.
5. Çuhadaroğlu, F., Sonuvar, B.: Adolesan İntiharları: Risk Faktörleri Üzerine Bir İnceleme. Türk Psikiyatri Dergisi, 3 (3), 222-226, Güz, 1992.
6. Odağ, C.: İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir, 1995, 1-143.
7. Sayıl, I. İntihar Davranışı: Kriz ve Krize Müdahale, Işık Sayıl, Oğuz E. Berksun, Refia Palabıyıkoglu, Halise Devrimci Özgüven, Çiğdem Soykan, Seda Haran, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No: 6, Ankara: Damla Matbaacılık, 2000, 165-178.
8. Cantor, C. H. (2000). Suicide in the Western World, In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chapter: 1, Ed.: K. Hawton and K. Van Heeringen, West Sussex: John Wiley& Sons Ltd., p.: 9-28
9. Hawton, K., Van Heeringen, K., (2000). Introduction. In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chapter: 1, Ed.: K. Hawton and K. Van Heeringen, West Sussex: John Wiley& Sons Ltd., p.: 1-6.
10. Nezahat Arkun, İntiharın Psikodinamikleri, İTÜ Edebiyat Fakültesi Yayınları, Edebiyat Fakültesi Matbaası, İst, 1978, s. 25.
11. Engin Gençtan, Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Remzi Kitabevi, İst, 1988, s. 200.
12. Sayıl, I: İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi, Psikiyatrik Epidemiyoloji, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 2002, s. 118

13. Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., Nightingale, S. K.: Prevalance and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A case-control Study. *Am. J. Psychiatry*, 153 (8), 1009-1014, Aug., 1996.
14. Adam, K.: Attempted Suicide. *Psychiatric Clinics Of North America*, 8 (2), 183-196, 1985.
15. Ostamo A, Lonnqvist J, Heinonen S, et al: Epidemiology of parasuicides in Finland. *Psychiatria Fennica* 22:181-189, 1991
16. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, et al: Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health* 52:191-194, 1998.
17. Murray CJL, Lopez AD (eds): Summary: The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. *Global Burden of Disease and Injury Series, vol 1*. Harvard School of Public Health, on behalf of World Health Organization and World Bank. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1996.
18. National Center for Injury Prevention and Control. WISQARS (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System). Accessed at www.cdc.gov/ncipc/wisqars/ on 2 December 2003.
19. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med*. 2000; 160:1522-6. [PMID: 10826468]
20. Kaplan, H.I., Sadock, B.J.: Synopsis of Psychiatry, 8th ed. : 33.1, Suicide, lippincott Williams&Wilkins, 1998, 864-872.
21. Welch S., A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatric Services*, March 2001 Vol. 52, No. 3.
22. Amos, T., Appleby, L. (2001). Suicide and deliberate self-harm. in: *Postgraduate Psychiatry*, Eds.: L. Appleby, T. Amos, D. M. Forshaw, H. Barker. London: Amold, p.: 347-357.
23. Shepherd M (1984) The contribution of epidemiology to clinical psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 141(12): 1574-1576.
24. Williams, J. M. G., Pollock, L. R (2000). The psychology of suicidal behavior. In: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chapter: 5, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd., p.: 79-93.

25. Mann J.J., Oquendo M., Underwood M.D., Arango V. The Neurobiology of Suicide Risk: a review for the clinician. *J. Clin. Psychiatry.* 1999; 60 Suppl 2: 7-11; discussion 18-20, 113-6.
26. Dahl RE, Puig Antich J, Ryan ND ve ark. (1990) EEG sleep in adolescents with major depression: the role of suicidality and inpatient status. *J Affect Disord.* May;19(1):63-75.
27. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW ve ark. (1991) Suicidal suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Jul;30(4):609-16.
28. Clark DB (2003) Serum tryptophan ratio and suicidal behavior in adolescents: a prospective study. *Psychiatry Res.* Aug 1;119(3):199-204.
29. Garland M., Hickey D., Corvin A., Golden J., Fitzpatrick P., Cunningham S., Walsh N. Total serum cholesterol in relation to psychological correlates in parasuicide. *Br J Psychiatry.* 2000 Jul;177:77-83.
30. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Tuncer S. (çev.) . 1. Baskı. İzmir: Ege Üniv. Tıp Fak. Yay. 1974
31. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. www.annals.org Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2001.
32. İntihar İstatistikleri 1997: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1999.
33. McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP ve ark.(1998) Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Jun;37(6):612-9.
34. Koçal N., Coşar B., Candansayar S., Arıkan Z., Işık E.: Yatan psikiyatrik hastalardan intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. *Kriz Dergisi*, 2(2): 327-330,1994.
35. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Oral A., Haran S., Güney S., Binici S., Geçim S., Yücat T., Beder A., Özayar H., Büyükçelik D. Özgüven H.D.: Attempted suicides in Ankara in 1995. Kosky K., Eskevari H.S., Goldney R.D., Hassan R (Ed). *Suicide Prevention: The Global Context'de.* Plenum. N.Y. pp 201-204, 1997.
36. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93:327-38. [PMID: 8792901]

37. National Institute of Mental Health. Suicide facts. Accessed at www.nimh.nih.gov/research/suifact.cfm on 1 April 2004.
38. Kessler RC, Borges G, Walters EE: Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry* 56: 617-626,1999.
39. Hjelmeland H: Repetition of parasuicide: a predictive study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 26:395-404, 1996.
40. Platt S, Hawton K, Kreitman N, et al: Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychological Medicine* 18:405-418,1988.
41. Hawton K, Fagg J, Simkin S, et al: The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989-1992). *Crisis* 15(3):123-135, 1994.
42. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B (1993) Adolesan intiharları ve kendilik imgesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 4(1):29-38.
43. Appleby L, Turnbull G: Parasuicide in the first postnatal year. *Psychological Medicine* 25:1087-1090,1995.
44. Petronis KR, Samuels JF, Mosdeki EK, et al: An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 25:193-199,1990.
45. Platt S: Unemployment and suicidal behavior: a review of the literature. *Social Science Medicine* 19:93-115,1984.
46. Stenager, E. N., Stenager, E. (2000). in: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chapter: 22, Ed: K. Hawton and K. van Heeringen, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
47. Shepherd M (1984) The contribution of epidemiology to clinical psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 141(12): 1574-1576.
48. Diekstra RF: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:9-20,1993.
49. Moscicki EK, O'Carroll P, Rae DS, et al: Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale Journal of Biological Medicine* 61:259-268,1988.
50. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O: Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 30:61-73,2000.

51. Hjelmeland H, Bjerke T: Parasuicide in the county of Sor-Trondelag, Norway: general epidemiology and psychological factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31:272-283, 1996.
52. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med.* 136:302-11, 2002.
53. Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond.* 31:171-2, 1997.
54. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, et al. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. *Cochrane Database Syst Rev.* CD001764, 2000.
55. Kerkhof, J. F. M. (2000). in: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chapter: 3, Ed: K. Hawton and K. van Heeringen, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
56. Boyd JH: The increasing rate of suicide by firearms. *New England J Medicine*, 308:872-874,1983.
57. Brent DA, Perper JA, Allman C: Alcohol, firearms, and suicide among youth: Temporal trends in Allegheny County, PA.. 1960-1983. *J Am Medical Association.* 257:3369-3.372, 1987.
58. Devrimci-Özgüven, H., İntiharların ve intihar girişimlerinin epidemiyolojisi. *Ege Psikiyatri Yayınları, İntihar, Konuk Ed: I. Sayı, İzmir.: Meta Basım, s.: 7-22, 2002.*
59. Pajonk, F. G., Gruenberg, K. A., Moecke, H., Naber, D., Suicides and suicide attempts in emergency medicine. *Crisis*, 23(2): 68-73, 2002.
60. Moscicki, E.K.. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threat. Behav.* 25(1): 22-35, 1995.
61. Devrimci-Özgüven, H., Sayıl, I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can. J. Psychiatry*, 48(5): 324-329, 2003.
62. De Leo D., Ormskerk SCR: Suicide in the elderly: General characteristics. *Crisis*, 12(2):3-17, 1991.
63. Sayıl I., İntiharlar. *Acil Psikiyatri. Ankara.: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, No: 448, Ankara Üniversitesi Basımevi, s.: 81-89, 1987.*
64. Bradley N. Caynes, Suzanne L. West, Carol A. Ford, Paul Frame, Jonathan Klein, and Kathleen N. Lohr. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140:822-835.

65. Hirschfeld RM; Russell JM. Assesment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med. 1997; 337: 910-5.
66. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with majör depressive disorder. J Clin Psychiatry. 1999; 60:57-58.
67. Işık E, Duygudurum Bozuklukları:Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, İntihar.Görsel Sanatlar Matbaacılık, s.: 382-396, 2003.
68. First M. B. , Spitzer R. L. , Gibbon M, Williams J. B. W. , SCID-I, Klinik Versiyon, s: 1-7, 1997.
69. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, et al: Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide: I. introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatrica Scandinavica 85:97-104, 1992.
70. Sayıl I, Berksun O, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H: Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma: Kriz Dergisi, 1 (2): 56-61, 1993.
71. Hawton K, Fagg J, Simkin S, et al: The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989-1992). Crisis 15(3):123-135, 1994.
72. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health. 1989;49:888-99.
73. Devlet İstatistik Enstitüsü İntihar İstatistikleri (2000). TC Başbakanlık Denlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı.
74. Mann JJ, Stoff DM (1997), A synthesis of current findings regarding neurobiological correlates and treatment of suicidal behavior. Ann NYAcadSci 336:352-363
75. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila (1994), Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydrosylase polymorphism. Arch Gen Psychiatry 51:34-38.
76. Marshall SE, Bird TG, Hart K, Welsh KI (1999), Unified approach to the analysis of genetic variation in serotonergic pathways. Am J Med Genet 88:621-627.
77. Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well- being. Journal of Health and Social Behaviour, 32(1), 80-99.
78. Levin, J. S., and Vanderpool, H. Y. (1987). Is frequent religious attendance really conductive to beter health?: Toward an epidemiology of religion. Social Science and Medicine, 24(7), 589-600.
79. Eva Marie Garrouette, Jack Goldberg, Janette Beals, Richard Herrell, Spero M. Manson, the AI-SUPERPPF Team. Spirituality and attempted suicide among American Indians. Social Science & Medicine 56 (2003) 1571-1579.

80. Weissman MM, Gerald LK, Markowitz JS, et al: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine* 321:1209-1214,1989.
81. Suominen K, Henriksson M, Suokas J, et al: Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 94:234-240,1996.
82. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999 Jan;29(1):9-17.
83. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ., Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*,2004Aug;161(8):1433-41.
84. Slama F, Bellivier F, Henry C, Rousseva A, Etain B, Rouillon F, Leboyer M., Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. : *J Clin Psychiatry* 2004 Aug 65(8):1035-9.
85. Goodwin RD, Beautrais AL, Fergusson DM., Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample *Psychiatry Res.* 2004 Apr 30;126(2):159-65
86. Haatainen K, Tanskanen A, Kylma J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Viinamaki H. Factors associated with hopelessness: a population study. *Int J Soc Psychiatry.* 2004 Jun ;50(2):142-52.
87. Vinas Poch F, Villar E, Caparros B, Juan J, Cornella M, Perez I. Feelings of hopelessness in a Spanish university population descriptive analysis and its relationship to adapting to university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Apr;39(4):326-34.
88. Sokero TP, Melartin TK, Rytala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. : *J Clin Psychiatry.* 2003 Sep;64(9):1094-100.
89. Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001 Dec;36(12):590-4.
90. Renberg ES. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001 Sep;36(9):429-36.

91. Brent DA, Perper JA , Moritz G, Baugher M, Roth C, Balach L, Scheweers J
Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide : A case-control study.
Suicide & Life-Threatening Behavior, 1993 23:179-187.
92. Brent DA Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and
substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide &
Life-Threatening Behavior*, 1995 25(Suppl):52-63.
93. Madianos MG, Madianou-Gefou D, Stefanis CN (1993) Changes in suicidal
behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch
Psychiatry Clin Neurosci* 243:171-178.
94. Goldney RD, Wilson D, Dal Grande E, Fisher J, McFarlane AC. Suicidal ideation in
a random community sample: Attributable risk due to depression and psychosocial
and traumatic events. *Aust NZJ Psychiatry* 2000 34:98-106.
95. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general
population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 124:460-469.
96. Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults:
the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*.
2001 Oct;31(7):1181-91.
97. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide:a
population-wide study. *Suicide Life Threat Behav*. 2001 Spring;31(1):32-40.
98. Katarina S, Margot A, Agneta O. Sex differences in risk factors for suicide after
attempted suicide. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004 39:113-120.
99. Sorri H, Henriksson M, Lonnqvist J. Religiosity and suicide: findings from a
nationwide psychological autopsy study. *Crisis* 1996;17(3):123-7.
100. Neeleman J, Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process; prospective
comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders* 2004;43-
52.
101. Kraemer HC, Kazdin A, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to
terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:337-343.
102. Brandon TH. Negative affect as motivation to smoke. *Current Directions in
Psychological Science* 1994;3:33-37.
103. Isometsa ET. Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry* 2001;16:379-
85.
104. Cavanagh JTO, Owens DGC, Johnstone EC. Life events in suicide and
undetermined death in South-east Scotland: a case control study using the method of
psychological autopsy.

105. Lubin G, Glasser S, Boyko V, Barell V. Epidemiology of suicide in Israel: a nationwide population study. *2001*;36:123-27.
106. Sayar K, Kose S, Acar B, Ak I, Reeves RA. Predictives of suicidal behavior in a sample of Turkish suicide attempters. *Death Stud.* 2004 Mar;28(2):137-50.
107. Chioqueta AP, Stiles TC. Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis* 2003;24(3):105-112.
108. Cox BJ, Dorenfeld DM, Swinson RP, Norton GR. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:882-887.
109. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry* 1992;49:282-288.
110. Lepine JP, Lellouch J. Diagnosis and epidemiology of agoraphobia and social phobia. *Clinical Neuropharmacology* 1995;18:15-26.



10. EKLER**ISPARTA İL MERKEZİNDE
İNTİHAR GİRİŞİMİ VE ÖLÜM DÜŞÜNCELERİ YAYGINLIĞI**

Adı Soyadı: Tarih:

Yaşı: Tel: Adres:

Cinsiyet:

Medeni Durum: Bekar İmam nikahlı Resmi nikahlı Boşanmış
Dul

Çocuk Sayısı:

Eğitim Yılı: Meslek:

Kilo: Boy:

Doğum yeri: İl İlçe: Kasaba / Köy:

Ne kadar Süredir Isparta'da yaşıyor:

Hayatı nerelerde geçmiş:

Kiminle Yaşıyor:

İş Memnuniyeti: Memnun değil Memnun

Eşinin Mesleği:

Sosyoekonomik Düzey: Düşük 1.grup
Orta 2.grup
Yüksek 3.grup

Ailenin aylık toplam geliri:

Ruhsal Bir Hastalığı olup olmadığı düşüncesi: Yok Var

Daha önce aldığı psikiyatrik tedaviler: Yok Var

Şu an aldığı psikiyatrik tedavi: Yok Var

Daha Önce ruhsal sorunları nedeniyle:

Hastaneye başvurmamış	0
Hastanede yatmış	1
Psikiyatriste başvurmuş	2
Psikiyatriste başvurmamış ama düşünmüş	3
Yakınları psikiyatriste başvurmasını önermiş	4

	Son bir yılda	Stres Faktörü	Yaşam boyu	Stres faktörü
Hayat yaşamaya değmez	0			
Keşke ölsem düşüncesi	1			
Hayatına son verme düşüncesi	2			
İntihar planı	3		:	
İntihar girişimi	4			
İntihar girişimi Varsa: Sayısı:		Hastanede yatış(Yoğun Bakım):		

Şu anda Stres faktörü varsa: İş Problemi

Aile problemi

İlişki problemi

Sosyal problemler

Diğer

Travma Öyküsü: Yok Var

İntihar girişimi şekli:

Ası	İlaç	Yüksekten atlama	Ateşli silahla
Hareket halindeki araç önüne atlama		Diğer	
Ailede intihar girişimi öyküsü: Yok		Var	

Gelecekle ilgili düşünceleri:

Bir şey değişmeyecek	0
Umutlu	1
Karamsar	2

Kendini ne kadar dindar olarak tanımladığı: Dini inancım yok 0
 Dini inancım zayıf 1
 Orta 2
 Dini inancım güçlü 3

Eşlik eden diğer tıbbi hastalıklar: Yok

Var

Varsa tanısı:

Bunun için tedavi almış mı/ alıyor mu? Hayır

Evet

Hangi tedavi:

Görme Sorunu: Yok

Var

İşitme Sorunu: Yok

Var

Alkol ve Madde: Yok

Var

Süresi ve Miktarı:

Sigara (Tane/ gün):

Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü: Yok

Var

Tanı:

Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü:

Yok

Var

Ailede Bakıma Muhtaç Birisi var mı?

Yok

Var

Ailede Alkol/Madde Kullanım Öyküsü: Yok

Var