

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KAZALARIN DEMOGRAFİSİ VE EPİDEMİYOLOJİSİ ANA BİLİM DALI

**ANKARA İLİNDE BİR KAMU HASTANESİ
ACİL BÖLÜMÜNDE İNTİHAR GİRİŞİM
VAKALARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ZEHRA KUBALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. REMZİ AYGÜN

ANKARA
Mayıs 2007

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

DOKTORA /YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

ÖĞRENCİNİN ADI ve SOYADI : Zehra KUBALI
ANABİLİM DALI : Kazaların Demografisi ve Epidemiyolojisi
SINAV TARİHİ : 08.10.2007.
TEZ KONUSU : Ankara ilinde bir kamu hastanesinde intihar girişimleri vakalarının incelenmesi

KARAR :

Yukarıda belirtilen tarihte yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda yukarıda konusu belirtilen tezin

Düzeltilmesine :
Kabulüne : X
Reddine :

OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

GEREKÇE :

JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Remzi ATGÜN

ÜYE

Prof. Dr. M. Ali Bumin

ÜYE

ÜYE

Prof. Dr. Şahinur

ÜYE

SS

İÇİNDEKİLER

	<u>sayfa</u>
I. Giriş-Amaç	1
II. Genel Bilgiler	4
1. Biyolojik Faktörler	5
2. Çocukluk Travması	13
3. Ev İçi Eş Şiddeti	24
4. Sosyal ve Kültürel Faktörler	25
5. Psikiyatrik ve Psikolojik Faktörler	40
6. Fiziksel Hastalıklar	49
III. Gereç ve Yöntem	51
IV. Bulgular	55
V. Tartışma	76
VI. Sonuç ve Öneriler	84
VII. Özet	88
VIII. Summary	89
IX. Kaynaklar	90
X. Ekler	
i. Anket Formu	98
ii. ICD Kodları	100
XI. Özgeçmiş	102

ŞEKİLLER DİZİNİ

sayfa

Şekil 1: Dünya İntihar Hızları Haritası

1

TABLolar DİZİNİ

	<u>sayfa</u>
Tablo 1: Çocukluk Travmasının Tipleri	13
Tablo 2: Tüm Dünya' da İntiharın Yaş ve Cinsiyet Dağılımı	26
Tablo 3: Psikiyatrik Hastalıklar ve İntihar	44
Tablo 4: İntihar Girişiminde Bulunanların Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımı	55
Tablo 5 : İntihar Girişiminde Bulunanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	56
Tablo 6:İntihar Girişiminde Bulunanların Cinsiyetine Göre Medeni Durumları	57
Tablo 7: İntihar Girişiminde Bulunanların Mesleksen Dağılımı	58
Tablo 8: İntihar Girişiminde Bulunanların Sosyoekonomik Durumları	58
Tablo 9: Geçmiş İntihar Girişimleri	59
Tablo 10: İntihar Girişiminin Yeri	60
Tablo 11: İntihar Girişiminde Bulunma Saati	60
Tablo 12: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Olayın Meydana Geliş Biçimi	61
Tablo 13: 18 yaş Altında ebeveyn ölümü	62
Tablo 14: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Ailede Ölüm	63
Tablo 15: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Anne-Baba Ayrılığı	

Durumu	63
Tablo 16: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda	
Medeni Durum Değişikliği veya Sevgili Kaybı	64
Tablo 17: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda	
Ekonomik Durumda Kötüleşme	65
Tablo 18: İntihar Girişiminde Bulunanların Evde Yaşayan Kişi	
Sayılarına Göre Dağılımı	65
Tablo 19: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Ailede İntihar	
Girişimi Dağılımı	66
Tablo 20: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Ailede İntihar	67
Tablo 21 : İntihar Girişiminde Bulunanlarda Alkol Kullanımı	
Düzeyi	68
Tablo 22 : İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sigara Bağımlılığı	
Süresi	68
Tablo 23: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Uyuşturucu Madde	
Bağımlılığı	69
Tablo 24: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Çocukluk Cinsel	
İstismarı Durumu	70
Tablo 25: Son Bir Yılda Fiziksel Şiddete Uğrama Durumu	70
Tablo 26: İntihar Girişiminde Bulunanların Duygusal İstismar	
Durumları	71
Tablo 27: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Aile İçi Duygusal	
İhmal	72

Tablo 28: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Aile Dışı Duygusal İhmal	72
Tablo 29: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Aile veya Arkadaşlarına Karşı Fiziksel Travma Tanıklığı	73
Tablo 30: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Tanımadiğı Birine Karşı Fiziksel Travma Tanıklığı	73
Tablo 31: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Aile veya Arkadaşlarına Karşı Cinsel Travma Tanıklığı	74
Tablo 32: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Tanımadiğı Birine Karşı Cinsel Travma Tanıklığı	74

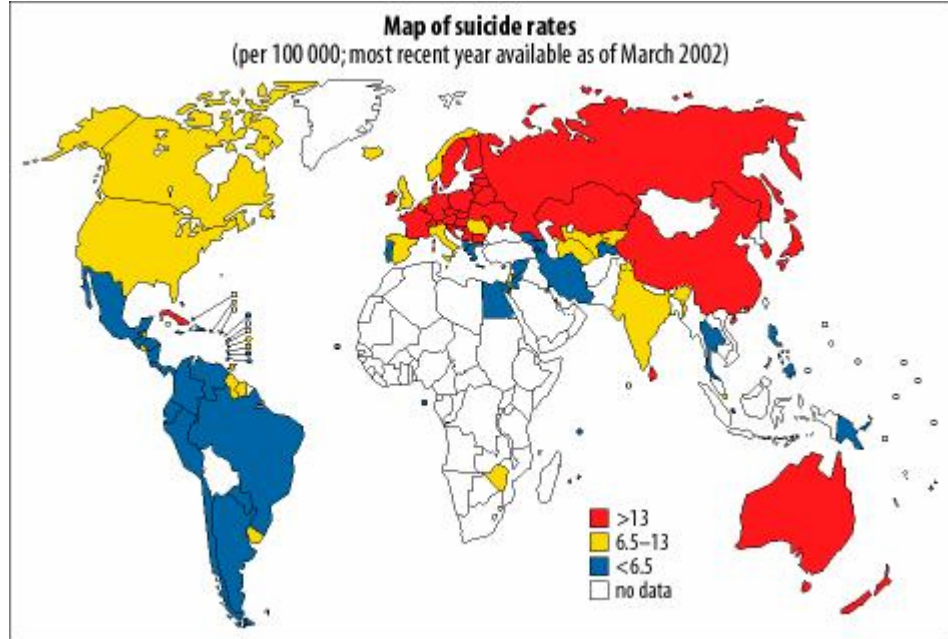
KISALTMALAR

	<u>sayfa</u>
A.B.D: Amerika Birleşik Devletleri	4
HAA: Hipotalamus-Hipofiz Adrenal Aksı	5
5HİAA: 5- hidroksiindolasetik asit	6
KSH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon	8

I. GİRİŞ VE AMAÇ

2000 yılında dünyada 815 000 kişi intihar ederek ölmüştür. Bu yıllık global mortalite hızı olarak 100 000 kişi de 14,5 veya her 40 saniyede bir ölüm demektir. İntihar ölüm nedenleri sıralamasında dünyada onüçüncü ölüm nedenidir. 15-44 yaş arasında kendine-yönelik yaralanmalar ölümün başta gelen dördüncü nedeni; hastalık ve engelliliğin başta gelen altıncı nedenidir. Ekonomik maliyeti ise milyarlarca dolardır.¹

Bildirim yapan ülkeler arasında Doğu Avrupa' da en fazla, Latin Amerika, Müslüman ülkeler ve birkaç Asya ülkesinde en düşük intihar hızı vardır.



Şekil 1. Dünya İntihar Hızları Haritası

Dünyanın çoğu yerinde intihar dinsel ve kültürel nedenlerle ayıplanır, bazı ülkelerde kanun tarafından cezalandırılan bir kusurdur. İntihar bu yüzden tabularla çevrili gizli bir harekettir. Tanınmayabilir, yanlış sınıflandırılır ve resmi ölüm kayıtlarından kasten gizlenir.

Ülkemizde intihar istatistiklerine ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından, 1962 yılından beri derlenmekte ve yayımlanmaktadır. Bu verilerin kaynağı intihar olaylarında polis ya da jandarma tarafından doldurulan "İntihar İstatistik Formları" dır. 1995 yılı kaba intihar hızı 100 000' de 2,36 iken 2003 yılı intihar istatistiklerine göre Türkiye genelinde saptanan kaba intihar hızı 100 000'de 3,85' dir, 2005 yılında ise bu rakam 3,75' e düşmüştür. İç Anadolu Bölgesi 2005 yılı kaba intihar hızı ise 100 000' de 3,08' dir. 2005 yılında Türkiyede' ki intiharların % 6,03' ü Ankara ilinde gerçekleşmiştir. % 51,91' i 35 yaşından gençtir. % 43,47' sinin intihar nedeni bilinmemektedir. Nedeni bilinenler arasında "hastalık" ve "aile geçimsizliği" en sık görülen nedenlerdir.²

İntihar girişimleri konusunda ise elimizde Türkiye geneline ait kayıtlara dayalı veri yoktur. Sayıl ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada Ankara'daki hasta yükünün % 95' ini taşıyan 9 hastanenin acil servis kayıtları geriye dönük taranmıştır. Buna göre Ankara'da intihar girişimi prevalansı 1989 yılında 100 000'de 107, 1995 yılında ise 100 000'de 113'tür.³

İntihar girişimleri tamamlanmış intihardan 10-20 kat daha fazladır.⁴

10 Eylül "Dünya İntiharı Önleme Günü" olarak ilan edilmiştir.

İntihar ve kendine zarar verme davranışına yol açan bir dizi risk faktörü mevcuttur. Bir risk faktörü ile intihar girişimi tahmin edilemez, risklerin eş zamanlı birlikteliği ile oluşur.

Bu tezin amacı intihar davranışıyla ilgili bilinen risk faktörlerinin [biyolojik faktörler, çocukluk travması, ev içi eş şiddeti, sosyal ve kültürel faktörler (yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, meslek gibi), psikiyatrik ve psikolojik faktörler (alkol, geçmiş intihar girişimleri gibi), fiziksel hastalıklar] varlığını ve etkisini araştırmak, değişik risk faktörleri arasındaki ilişkiyi ve insanların kendine zarar vermesinin nedenini incelemektir.

II. GENEL BİLGİLER

Tanımlamalar

İntiharın Tanımı: Açıkça belirtilmese bile delilli kendine yöneltilmiş ölümdür. ('Tamamlanmış İntihar', 'Ölümcül İntihar Davranışı')

İntihar Girişimi: Kişinin ölmeye niyetlendiği (açıkça belirtilsin veya belirtilmesin) kanıtlı kendine zarar verme davranışının ölüm olmaksızın oluşumudur.

Abortuslu İntihar Girişimi: Kişinin ölmeye niyetlendiği (açıkça belirtilsin veya belirtilmesin) fiziksel hasar oluşmadan girişimin durdurulduğu kanıtlı gizil kendine zarar verme davranışdır.

İntihar Fikirleri: Kişinin kendi ölümüne yol açma düşünceleri. Ciddiyeti intihar planlarına ve intihar niyetinin derecesine bağlıdır.

İntihar Kastı: Ölümle sonuçlanan kendine zarar verme davranışı için öznel beklenti ve istek.

Bilinçli Kendine Zarar Verme: Kendini öldürme niyeti olmaksızın istekli biçimde, kendisine ağırlı, hasar verici ve yaralayıcı davranışlar göstermek.⁵

Ölümcül olmayan intihar davranışı için ölme niyeti gerekli bir ölçüt değildir. 'Ölümcül olmayan intihar davranışı' na A.B.D (Amerika

Birleşik Devletleri)' nde 'intihar girişimi', Avrupa' da 'para-intihar' veya 'bilinçli kendine zarar verme' denilmektedir.¹

İntiharın Nedensel Faktörleri

İntihar kişinin şahsiyeti, sağlık durumu ve yaşam şartlarının çoğu yönünü içeren insan davranışları bileşkesidir. Bugün intihar davranış açıklamaları ahlak felsefesinden büyük ölçüde tıbbi biyoloji, psikoloji ve sosyolojiye kaymıştır. Klinik ve epidemiyolojik analizlere dayanmaktadır.⁶

1. Biyolojik Faktörler

Hipotalamus- Hipofiz adrenal aksı (HAA) gerçek beklenen algılanan zarara fizyolojik cevabı düzenleyen vücudun ana sistemlerinden biridir. Akut stres HAA aksını aktive eder glikokortikoid seviyelerini artırır. Kronik strese adaptasyon: a) azalmış istirahat glikokortikoid seviyelerine, b) takip eden strese cevapta glikokortikoid salınımının azalmasına, c) hipokampusda glikokortikoid reseptörlerinin dansitesinin artmasına neden olur.

1994 yılında intihar girişiminde bulunan hastalarda diğer psikiyatrik hastalara göre plazma ve serebrospinal sıvıda kortikotropin salgılatıcı hormon seviyesi daha düşük bulunmuştur, buda kronik strese hipotalamus-hipofiz aksının cevabını göstermektedir.

Dexametazon supresyon testi ile yapılan birçok çalışmada nonsupresyonun intihar tahmini için değer taşıdığını göstermiştir.

Serotonin fonksiyonu da intiharla ilişkilidir. Serotonerjik sistemle HAA aksı arasında ters ilişki vardır. Serotonerjik yolların aktivasyonu veya serotonin reseptörlerini artıran ajanların verilmesi plazma kortizolunu artırır. Tersine serotonin reseptörleri glikokortikoidlerce baskılanır. Diğer taraftan Duval ve arkadaşları 2001 yılında spesifik bir serotonin geri alım inhibitörü olan d-fenfluramin' in intihardaki etkinliğini keşfettiler, ancak bu ilaç bazal ve post dexametazon supresyon testleriyle bağlantı göstermemektedir.⁷

Nörokimya

İntihar girişiminde bulunanların beyinlerinde azalmış serotonerjik ve değişmiş noradrenerjik fonksiyon vardır.

İntihar girişimcilerinin beyinlerinde serotonin ve/ veya metaboliti 5-hidroksiindolasetik asit (5HIAA) azalmıştır. Serebrospinal sıvıdaki serotonin metaboliti 5HIAA seviyeleri o andaki ve gelecekteki intihar davranışıyla güçlü biçimde bağlantılıdır.

Serotoninin impulsif hareketin inhibisyonunda rol oynadığına dair kanıtlar mevcuttur.⁷ Serebral serotonin depressif hastalık kadar stres, kayıp, psikoaktif madde kullanımı, kolesterol gibi intiharla ilişkili tüm çevresel faktörlerle de etkileşebilir.⁶

Şiddete yönelik intiharlar asılma, ateşli silahlar, kesici alet yaralanması, atlama ve belirlenemeyen yollar; şiddete yönelik olmayan intiharlar ilaç zehirlenmesi, gazlarla zehirlenme ve boğulma olarak sınıflandırıldığında şiddete yönelik / şiddete yönelik olmayan intihar oranı artan kolesterol ile çizgisel biçimde artmaktadır.⁸

Planlanmamış dürtüsel agresyonla düşük serebrospinal 5HIAA ilişkilidir, diğer yönden deprese mizaç ve ümitsizlik ile ilişkisi bulunmamıştır.

Azalmış prolaktin cevabı da intiharla ilişkilidir. İntihar girişimi olan kişilik bozukluğu veya majör depresyonlu hastalarda intihar girişimi olmayanlara göre fenfluraminle prolaktin cevabı azalmıştır.

Genç insanlarda son intihar girişimi daha çok öldürücüdür ve ümitsizlik iki kat fazladır.

Değişmiş noradrenerjik nörotransmisyon intihar davranışıyla ilişkilidir Serebral kortekste α -1 ve α -2 adrenerjik reseptör bağlanması intihar vakalarında artmıştır.

Kolinerjik reseptör bağlanması intiharda değişmemektedir ancak prefrontal kortekste KSH (Kortikotropin Salgılatıcı Hormon) bağlanması azalmıştır.⁷

Genetik Faktörler:

İntihar davranışının obezite, hipertansiyon, koroner arter hastalığı gibi genetik geçişli olduğuna dair kanıtlar artmaktadır.

Genetik yükün iki kaynağı mevcuttur: akıl hastalığı ve dürtüsel agresyon. İntihar girişimi olan, özellikle şiddet içeren intihar girişimi bulunan ailelerde intihar davranışı depresyonlu diğer ailelerden daha fazla görülmektedir.^{6, 7} İntihar ve intihar davranışının klinik fenotipi iki kaynaktan genetik değişkenlik göstermektedir. Biri akıl hastalığına meyil diğeri dürtüsel agresyona meyildir. Gen çalışmaları sonucu serotoninerjik genlerdeki polimorfizimin serotonin fonksiyonu ve intihar davranışındaki değişikliklerle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür, ancak aday genlerdeki değişiklikler ufaktır ve psikiyatrik hastalığa, cinsiyete ve ırka göre değişmektedir. İntihar davranışının genetik geçişi % 30-50 olsa da, aile

çevresinin örneğin istismarın intihar davranışına yol açabileceği düşünölmelidir. Bunlar bağımsız birer faktör olarak genetik değişkenlikle etkileşebilir. Son 20 yılda çevresel değişiklikler Batılı ölkelerde büyük olsa da genetik özellikler bu kısa zaman diliminde değişmemiştir.⁷

İntihar girişimi olan özellikle şiddete yönelik intihar girişimi olan ailelerde intihar davranışı depresyonlu diğer ailelerden belirgin olarak daha fazladır.⁶

İntihar ve intihar davranışıyla ilişkili en yaygın hastalıklar duygu durum bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı ve şizofrenidir ki bunlar evlat edinilen ve kendi ailesinde büyüyen ikiz çalışmalarının gösterdiği gibi ailesel hastalıklardır. İntiharı etkileyen genetik faktörlerden biri intiharla ilişkili akıl hastalığını da oluşturur.

Akıl hastalığı intiharla eş değer değildir. Tamamlanmış veya girişimsel intiharı olanların çoğunun bir veya sıklıkla daha fazla büyük bir akıl hastalığı olsa da tersi doğru değildir; akıl hastalığı olanların çok ufak bir azınlığı sonuçta kendilerini öldürürler, çoğu bir intihar girişiminde bile bulunmaz. İntihar ve intihar davranışıyla ilişkili ek genetik faktörler -belki dürtüsel davranış ve agresyonla ilişkili- vardır. Akıl hastalığı ve agresyonun birlikte bulunması intihar davranışı için en büyük riski

oluşturur. Dürtüsel agresyon genç kişilerde yaşlılardan daha fazla intihar ve intihar davranışına yol açar.

İntihar davranışı ailesel olsa da genetik dışı açıklamalarda dũřünülmelidir. Bir akrabadaki intihar davranışı aile üyeleri için davranışsal bir model olabilir, taklit takip eden kuşaklarda daha fazla muhtemeldir. İkincisi diğer ailesel faktörler, ebeveyn psikopatolojisi, destek yokluğu, uyuşmazlık ve hatta samimiyetin kötüye kullanımı intihar ihtimalini artırabilir.

İntihar ve intihar davranışının medyada gösterimi taklit ve bulaşıcılıkla sonuçlanır. Bu etki adolesan ve genç yetişkinlerde en fazladır. Bununla beraber evlatlık çalışmaları ailesel geçişin önemini göstermektedir. İkiz çifti veya ebeveyn-ocuk ataklarında atak çiftlerinin zamanlaması çok değişkendir, taklitle açıklanamaz.

Ailesel anlaşmazlık özellikle adolesanlarda intihar davranışını pekiştirir. Bununla beraber uzamış ailesel anlaşmazlığın intihara neden olan diğer güçlüklerin nedenimi sonucumu olduğu belli değildir. Seksüel ve fiziksel istismar santral serotonin metabolizmasındaki değişiklikler kadar intihar davranışıyla da ilişkilidir.

Genetiğin ve istismarın intihar üzerine etkilerini bilmek güçtür. Birincisi, istismar büyük ihtimal ebeveyn depresyonu ve madde

bağımlılığında oluşur. İkincisi istismar eden ebeveynler intihar girişimi dahil daha fazla dürtü-kontrol hastalıklarına sahipler. Üçüncüsü istismar depresyon ve madde bağımlılığı gibi diğer risk faktörleri için var olan genetik geçişle de etkileşebilir. Seksüel istismarın bazı etkileri kuşaklar boyu geçebilir, seksüel olarak istismar edilmiş ebeveynlerin istismar-edilmemiş çocuklarının intihar davranışı artmıştır.

Biyolojik yakınları intihar eden evlatlıklarda yapılan çalışmalarda yakınları yaşayanlara göre 6 kat yüksek intihar hızı bulunmuş. Yine evlatlık çalışmalarında biyolojik yakınları reaksiyoner olanlarda -sınırdaki kişilik bozukluğu- intihar hızı biyolojik yakınları unipolar depresyon olanlara karşı 3 kat fazladır. Bu intihar davranışının duygu durum hastalığından ziyade duygu ve tepki regülasyonunda güçlüğün genetik geçişiyle ilgili olduğunu düşündürmektedir.

Monozigotik ikizler intihar açısından dizigotik ikizlere göre daha fazla benzerlik gösterirler. Duygudurum bozuklukları, madde bağımlılığı, travma, kişilik bozuklukları, ailesel intihar hikayesi gibi faktörler kontrol edildiğinde monozigotik ikizi için 4 kat artmış intihar riski vardır. İkizler arasında eş zamanlı –cluster- intihar görülmemektedir, taklid durumu açıklayamaz. İntihar düşünce ve davranışının % 45 genetik olduğu genetik modelleme ile gösterilmiştir.

Birinci derecede yakınları tamamlanmış intiharda bulunanlarla kontroller karşılaştırıldığında intihar veya intihar girişimi için 4 kat artmış risk bulunmaktadır. Aile çalışmalarında eş zamanlı intihar eş zamanlı duygu durum bozuklukları ile açıklanamamıştır.⁷

Aday Gen Çalışmaları

Beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA düzeyleri % 40 değişkenlikle genetik kontrol altındadır. Serotonerjik sistemle ilgili genlerdeki değişkenlik aday genlerdir. Serotonin sentezinde rol oynayan triptofan hidroksilaz, serotonin taşıyıcılığı ile ilişkili 5HT_{1A}, 5HT_{2A} ve 5HT_{1B} ile monoaminoksidaz-A bölgeleri aday genlerdir. Triptofan hidroksilaz polimorfizimi erkek ve kadında değişkendir. Etnik değişkenlerde önemlidir. Deprese beyaz ırkda pozitif olan bir çalışma, Japon ırkında negatif çıkmaktadır.

Bu genlerin depresyon ve şizofreni genleriyle etkileşimi intihar fenomenini açıklamak için gereklidir.⁷

2. Çocukluk Travması

İnsandaki uzun olgunlaşma süreci gelişimsel travmaya açık olan bir dönemdir. Gelişimsel olaylar en az iki yolla intihar riskini artırır. Birincisi akıl hastalığı ve madde kullanımı ile birlikte gelişimsel olayların etkisi intihar riskini artırır. İkincisi çocukluk travması adolesan ve yetişkinlerde tek başına ve güçlü biçimde bir risk faktörüdür. Aynı zamanda travmaya biyolojik, bilişsel, davranışsal ve emosyonel cevaplar psikopatolojiye ve daha sonra intihara neden olabilir. Beynin strese cevap sisteminde travmanın etkisi çocukları daha sonraki stresli olaylara ve psikopatoloji gelişimine daha hassas hale getirir. İntihar riskini artıran diğer hayati olayların oluşumuna da neden olur.

Çocukluk travması veya kötü davranış klasik olarak fiziksel istismar, seksüel istismar, ihmal ve psikolojik kötü davranış- duygusal istismar (küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit etme, haksız yere ceza verilmesi gibi) - olarak gruplandırılır. ^{7,9}

Tablo 1. Çocukluk Travmasının Tipleri

Yetişkinler veya arkadaşların fiziksel istismarı
Yetişkinler veya arkadaşların seksüel istismarı
İhmal
Psikolojik kötü davranış
Şiddete tanık olma-özellikle anneye karşı
Madde kullanımı, akıl hastalıkları, intihar girişimi olan aile üyeleri
Hapsedilmiş aile üyeleri
Ebeveyn kaybı veya ayrılığı
Çocukluk sosyoekonomik dezavantajı

Cheng ve ark. , 2000; Fergusson ve ark. , 2000b

Çocukluk travmaları yakın bir ilişkinin bitişi, ebeveyn ve arkadaşlarla anlaşmazlık, okul veya işle ilgili zorluklar, kanuni veya disiplin krizleri gibi stresli yaşantıları kapsamaz.

Seksüel ve fiziksel istismar intiharla en güçlü biçimde ilişkili olanlardır. İhmal edilmiş çocukların üçte biri ile yarısı ev içi şiddete şahit olmuşlardır ve çocuk ihmali sıklıkla anne depresyonu ile birlikte. Üstelik istismar edilmiş yetişkinlerin üçte biri çocukken fiziksel ve seksüel istismarın ikisini de bildirmektedirler. Travma tipleri geniş bir yelpazede olsa da cevap verecek biyolojik stres sistemleri sınırlıdır, akıl hastalıklarının bir kısmı travma ile ilişkilidir (anksiyete, duygu durum, kişilik bozuklukları). Travmanın sağlık üzerine etkisi birikimli olabilir. Geçmiş travmaların çokluğu daha büyük sağlık sorunları doğurur.

Fiziksel ve seksüel istismar oranları ebeveyn ve istismara uğrayanlarla yapılan anketlerle ölçülenlerden çok daha fazladır. Fiziksel istismarda ebeveynlerle yapılan anketler resmi kayıtlardan 5-11 kat fazladır. Geniş ölçekli yetişkin birinci basamak hastalarıyla yapılan anketler % 22-32' sinin çocukluk veya adolesanda seksüel veya fiziksel istismara uğradığını göstermiştir. Ancak hiçbir çalışma istismarı yapanın kimliğini (ebeveyn, başka bir yetişkin, arkadaş gibi) sorgulamamıştır.

Toplumsal şiddete şahit olma çocuk ve adolesanların üçte birinde görülmektedir.

Geçmişe dönük başka bir geniş çalışma ise yetişkinlerin % 52' sinin en az bir çocukluk travmasına maruz kalmış olduğunu göstermiştir.

Çocukluk travmasında resmi kayıtlar yetersizdir, ancak çok ciddi vakalar bildirilmekte, bazılarında ise yeterince delil bulunmamaktadır. Kendisinin bildirimine gelince 2000 adolesan üzerinde yapılan araştırmada kişilerin % 80' inin istismarı hiç kimseye söylemediği anlaşılmıştır. Başka bir çalışmada ise % 50 unutma ve/ veya değerlendirmelerde bildirmeme bulunmuştur. Unutma psikiyatrik tanı ve intihar girişimiyle ilişkili bulunmamış. Nedenler çeşitli olabilir: 5 yaşından küçükse gerçekten unutmuş olabilir, utanç ve toplumun tepkisine, istismarcı ile ilişkiye, istismarın veya travmatik olayın doğasına, anket veya mülakat ölçümlerinin hassaslığına bağlıdır. Özellikle seksüel istismarda yetişkinlik iyileşmesinde kendini korumanın bir sonucu olarak baskılama görülebilir. Baskılama yalancı pozitif olduğu gibi yalancı negatif de olabilir. İyileşen hafızaların % 47-95' i garip olmayan çocukluk istismarıdır, sadece % 1-3' ü garip çocukluk istismarı anılarıdır.

Çocukluk istismarını ölçüm için güvenilir testler bulunmamaktadır.^{7,9}

Çocuklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalarda çocuk kötü davranımı ile ilgili sorular anketten çıkartılmaktadır. Nedeni potansiyel illegal aktiviteyi bildirim ve bakım ve tedavi zorunluluğudur. Etik ikilemler ve ferman gibi kanunlar kötü davranışla ilgili çocuğa direkt soruyu önlemektedir.

Çocukluk travması özellikle seksüel istismar güçlü biçimde intihar ile bağlantılıdır. 1988 ila 1998 arasında yapılan 20 çalışmada çocukluk seksüel ve fiziksel istismarı ile intihar davranışı ilişkili bulunmuştur. Geçmişde istismar öyküsü olanların intihar girişimi ihtimali olmayanlara göre 1,3 ila 25 kat daha fazladır.

Daha yakın geniş çalışmalarda çocukluk travması ile intihar davranışı belirgin ilişkili bulunmuştur (odds ratio: 2-10).

Kötü davranış dışındaki çocukluk zorlukları (yakın bir ilişkinin bitişi, ebeveyn ve arkadaşlarla anlaşmazlık, okul veya işle ilgili zorluklar, kanuni veya disiplin krizleri gibi) da çalışılmıştır, ancak ilişki güçlü değildir. Ebeveyn psikopatolojisi özellikle depresyon veya madde kullanımı hastalıkları, ebeveyn intiharı, ailesel sosyoekonomik zorluk da geniş çaplı

araştırmalarda belirgin ilişkili bulunmuştur. İntihar girişimleriyle ilgili diğer ailesel faktörler ebeveyn alkolizmi hikayesi; ayrılık/ boşanma, ölüm, tekrar evlenme veya barışmaya bağlı ebeveyn değişiklikleri; ebeveyn yasak ilaç kullanım öyküsü; ailesel kanuna karşı gelme öyküsü bağımsız faktörlerdir. Bununla beraber bu tip aile travmaları intihar girişimleri için birikici etki yapar.

Çocukluk seksüel istismarı diğer kötü davranış biçimlerine göre en fazla intihar girişimi için risk taşıyanıdır. Diğer nedenler kontrol altına alındıktan sonra yapılan bir çalışmada seksüel istismarın, fiziksel istismar ve ihmale kıyasla intihar girişimi için çok daha yüksek odds ratiolar taşıdığı gösterilmiştir. Adolesanlarda yapılan çalışmalarda tekrarlayan intihar girişimi için seksüel istismarın odds ratiosu 30,3 bulunmuştur.

Psikopatoloji ve diğer bilinen risk faktörlerinden bağımsız olarak çocukluk istismarı -çocukluk seksüel istismarı- yetişkinlerdeki intihar girişimlerinin % 9-20' sinden sorumludur. Geri kalan % 70-80' i akıl hastalıklarına aittir.

Seksüel istismar oluştuğu zaman erkekler intihar için daha fazla risk altındadır, fakat bulgular değişkendir, cinsiyet farkı olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur. Diğer çocukluk travmaları için cinsiyet

farkı bildirilmemiştir, ancak alkolik hasta örnekleminde fiziksel istismar yapılan erkeklerde intihar girişimi aynı tür istismar yapılan kadınlardan daha fazladır.

Çocukluk seksüel istismarının başlama yaşıyla intihar arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak 1996' da Davidson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınlarda istismarın başlama yaşı 16 yaş öncesindeyse intihar girişimi istismarın başlama yaşı 16' dan büyük olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çocukluk seksüel istismarı dışındaki travmalarda travmanın başlama yaşının intihar girişimine etkisi araştırılmamıştır.

Çocukluk travmasının ciddiyeti ile intihar ihtimali yakından ilişkilidir. Travmanın süresi uzunsa, travmayı yapan kişi tarafından tanınıyorsa, güç ve penetrasyon- çocuk seksüel istismarı için- uygulandıysa; çocukluk travması ile intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki vardır.

Beş veya daha fazla çocukluk şanssızlığı olan -çocukluk seksüel istismarı, fiziksel istismar, psikolojik-duygusal- istismar, ebeveyn intiharı ve psikopatoloji- yetişkinlerde birikici etki ile intihar ihtimali çok daha fazladır. ⁷

Çocukluk travma türü sayısı ile intihar girişimi arasında doz-cevap ilişkisi mevcuttur. Dört veya daha fazla türde travması olanlar yetişkinlikte 12 kat daha fazla intihar riski ile karşı karşıyadır.^{7,10}

Travmaların sayısı birkaç ciddi hastalık durumuyla da doz-cevap ilişkisine sahiptir. Bu hastalıklar iskemik kalp hastalığı, kanser, kronik bronşit ve amfizemdir.

Çalışmalar stresli olaylara uğrayan çocuklarda hipotalamohipofizer aksın regülasyonunun bozulduğunu göstermektedir. Bu durum an az 5 yıl sürmektedir. Hipotalamohipofizer aksın bozulması Cushing ve Addison hastalarında olduğu gibi emosyonel, bilişsel ve davranışsal bozukluğa yol açar.⁷

Çocukluk travmasının psikososyal ve davranışsal etkileri

Psikopatoloji ve intihar davranışı üzerine geç dönem etkilerinden başka hemen görülen etkileri kendini değersiz görmeden madde bağımlılığına ve suça eğilime kadar değişir. Travmatize çocuk kendi ruh durumunu ve davranışlarını kontrolde güçlük çeker. Çocuk seksüel istismarından sonra % 20-49' u belirgin semptom göstermez. Koruyucu faktörler yüksek zeka, fazla okuma, baba bakımı ve desteği, diğer yetenekli erişkinlerle ilişki, içsel kontrol ve sosyal yeteneklerdir.

Düşük benlik saygısı çocukluk travmasının birkaç tipinin en büyük bilişsel etkisidir. Seksüel istismar, fiziksel istismar, ihmal, ailesel psikopatolojiye maruziyetten sonra düşük benlik saygısı oluşmaktadır. Düşük benlik saygısı yetişkinlikte de devam eder. Geçmişte seksüel ve fiziksel istismarı olan kadınlar böyle bir hikayesi olmayanlara göre üç kat daha fazla düşük benlik saygısına sahiplerdir. Uzun süreli çalışmalarda düşük benlik saygısının intihar davranışının uzun dönem belirteci olduğu bulunmuştur.

Travmanın çeşitli tiplerinden sonra düşük okul performansı bulunmuştur, ancak en güçlü etkisi çocuk ihmalindedir. Kötü davranış sözlü zeka ve sosyal gelişimde gecikmeyle birlikte.

Kötü davranış umutsuzlukla ve kontrolün eksternal lokusu- çevresel olayların sonucu kontrol ettiği hissi- ile birlikte. Kontrolün eksternal lokusu aynı zamanda anne-baba boşanmasıyla da birlikte. Evlilik şiddetine maruziyet çocukların problemlerin çözümüne aşırı yaklaşımıyla ilgilidir. Tüm bu bilişsel faktörler değişik çalışmalarda intihar ile ilgili bulunmuştur. Özellikle umutsuzluk intihar için en güçlü risk faktörüdür. Kendini suçlama seksüel istismardan sonra artmış depresyon semptomlarıyla ilişkilidir.

Kötü davranışa uğramış çocuk ve adolesanlar zayıf arkadaşlık ilişkilerine, sosyal izolasyona ve zayıf sosyal yeteneklere sahiptir. Geniş kontrollü bir çalışmada psikopatoloji kontrol edildikten sonra özellikle fiziksel istismara uğramış çocuklarda zayıf sosyal uyum ve sosyal fonksiyon kaybı görülür.

Davranış çeşitleri travma cinsine göre farklılık gösterir. Fiziksel travma daha fazla agresyona yol açar. Toplumsal şiddete maruziyette ebeveynlerin sözlü agresyonuyla ilişkilidir. Seksüel istismar korku ve çekilme davranışı gibi daha içsel davranışlara yol açar. Çocukluk seksüel istismarı ile rastgele ilişki, fahişelik arasında güçlü bir bağ bulunmuştur.

Çocuk kötü davranımı alkol ve madde kullanımı ile birlikte dir. Madde kullanımı ise anksiyete, depresyon ve stresin kontrol edilememesine neden olur.⁷

Çocukluk Travmasının Kuşaklar Arası Geçişi

Çocuk kötü davranımının etkileri ve intiharla ilişkisi, istismarcı ebeveynliğin kuşaklararası geçişi ile karmaşıklaşır. İntihar girişiminde bulunan ebeveyn çocukken seksüel olarak istismar edildiyse, kişinin çocuklarının intihar girişiminde bulunma ihtimali 6 kat artmıştır.

Çocukken istismara uğrama, daha sonraki istismarcı ebeveynlik nedeni olarak en çok kabul gören risk faktörüdür. Çocuk kötü davranışının önlenmesi ve istismara uğrayanların tedavi edilmesi istismarcı ebeveyn siklusunu kırabilir ve intihar davranışı için koruyucu bir önlem olarak düşünülebilir.⁷

Çocukluk Travması Psikopatoloji İçin Bir Risk Faktörü

İstismar edilenlerin % 40-50' si 21 yaşına kadar en az iki hastalık geliştirir.^{7,11} Fiziksel veya seksüel istismarın en yaygın sonuçları depresyon ve post-travmatik stres hastalığıdır. Seksüel veya fiziksel istismardan sonra üçte bir ila dörtte biri posttravmatik stres hastalığı geçirir, depresyon için de benzer oranlar geçerlidir. Post-travmatik stres hastalığı veya depresyon çocukluktan yetişkinliğe kadar devam edebilir.

Çocukluk seksüel veya fiziksel istismarının diğer sonuçları madde kullanımı ve davranış bozukluklarıdır. Anti-sosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu da çocukluk fiziksel veya seksüel istismarı ile ilişkilidir.

Seksüel ve fiziksel istismar dışındaki çocukluk travmaları ev içi veya toplumsal şiddete maruziyet (şahit veya şiddete uğrayan) posttravmatik stres hastalığı ve depresyonla ilişkilidir. Çocuk ihmali

posttravmatik stres hastalığı ile ilişkilidir. Ebeveyn kaybı depresyon gelişimi, anksiyete hastalıkları, posttravmatik stres hastalığı ve madde bağımlılığı ile ilişkilidir. Çocukluk travmalarının sayısı ile alkolizm, ilaç kullanımı ve deprese mizaç arasında dereceli bir ilişki vardır. Şiddetli obezite, kanser, inme ve kronik bronşit veya amfizem gibi fiziksel hastalıklarla dereceli bir ilişki bulunmuştur.

Seksüel istismarın ortalama başlama yaşı kızlarda 9, erkeklerde 11' dir. Akıl hastalığının ortalama başlama yaşı ise 16-17' dir. 8-12 yaş arası seksüel olarak istismar edilmiş ancak henüz akıl hastalığı geliştirmemiş grupta intihar girişimi görülmektedir. 21 yaşındaki intihar girişimlerinin 6 öngörücüsünden üçü çocukluk zorluğudur: 1) çocukluk seksüel istismarı, 2) ebeveyn alkolizmi 3) ebeveynlere bağımlılığın azlığı'dır. Diğer üç öngörücü ise düşük ailesel sosyoekonomik düzey ve iki çocuk kişilik faktörüdür: nevroz ve macera arayışı.

Çocukluk travmaları hem akıl hastalığına hemde stresli yaşam olaylarına yol açarak intihar riskini artırır.

İntiharla ilişkili bilişsel faktörler kendine saygının düşük oluşu, dışardan kontrol edildiği duygusu, bağımlılık, düşük problem çözme yeteneği ve umutsuzluktur. Çocukluk zorlukları ise bu bilişsel faktörlere doğrudan etkilidir.⁷

Erkek çocuklarda 4 yaşında başlayan enüresis, kızlarda davranış bozukluğu, her iki cinsiyette emosyonel kararsızlık intihar riskini artıran etmenlerdir.^{12,13,14}

3. Ev İçi Eş Şiddeti:

Etkileri direkt olarak belirlenemese de ev içi eş şiddeti intihar hızının ve düşüncesinin artışı ile birlikte dir. Sosyodemografik özellikler ve alkol kullanımı kontrol edildikten sonra fiziksel istismara uğrayan kişilerde 2,7 kat, ağır yaralananlarda 3,4 kat, ilişkisi olduğu veya samimi partneri tarafından istismar edilenlerde 7,7 kat daha fazla intihar davranışı ve düşünce görülmüştür. Ev içi şiddete uğramayan ancak son deneyiminde şiddete uğrayan kadınlarda 4 kat daha fazla intihar davranışı görülmüştür.

Ev içi şiddet öyküsü olan kadın doktorların intihar girişiminde bulunma olasılıkları olmayanlara göre % 3,7 kat fazla bulunmuştur.⁵

Düşük gelirli kentsel grupta ev içi şiddet kadın intiharı için daha belirgin risk faktörüdür. Yaşam boyu ev içi şiddete uğrama bu grupta % 54,2' dir.

Düşük sosyoekonomik grup intihar girişiminde bulunan şehir kadınında yapılan çalışmada fiziksel partner istismar ihtimali, fiziksel

olmayan istismar ve posttravmatik stres hastalığı olma ihtimali 3 kat fazla bulunmuştur.

Ev içi şiddet erkek intiharı için de risk faktörüdür.

Ev içi şiddete şahitlik de çocukluk travmalarından biridir ve intihar riskini artırır.⁷

Nicaragua' da yapılan bir çalışmada gebe intiharların % 54'ünde gebelik eş şiddeti bulunmuştur. Adolesan gebelikleri, yüksek emosyonel stres ve sosyal kaynakların mevcudiyetinin yetersizliği gebelik şiddeti ile ilişkilidir.¹⁵

4. Sosyal Ve Kültürel Faktörler

Dört değişik düzeydedir: kişisel, coğrafik, sosyal ve tarihi etkiler. Kişisel olarak boşanma, ekonomik zorluk veya politik baskıyla karşılaşan kişiler intihar riski altındadır. Coğrafi olarak düşük sosyal uyumlu (yüksek boşanma ve işsizlik oranları) alanlarda yaşayan kişilerde yüksek intihar riski vardır. Kurumsal organizasyon ve intihara bakış açısı farklı ülkelerde değişiktir. Kuzey Avrupa ülkeleri özellikle Fillandiya ve Avusturya, geniş ekonomik, politik ve sosyal değişiklikle sağlık koşullarının kötüleştiği Doğu Avrupa ülkeleri ve eski Sovyet Cumhuriyetleri kadar yüksek hızlara

sahiptir. Japonya ve Çin diğer Asya ülkelerinden daha yüksek intihar oranına sahiptir. Asya özellikle Doğu Asya ülkelerinde kadın erkek arasındaki intihar oran farklılığı azdır. Tarihi düzeyde ise intihar oranlarını kısa dönem etkiler, uzun dönem etkiler olarak incelemek gerekir. Değişik toplumlarda sosyal ve kültürel göstergelerin değişimiyle eğilimler incelenir.

Demografik Faktörler

Yaş: Amerikan toplumunda adolesan ve genç erişkinlerde yükselir, orta yaşta plato çizer 65 yaş üzerinde tekrar artar. 65 yaş üzerindeki artış özellikle erkeklerde belirgindir. İntihar düşünceleri ve girişimleri ise gençlerde fazladır. 18-29 yaş arasında 65 yaş üstündekinden 10 kat fazladır.^{5,16}

Tablo 2: Tüm Dünya’ da İntiharın Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Bölge	Cinsiyet	Yaş
Tüm Bölgeler	Erkek	28,5
	Kadın	34,5
	Her İki Cinsiyet*	41,6
Amerika Çalışmaları	Erkek	26,0
	Kadın	27,3
	Her İki Cinsiyet*	Mevcut değil
Avrupa Çalışmaları	Erkek	27,2
	Kadın	37,9
	Her İki Cinsiyet*	42,3
Avustralya Çalışmaları	Erkek	42,5
	Kadın	45,7
	Her İki Cinsiyet*	39,5
Asya Çalışmaları	Mevcut değil	

Kaynak: 3275 tamamlanmış intihar metaanaliz çalışması (Arsenault-Lapierre ve ark.)¹⁶

*Her iki cinsiyet: Cinsiyete göre yaşın olmadığı ortalama yaşın verildiği çalışmalar

Birinci basamağa başvuran yetişkinlerin % 0,7-1,2' sinin intihar düşüncesi vardır.⁵ 85 yaş üstünde ise intihar düşüncesi %16 bulunmuştur. Manisa ilinde yapılan bir çalışmada ise intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı % 6,6 intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı ise % 2,3' dür.¹⁷

İntihar girişiminde bulunanların %32-60' ının son 2 ay zarfında müdavim hekimlerine müracaat ettikleri, yaklaşık %50' sinin de 1 hafta içerisinde bir hekime gittikleri gösterilmiştir. Çoğu kimsede son reçete edilen ilaçların aşırı alımı ile ölmektedir.^{18,19}

Cinsiyet: A.B.D' de yaşla düzeltilmiş intihar hızı erkeklerde kadınlardan 4,5 kat daha fazladır. Dünyanın diğer bölgelerinde aynı şekilde değildir, 1: 3 ila 1: 4, 5 arasında değişmektedir.^{20,21,22} Çin' de ise kadın için intihar hızı erkek' den % 25 fazladır.⁵

Cinsiyetteki değişiklik erkeklerin kadınlardan daha az yardım istemelerine, belirtilerin ciddiyetini ve tedaviyi kabul etme ihtimallerinin azlığına bağlıdır, ayrıca kadınlar daha az tepkisel, daha fazla sosyal desteğe sahip, alkol ve madde kullanım oranları daha azdır.

İntihar erkeklerde fazla olsa da kadınlarda depresyon daha sıktır, ayrıca işsizlik kadınlarda intihar için daha büyük ve daha uzun süreli etki yapmaktadır.

Kadınların seçtiği metotlar daha az öldürücü olsa da bu fark azalmaktadır. Gebelik ve postpartum dönem intihar oranları değişik çalışmalarda farklı çıksa da postpartum dönem özellikle ilk ay ve bir sene risklidir. Bu dönem intiharlarında daha öldürücü metodlar kullanılmaktadır. Postpartum psikiyatrik hastalıklar ilk yıl görülmektedir. Ayrıca onlu yaş annelerinde ve düşük sosyoekonomik grupta postpartum intiharlar fazladır.

İntihar girişimi ise A.B.D' de kadınlarda üç kat fazladır, ileri yaşta ise eşitlenmektedir. Ev içi şiddete, seksüel veya fiziksel istismara uğrama kadınların daha fazla intihar düşüncesine veya davranışına sahip olmalarına yol açmaktadır. 1991 aynı cinsiyette ikizde yapılan çalışmada çocuk seksüel istismarının kadınlarda üç kat daha fazla olduğu ve bununla kadın cinsiyetteki intihar girişim davranışının fazlalılığını açıklayabileceği belirtilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu da kadınlarda daha fazladır ki bu bozuklukda intihar düşüncesi, intihar, intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı sıktır. Borderline kişilik bozukluğu çocukluk seksüel istismarı, fiziksel istismar ve her iki istismarın birlikte olduğu durumlarda kadınlarda sıktır.

Işıl ve ark.' larının yaptığı çalışmada 15 yaş üstünde intihar girişim hızı erkeklerde 100,000' de 31,9, kadınlarda 85,6; tamamlanmış intihar hızı erkeklerde 9,9 kadınlarda 5,6' dır.²³ Türkiye' de yapılan diğer çalışmaların sonucu da benzerdir. ^{24,25,26}

Batman bölgesinde ise Çin' deki gibi bir oran gözükmemektedir. 2000 yılında erkek ve kadın intihar hızları 4'e karşın 9,9' dur ve kadınların çoğunluğu 15-24 yaş grubundadır. ^{27,28,29}

İntiharda cinsiyet dağılımı zaman içinde değişmektedir. Yeni Zelanda' da da yapılan 10 yıllık bir çalışmada intihar girişimlerinde kadın cinsiyet oranında artış meydana gelmiştir. ³⁰

Irk, Etnik Köken, Kültür: A.B.D toplumunda Yerli Amerikalılar da ve İspanyol kökenli olmayan beyazlarda intihar hızı – 100 000' de 13,6 ve 12,1-yüksektir. Diğer ırklarda yaşla düzeltilmiş intihar hızı 100 000' de 6 civarındadır. Göçmenlerde intihar hızı göç ettiği ülkeye benzemektedir. ^{5,31}

Yaş grubuna göre de farklılıklar mevcuttur. Yerli Amerikalı-Kızılderili veya Alaska Kökenli- ve Afrika kökenli Amerikalılar da adolesan ve genç yaş grubunda intihar hızı fazladır.

İntihar düşüncesi ve girişimi ise Afrikalı genç erkek Amerikalılar' da 6 aylık prevalans düşünce için % 1,9, girişim için % 0,4

olacak kadar fazladır. Aksine Afrika kökenli Amerikan kadınlarında intihar hızı çok düşüktür, bu durum dindar olmaları ve sivil toplum hareketleri ve kilisede aktif rol üstlenmeleri ile açıklanabilir. Afrika kökenli Amerikalı kadının intihardan ölme ihtimali beyazdan az olsa da intihar girişimi, umutsuzluk ve depresyon ifadesi beyazdan fazladır. Ancak Afrikalı Amerikalılar depresyon durumunda profesyonel destek almamakta bu durumu 'şahsi zayıflık' olarak değerlendirip duaya koşmakta, zamanlarının bir kısmını veya tamamını dua ile geçirmektedirler.

Japonlarda ise intihar izin verilen bir davranıştır. Sosyal uyumsuzluklarda şeref kurtarıcı olarak görülmektedir. Örneğin banka borcu utancını kuşaklar arası aktarmaktansa ölmeyi tercih etmekte veya sağlık bakımından işlev dışı duruma getirecek ciddi bir hastalığı varsa yine intiharı seçmektedir.

Ailevi anlaşmazlık Doğu toplumlarında intihar nedenidir. Örneğin geleneksel toplumsal değerlerle genç bir kadın uyumsuzsa intiharı çare olarak görmektedir. Asyalı/ Pasifiklilerde ise yaşlılar bakım için gençlerin desteğini alamayınca özellikle dul kadınlarda asılma ile intihar olmaktadır.

Hintli dul kadınlarda kocası öldükten sonra isteği ile kendini yakma olayı görölmektedir. Popöler bir politikacı veya filim yıldızı ardından veya politik protesto amacı ile de intiharlar görölebilmektedir.²¹

Evlilik Durumu: Yaş ve ırksal durumu göz ardı ederse evlilerde intihar hızı düşüktür. Hiç evlenmeyenlerde evlilere göre risk iki kat fazladır. Boşanmış veya dul kişilerde ise risk üç kat fazladır. Boşanmış kadın dul kadına kıyasla daha yüksek intihar hızına sahipken, erkeklerde durum tersinedir, genç dul erkeklerde göze çarpan biçimde yüksektir. Yaş, cinsiyet, ırk, eğitim, aile geliri ve oturduğu bölge düzeltilerek yapılan regresyon analizinde bekâr veya dul olmanın intihar riskine herhangi bir etkisi olmadığı, boşanmış veya ayrı yaşayanlarda evlilere göre iki kat intihar riski görüldüğü bildirilmiştir. Örnek cinsiyete göre sosyal tabakalara ayrılınca ise evliliğin intihar üzerine etkisi sadece erkeklerde görölmüştür.

Evliliğin koruyucu etkisi sosyal uyumu artırmasına bağlanabilir. Tersine boşanma veya dullukla psikolojik kayıp deneyimi ve sosyal uyumun azalması intiharı artırır. Ayrıca evlilerde istikrarlı mental durum olasılığı daha fazladır. Evlilikle sosyoekonomik durum ve madde kullanım değişikliği de ilave rol oynayabilir.⁵

Ebeveynlik Durumu: Ebeveyn olmak özellikle anne olmak intihar ihtimalini azaltır. 15 yıl boyunca 900 000 kadının izlendiği bir çalışmada

çocuk sahibi olmanın ve çocuk sayısının intihar ihtimalini azalttığı bulunmuştur. Küçük bir çocuk sahibi olmak özellikle kadın için koruyucu bir faktördür. Gebe kadınların aynı yaşta gebe olmayanlara göre intihar ihtimali daha azdır.⁷

Ebeveynliğin koruyucu etkisi çocuk ve anne ile baba aynı evde oturduğu zaman-evlilik veya beraber yaşama durumu- daha belirgindir.

Ebeveyn ölümü veya boşanma durumunda ise çocuğa ayrılan zaman bir ebeveynin yokluğu ile azalır; yüksek eğitilmiş veya sosyal pozisyonlu bir ebeveynin kaybı çocuğun eğitim olanaklarını azaltır ve ayrılık sonrası ekonomik güçlükler belirginleşir. Ayrıca boşanma durumunda boşanma öncesi anlaşmazlıklar çocuğun yetişmesini ve çocuk –ebeveyn ilişkilerini etkiler. Sonuç olarak tek ebeveynli aile çocuklarında kasıtlı yaralanmalar ve intihar daha sık görülür.³¹

Aile Uyuşmazlığı ve Bağlılığı: Evlilik hızının düşmesi ve ayrı çift sayısının artmasının neden olduğu sosyal birlikteliğin azalması ile İrlanda’da 1970-1985 yılları arasında intihar hızı artmıştır. Sosyal uyumun azalmasının-sosyal parçalanma- belirteçleri bekâr kişi ve ayrılmış kimse sayısının fazlalığı ve o bölgedeki yüksek toplum hareketliliğidir ki bu durumda intihar hızı çok yükselir.^{7,33} Ayrıca sosyal parçalanma işsizlik ve

sosyoekonomik çöküşle de ilişkilidir. 49 gelişmiş ve gelişmekte olan ülke incelendiğinde gerileyen ekonomilerde yaşlı/ yaşlı olmayan intihar oranı ilerleyen ekonomilere göre yüksektir.³⁴

Yüksek göç hızı 35 yaş altına minimum etki yaparken, bir bölgeye yıllık % 10' luk göç 10 yılda 55-64 yaş erkek için intihar hızını o bölgede 3 kat artırır. Yeni göçmenler, gittikleri bölgede çok az sosyal temasları olduğundan intihar için en büyük risk grubudur.³³

Mental hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmada aile içi uyuşmazlık intihar hızını 9 kat artırmaktadır. Ev içi uyuşmazlık çocuk ve gençlerde de intihar hızını artırmaktadır. Tek ebeveynli ailelerle oturanlar veya ebeveyn- çocuk uyuşmazlığı olan ailelerde tamamlanmış intihar kontrollerden daha fazladır. Travmaya özellikle şiddete uğramak özellikle ebeveyn cevabı yetersizse çocukta kötü sonuca neden olmaktadır.

Ebeveyn ve aile bağlılığı ise genç için intihardan belirgin biçimde koruyucu bir faktördür.⁷

Seksüel Oryantasyon: Ancak intihar düşünce ve girişimi gay, lezbiyen ve biseksüellerde daha yüksektir. İkiz erkeklerde yapılan çalışmalarda 18 yaşından sonra erkek partneri olan grup olmayanla karşılaştırıldığında % 15' e karşın % 4 intihar girişimi bulunmuştur. Lise öğrencilerinde yapılan

bir çalışmada ise biseksüel/ homoseksüel erkeklerde % 28,1, biseksüel/ homoseksüel kadınlarda % 20,5, heteroseksüel kadınlarda % 14,5, heteroseksüel erkeklerde % 4,2 intihar girişimi bildirilmiştir. Erkeklerde biseksüel/ homoseksüel tercih intihar niyeti (Odds ratio=3,61) ve girişimle (Odds ratio=7,1) ilişkilidir, ancak kadınlarda değildir.

Bu grupta psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı da araştırılmalıdır. ⁵

Meslek: Meslek gruplarında intihar riskine eşlik eden bir dizi faktörle değişim görülür. Bunlar demografik faktörler (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik sınıf ve evlilik durumu gibi), mesleki stres, psikiyatrik morbidite ve intihar için meslekle ilişkili imkanlardır. Temel demografik veriler kontrol edildiğinde en fazla risk diş hekimleri ve doktorlardadır. Diğer çalışan gruba göre risk sırasıyla 5,43 ve 2,31' dir. Hemşirelerde 1,58 kat, sosyal çalışanlarında 1,52 kat, matematikçi ve bilim adamlarında 1,47 kat ve artistlerde 1,30 kat risk mevcuttur. Beyaz erkek doktorlarda diğer beyaz erkek profesyonellere göre intihar için % 70 daha fazla mortalite mevcuttur. Yardımcı olan profesyonellerde görülen mesleki stres ve sosyal izolasyonun olduğu durumlarda intihar hızı yüksektir. Bazı mesleklerde ölümcül metotlara ulaşımında-sağlık çalışanları, bilim adamları, tarım işçileri gibi- hızları etkilemektedir.

Artistlerde psikiyatrik hastalık ve intihar genel toplumdaki
yüksedir. Depresif hastalıklı yüksek eğitim görmüş kişilerde de intihar hızı
daha yüksedir. ⁵

Elektromanyetik alan, organik çözücü ve pestisidlerle
uğraşan işçilerde diğer alanlarda çalışan işçilere göre belirgin yüksek
intihar hızı görülmüştür. Risk en çok elektromanyetik alanda
çalışanlardadır (% 17,7' e karşın kontrol grubunda intihar hızı %1,1).³⁵

İşsizlik: A.B.D' de yapılan bir çalışmada 2 yıllık izlemde erkekler için
işsizliğin intihar hızını 2- 3 kat artırdığı bulunmuştur. Ancak 9 yıllık izlemde
kadınlar işsizlik durumunda daha çok intihar riskine maruz kalmıştır.

Milli işsizlik oranlarında artış ise intihar hızları üzerine
karmaşık bir etkide bulunur. Her zaman diliminde intihar hızını artırmaz.
İşsizlik oranları ile intihar hızı tahmin edilemez.

Psikiyatrik hastalıklı kişilerin işi bırakma ve atılma hızları
daha yüksedir ve bu da intihar hızını artırabilir. ^{5,7}

Sosyoekonomik Durum: İntiharın güçlü bir belirleyicisi ülkeler, zaman ve
tabakalar boyutunda sosyoekonomik dezavantajdır. İntihar hızları
şehirlerin düşük sosyoekonomik yerlerinde daha fazladır. Kişisel düzeyde

ise kişilerin kazanç algıları intiharı etkilemektedir. 25 yaş altında dahi düşük sosyoekonomik durum intihar hızını artırmaktadır.

Ülkelerdeki büyük sosyoekonomik inişlerde intihar hızı yükselmiştir. A.B.D’ de yapılan analizlerde ortalama aylık işsizlik hızı (1947-1977) ve Ayres İş İndeksi (1910-1939) intihar hızıyla bağlantılı bulunmuştur. Ekonomik durumdaki büyük değişiklikler intihar hızındaki büyük değişiklikleri getirir. Sosyal parçalanmanın ve ekonomik çöküşün arttığı bölgelerde intihar hızı en yüksektir.

Çin’ de büyük ekonomik reforma rağmen intihar hızı yüksek kalmıştır. Bu ekonomik reformların yarattığı sosyal değişikliklere bağlıdır.

Ekonomik durumun diğer bir etkisi diğer riskleri artırmasıdır. Alkol tüketimi ve evlilik anlaşmazlığı finansal güçlüklerle artmakta ve bu da intiharı artırmaktadır. Sosyal bağların kırılmasının verdiği stresde intihar hızını artıran bir başka faktördür. Göç durumunda geride kalanlar için artmış risk söz konusudur. Çin’ de 1998’ de 100 000 000 kişinin kırdan kente göç edip genç kadınları, ufak çocukların yaşlıların bakımından ve çiftçilikten sorumlu bırakmaları, kısıtlı ekonomik destekli bu kadınlarda intihar hızını artırmıştır. ⁷

Politik Sistem: Savaş sırasında toplumdaki intihar hızı düşer. Ancak kahramanlık amacıyla düşmanın ilerlemesini önlemek için tamamlanmış intiharlar görülebilir. Politik baskı ve şiddet intihar hızını artırır. Eski Sovyetler Birliği' nde sosyopolitik zulüm gören (Baltık eyaletleri) ve sosyal değişikliğe zorlanan bölgelerde (Rusya) diğer bölgelere göre artmış intihar hızı görülmüştür.

A.B.D' de başkan seçimleri intihar hızının azalmasıyla bağlantı gösterir. Araştırmacılar bunu bu dönemdeki sosyal uyumun artışına bağlarlar.

Politik, sosyal ve ekonomik güçle intihar hızları arasındaki ilişki ilginçtir, ancak bu konudaki bilgi yetersizdir. Portekiz' de kadın bağımsızlık hareketinin artışı -özellikle kentlerde yaşayan kadın profesyoneller arasında- kadın intihar hızını yükseltmiştir. Bu kadın bağımsızlığının artışının kadınlarda alkol kullanımını artırmasına ve erkek hâkim mesleklere giren kadın sayısının artışına bağlıdır.

Sosyopolitik kontrol kişinin öz saygısını ve kişisel kapasiteyi artırarak mental hastalıklar ve diğer risk faktörleri arasındaki ilişkiyi ayarlayabilir. Gücün yokluğu ise ümitsizliği ve stresi artırır.⁷

Kır-Kent: Kırsal kesimde intihar hızları kentten daha yüksektir. Çin' de kırsal kesimde hız 2- 5 kat fazladır. Kırsal kesimdeki genç Çinli kadın

şehirdekinden 3 kat fazla intihar hızına sahiptir. Aynı eğilim Avustralyalı genç erkeklerde de görülmüştür.⁷

Sosyal Destek: Başkalarıyla yakın ilişki kurmaktan hoşlanan kimseler sevilenin kaybı, tecavüz, iş kaybı ve fiziksel hastalık gibi değişik streslerle daha kolay başa çıkarlar, psikolojik ve fiziksel sağlıkları iyidir. Sosyal destek depresyonun şiddetini azaltır, göçmenler ve fiziksel hastalıklı risk gruplarında depresyonun iyileşmesini hızlandırabilir. Gençlerle yapılan çalışmalarda intihar dâhil negatif yaşam olaylarının sosyal destekle önlenemediği bulunmuştur.

Değişik ülke ve etnik gruplarda yapılan çalışmalarda genç ve yetişkinler arasında intihar girişimi ve düşüncesinin düşük sosyal destekle bağıntı gösterdiği bulunmuştur, gençlerde sosyal destek intihar için varyasyonun yarısını oluşturmaktadır.

Sosyal desteğin etkisi değişik mekanizmalar iledir. Kendine yararı artırarak, psikolojik stresi azaltarak intiharı azaltır. Aile ve arkadaş desteği de intihara karşı değişik roller oynar.⁷

Din: Katoliklik ve İslam intiharı şiddetli bir biçimde kınamaktadırlar. Törensiz intiharların tasvip edildiği Japonya'da ise intihar hızları hala yüksektir.

Katolik Batı ülkelerinde Katolikler' de sosyal temas ve birlik artışı fazla olduğundan Protestan' lara göre daha düşük intihar hızı vardır. A.B.D' de ise kurumsal protestanlığın olduğu bölgelerde intihar hızı düşüktür. Yahudiliğin ise ufak ve tutarsız bir intiharı azaltıcı etkisi vardır. İslam' ın intihar hızına etkisi A.B.D' de bulunamamıştır.⁷

Ancak 71 ülke verisinin incelendiği çalışmalarda Müslüman nüfus arttıkça intihar hızı azalmaktadır.

Dinin koruyucu etkisi birkaç bileşenle açıklanabilir. Dine dahil olma sosyal ağlarla sosyal bir destek sağlar, eylemi yasakladığından dolayı intiharı azaltır, inanç yapıları ve ruhsallık kişisel düzeyde bir taklit kaynağı, amaç ve ümit hissi oluşturarak kişiyi korur.

Dindar kişilerde alkol ve madde bağımlılığı, boşanma ve tamamlanmış intihar daha azdır. Dinlerin pek çoğu yüksek düzeyde sosyal destek ve bütünleşme sağlar. Sosyal destek yalnızlık ve kimlik kaybı duygularını azaltır, depresyona karşı korur. Yalnızlık, kimlik kaybı ve depresyonun intiharla doğrudan ilgisi varsa, dindarlık yine dolaylı yoldan intihar üzerinde koruyucu bir etki gösterecektir.³⁶

Dindar kişilerde depresyon hızları daha düşüktür. Hoge intrinsik dindarlık gösterge çizelgesinde her 10 puanlık artış depresyonda remisyon hızını % 70 artırır. ⁷

5. Psikiyatrik Ve Psikolojik Faktörler

Alkol, Madde Kullanımı ve Sigara: İntihardan ölen kimselerde alkol veya madde intoksikasyonu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada ölüm anında % 24,5' unun alkolden etkilendiği, % 35,8' inde kan alkol düzeyi sıfır çıkmıştır. İntihardan önce alkol kullanımı gençlerde daha belirgindir. 10' lu yaşlarda % 44,8, 20-24 yaşlarında % 35,1, 45 yaş üstünde % 25,9' dur. ⁵

Kan alkol düzeyinin sıfır çıkmadığı vakalarda büyük olasılıkla bir ilişki kaybı daha az olasılıkla psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. % 26-33' ünde son 6 haftada, % 48-50' sinde o yıl içinde sevgili kaybı mevcuttur.

Alkol erkekde kadından iki kat fazla görülür. Reçelendirilmiş ilaç ise tüm intiharlarda % 41,6 bulunmuştur, kadında bulunma ihtimali fazladır. ⁷

Ateşli silahla intihar edenlerde kanda alkol bulunması olasılığı 4,9 kat fazladır. ^{37,38,39}

İŖi olan alkol kullanicilarinin hafta sonunda intihardan olme ihtimali, belki alkol impulsiviteyi artirdigindan iŖi olmayanlara göre daha fazladir.

Yüksek ilaç dozuyla intihar giriŖiminde bulunanlarda % 41' inde giriŖimden önce alkol tüketimi bulunmuŖ % 29' unun serum alkol düzeyleri 80 mg/dl' den fazla ıkmıŖtır.

İntihar giriŖimi öncesi alkol veya madde kullananlarda daha sonraki intihar giriŖimi ihtimali fazladir. 5,5 yıllık takipte intihar giriŖiminde alkol kullananların % 3,3' nde intihar grlmŖ. İlk yıl için intihar giriŖimde bulunma ihtimalleri genel toplumdandan 51 kat fazladir.

Alkollü kimselerde umutsuzluk depresyona nazaran daha fazla intihar dŖncesini akla getirir. Yüksek alkol dozu zamanla depresyon oluŖturur, aynı zamanda alkol depresyona karŖı bir cevap olarak da ortaya çıkabilir.

A.B.D' de tüm intiharların % 25' i alkol bağımlılığı hastalığıdır ve bu kiŖilerin intihar riski psikiyatrik açıdan sağlıklı topluma kıyasla 115 kat fazladir. TamamlanmıŖ intiharda bulunan alkol bağımlıları genellikle erkek, beyaz, orta yaŖta, evlenmemiŖ, gemiŖ yılda hastaneye yatıŖ öyküsü olup birkaç defa intihar giriŖiminde bulunan kimselerdir.

Ülkeler açısından alkol tüketimine bakıldığında 50 yıllık bir çalışmada İsveç ve Norveç için alkol tüketimi ile intihar arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Son 30 yılda Eski Sovyetler' in 15 Cumhuriyetinde alkol kullanımının sınırlandırılmasına bağlı olarak intihar hızı büyük ölçüde- 100 000' de 65 den 100 000 de 40' a- düşmüştür. ^{7,40}

Yasa dışı madde kullanımında alkol kullanımı gibi intihar riskini ve girişimini artırır. Uyuşturucu kullananlarda intihar girişimi 4 kat daha fazladır. Yaşam boyu prevalans ise % 17,3' dür. Tamamlanmış intihar ise % 7-25'i arasında değişmektedir. ^{7,41}

Madde kullananlarda Aks I hastalıklarından duygu durum ve anksiyete bozuklukları daha sık görülür, aynı zamanda Aks II hastalıklarından davranış bozuklukları ve anti sosyal kişilik bozukluğu da daha fazladır. Madde kullanıcıların % 18' inde anti sosyal kişilik bozukluğu vardır, % 10-30' unda ise eşlik eden depresyon mevcuttur. Aile psikopatolojisi (özellikle anne depresyonu), umutsuzluk, zayıf psikososyal fonksiyon ve birden fazla madde kullanımı da ilave risk faktörleridir. Macera arayış/ impulsif davranışlarda madde bağımlılarında siktir. Madde kullandıklarından sosyal desteği de kaybetmişlerdir.

Yüksek miktarda sigara içmek diğer faktörlerden bağımsız olarak intihar riskini artırır. Sonuçta nikotin bağımlılığı da bir bağımlılık çeşididir. Aynı zamanda major depresyon sigara içimi ile bağlantılıdır.^{42,43}

Geçmiş İntihar Girişimleri: İntihar girişimleri daha sonraki intihar riskini artırır. İntihar girişiminde bulunanların % 6-10'u uzun süreli takipte- 5 yıl ve üzeri- intihar sonucu ölür. Daha önceki intihar girişimi herhangi bir psikiyatrik hastalıktan daha fazla risk taşır. İntihar girişiminde bulunanlar genel topluma kıyasla 38 kat fazla intihar riski altındadır ve bu risk intihar girişiminin yakınlığı ile ilişkilidir. Risk sosyal bağıntı ölçütleri, fiziksel bir hastalığın varlığı, önceki girişimlerin sayısı ve psikiyatrik tedavi ile ilişkilidir. Erkeklerde risk kadından iki kat fazladır, genç erkeklerde risk genç kadınlardan 4 kat daha fazladır. Son 12 ayda intihar girişimini tekrarlayanlar genellikle bekâr, işsiz, alkol bağımlılığı olan ve psikiyatrik problemleri olanlardır, cinsiyet açısından fark yoktur.⁷

Tablo 3: Psikiyatrik Hastalıklar ve İntihar

Durum	Çalışma Sayısı	Yıllık İntihar Hızı (%)	Tahmini Yaşam Boyu İntihar Hızı (%)
önceki intihar girişimleri	9	0,549	27,5
Psikiyatrik hastalıklar			
Yemek yeme hastalıkları	15		
Majör depresyon	23	0,292	14,6
Sedatif istismarı	3		
Karışık ilaç istismarı	4	0,275	14,7
Bipolar hastalık	15	0,310	15,5
Opioid istismarı	10		
Distimi	9	0,173	8,6
Obsessif-kompulsif hastalık	3	0,143	8,2
Panik hastalık	9	0,160	7,2
Şizofreni	38	0,121	6,0
Kişilik Bozuklukları	5	0,101	5,1
Alkol istismarı	35	0,084	4,2
Pediyatrik psikiyatrik hastalıklar	11		
Esrar istismarı	1		
Nevrozlar	8		
Mental retardasyon	5		

Yıllık intihar hızı % 0,014 ve yaşam boyu hız % 0,72' dir. (1966-1993 arası 249 raporun metaanalizine dayanıyor.) ⁵

Duygudurum Bozuklukları: İntihardan ölenlerde en çok görülen hastalıktır. İntihardan ölenlerin % 93' ü mental olarak hasta, % 85' i ise depresyon veya alkolizmdir. ⁵

Majör depresif atak en az iki hafta süren 9 kriter semptomun en az 5' inin bulunması durumudur. Bu semptomlar, deprese veya irrite edilebilir mizaç, günlük aktivite ve zevklerinde ilgi azalması, yeme veya

uyku deęişiklięi ve intihar dűşűnceleridir. Distimik hastalık ise kişinin 2 yıldan daha uzun olmayan bir zamandan beri deprese ve űzgűn olması, ancak major depresif hastalık kriterlerini karşılamamasıdır.

Yukardaki tabloda deęişik çalıřmaların metaanalizi ile genel topluma kıyasla major depresyon için 20 kat, distimi için ise 12 kat fazla intihardan ۆlűm riski gۆrűlmektedir. Yataklı tedavide intihar riski en yűksektir, ayaktan ilaçla tedavide daha azdır, ayaktan ilaçsız tedavide ise intihar gۆrűlmemiřtir.

Primer duygudurum bozukluklarında intihar riski % 15' dir ve genel toplumdan 30 kat fazladır.

İntiharın diğer bir belirteci umutsuzluktur. Umutsuzluk deprese durumun diğer belirteçlerinden çok daha ۆnemli bir intihar gۆstergesidir.

Bipolar hastalık (manik depresif hastalık) genetik geçiřli biyolojik bir hastalıktır. Deprese ve manik atakları kapsar. Deprese ataklarda uzun sűreli űzgűnlűk, ilgisiz veya irrite edilebilir mizaç; dűřűnce, aktivite ve vucud fonksiyonlarının deęiřmesi g�rűlűr. Manik dۆnemlerde ise anormal ve devamlı yűksek, geniř veya irrite edilebilir mizaç, dűřűk benlik saygısı, uyku ihtiyacının azalması, ařırı konuřma, dikkat daęınıklığı,

aktivite artışı, artmış zevk arayışı ve tehlikeli davranışlar görülür. Psikoz semptomları delüzyon ve halüsinasyonlarda bipolarlar da görülebilir. İntihardan ölen bipolar hastaların çoğunluğu hastalığın depresif veya miks dönemindedir. Bipolar hastaların % 25-50' si yaşamları boyu en az bir defa intihar girişiminde bulunur. Bipolar hastalıkta intihar riskinde cinsiyet ayrımı yoktur, her iki cinsiyette risk eşittir. En büyük risk hastalığın başlangıcında ve ilk 5 yıldadır. Hastalığın şiddeti de intihar riskini artırır.⁷

Anksiyete Hastalıkları: Anksiyete hastalıkları duygudurum ve madde kullanımı hastalıklarıyla birliktelik gösterir. Post-travmatik stres hastalığı dahil tüm anksiyete bozukluklarında ciddi intihar girişimi riski kadınlarda % 60 erkeklerde % 43' dür. 8 tip anksiyete hastalığı mevcuttur. Panik hastalık, agorafobi, jeneralize anksiyete hastalığı, spesifik fobi, sosyal fobi, obsessif-kompulsif hastalık, akut stres hastalığı ve post-travmatik stres hastalığı. Panik hastalık ve posttravmatik stres hastalığı intiharla ilişkilidir.

Panik hastalıkta herhangi bir hastalığı olmayana göre intihar girişimi ihtimali 20 kat artmıştır. Panik hastalığın diğer mental hastalıklarla birlikte olmasında intihar riski en fazladır. Agorafobinin eşlik etmeside intihar riskini artırır.

Posttravmatik stres hastalığı için ilk intihar girişiminde 6 kat artmış risk vardır. Aynı zamanda posttravmatik stres hastalığı erkek ve

kadında diğer anksiyete hastalıkları, madde kullanım hastalıkları, major depresyon ve distiminin habercisidir. Erkekde ise mani'nin ön belirteçidir.⁷

Şizofreni: Şizofreni erkek ve kadını eşit biçimde etkiler ve erken yetişkinlikte görülür. Delüzyonları; halüsinasyonları; konuşma, düşünce ve hareketlerin bozulmasını içerir ki bunlar pozitif semptomlar olarak adlandırılır. Negatif semptomlar düzleşmiş emosyonlar; spontan davranışın sosyal iletişimin ve iradenin azalması gibi normal davranışların yokluğudur. Şizoaffektif hastalıkta ise şizofreni semptomlarıyla birlikte ya major depresif atak yada manik, miks atak vardır.

Şizofrenik hastalıklarda intihar riski yaşam boyu % 4- 10' dur. Genel toplumdan 30- 40 kat daha fazladır. İntihar riski hastalığın başlangıcında (5- 10 yıl) en yüksektir. En büyük intihar riski hastanede yatarken ve taburculuktaki ilk 6 ay içindedir. Şizofrenik hastalarda girişim ve tamamlanmış intiharda cinsiyet farkları azalmıştır.

Depresif semptomlarla birlikte olması intihar riskini artırır, pozitif semptomlar şiddetlenince özellikle emir veren halüsinasyonlarda intihar ihtimali artar. Negatif semptomlarda intihar riski düşüktür. Semptomların farkındalığında yüksektir. Yüksek zeka ve eğitilmiş de semptomlar hafiflese de intihar riski artar.^{7,44}

Kişilik Bozuklukları: Borderline kişilik bozukluğu intihar niyeti olmaksızın kendini yaralama ve intihar girişimiyle birliktedir. Mizaçta, kişiler arası ilişkilerde, kişisel imaj ve davranışlarında yaygın düzensizlik mevcuttur. Şizofreni ve bipolar hastalıktan daha yaygındır ve genellikle genç kadınlarda görülür. Kişilik bozukluklarının % 40-90' ı intihar girişiminde bulunur.

Bipolar kişilik bozukluklarının % 65' inde major depresif atak vardır, bu durumda intihar ihtimali daha çok artar. Çocuk istismarı ve ihmali öyküsü intihar ihtimalini artırır, aynı zamanda borderline kişilik bozukluğunda nedensel faktördür.⁷

Yemek Yeme Hastalıkları: Yemek yeme hastalıklarında 23,1 kat artmış intihar riski vardır. En çok anoreksia nevroza risk faktörüdür.

Yemek yeme hastalıkları ve agresyon madde kullanımı ve intihar girişimi ile birliktedir. Şiddetli kalori kısıtlaması ve aşırı yemek yemede de kendini yaralama ve intihar girişimi görülür.^{5,45}

6. Fiziksel Hastalıklar

Hepatit C veya seksüel geçişli hastalıklar impulsif davranış, madde kullanımı ve intihar riski artışının habercisi olabilirler. Fiziksel hastalıklar psikiyatrik hastalıkların belirtilerini örterek tanıyı geciktirebilirler. Sinir sistemi hastalıkları intihar için yüksek risk taşır. İmpulsivite, duygudurum bozuklukları ve psikozlarla yakın ilgisinden dolayı en yüksek risk temporal lob epilepsisindedir. Diğer epilepsilerde de siktir. Diğer nörolojik hastalıklar mutiple skleroz, Huntington Chorea, beyin ve spinal kord yaralanmasıdır. ^{5,46,47}

Diğer medikal hastalıklar HIV/ AIDS, maligniteler (özellikle baş ve boyun), peptik ülser hastalığı, sistemik lupus eritematosus, kronik hemodializ-tedavi edilmiş renal yetmezlik, kalp hastalığı ve erkeklerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve prostat hastalığıdır. ^{5,48} Aksine amyotrofik lateral sklerozda, körlükte, serebrovasküler hastalıkta, hipertansiyon, romatoid artrit ve diabetes mellitus' da intihar risk artışı gösterilememiştir.

Fiziksel hastalıklar dışında fonksiyonel bozukluklar, ağrı, çirkinleşme, başkalarına bağımlılığın artışı, görme ve işitmede azalma intihar riskini artırır.

Klinik olarak belirgin duygudurum hastalığı yokluğunda ciddi hastalıklı bireylerde nadiren intihar görülür. Aynı zamanda kişisel özellikler cinsiyet, taklid tarzı, sosyal desteklerin mevcudiyeti, psikososyal streslerin varlığı, önceki intihar davranışı hikayesi ve hastalığın kişi için anlamı ve imajına bağlıdır.⁵

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma intihar davranışıyla ilgili bilinen risk faktörlerinin varlığını ve etkisini araştırmak, değişik risk faktörleri arasındaki ilişkiyi ve insanların kendine zarar vermesinin nedenini açığa çıkarmak amacıyla 05.01.2006- 16.06.2006 tarihleri arasında bir kamu hastalıkları hastanesinde intihar girişimi olarak değerlendirilen başvurular üzerinde yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Anket formu intihar risk faktörleri ve nedenleri literatürde taranarak ve travmatik yaşantılar ölçeğinden yararlanarak oluşturulmuştur.⁹

Araştırma Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde Başhekimlik izni ile 05.01.2006- 16.06.2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma hastanesi Ankara' nın Aydınlıkevler semtinde bulunan son yıllara kadar acil vakalar dışında sadece Sosyal Sigortalar Kurumu sosyal güvencesine sahip olanlara açık olan ancak son yıllarda sosyal güvence farkı gözetmeksizin her türlü vatandaşa hizmet veren ve Sağlık Bakanlığı' na bağlanan bir kamu hastanesidir. Çocuk Hastalıkları Kliniği hariç ana dallarda kliniği bulunmaktadır. Ek bir binada hizmet veren Çocuk Kliniği

1993 yılında ayrı bir hastane olmuş, 1995 yılında ise Sağlık Bakanlığı' na bağlanmıştır. Psikiyatri Kliniği mevcuttur. Ankara acil vakalarının % 24' üne cevap vermekte ve günde ortalama 650 hasta bakılmaktadır.

Acil girişinde 3 acil poliklinik, kan alma enjeksiyon odaları, pansuman ve EKG çekim odaları bulunmaktadır, orta kısımda ise ortopedi, nöroloji, dahiliye, genel cerrahi, beyin cerrahi, kalp damar cerrahi odaları hizmet vermektedir. Hastalar ilk gözlem bölümünde sedye üzerinde kısa süreli olarak takip edilmektedir. İç kısımda 6 yatak kapasiteli müşahede bölümü ve 1. katta 20 yatak kapasiteli acil dahiliye servisi bulunmaktadır.

Hastane aciline başvuran Acil doktorlarınca intihar girişimi olarak değerlendirilmiş vakalar gözlemde iken, konuşamayacak durumda olanlar ise Acil Dahiliye servisine yatıp konuşabilecek duruma geldiklerinde yüz yüze görüşerek anket formu uygulanmıştır.

Sosyoekonomik durumları kendi değerlendirmelerine göre üç grupta sınıflanmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

İntihar girişimi araştırmanın bağımlı değişkenidir, Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; yaş, cinsiyet, eğitim, medeni

durum, anne-baba ayrılığı veya ebeveyn ölümü, evde yaşayan kişi sayısı, meslek, kır-kent göç durumu, intihar girişim saati ve yeri, alkol madde ve sigara bağımlılığı, geçmiş intihar girişimleri, intihar girişiminin meydana geliş biçimi, ailede intihar öyküsü, ailede mental hastalık veya madde bağımlılığı, sosyoekonomik durum, son bir yılda ekonomik durumda kötüleşme, din, son bir yılda ailede ölüm, aile içi ve aile dışı duygusal ihmal, eş veya sevgili kaybı, fiziksel şiddete uğrama, cinsel istismara uğrama, çocukluk cinsel istismarı, fiziksel travma tanıklığı, cinsel travma tanıklığı, duygusal istismara uğrama' dır.

Araştırmanın Güçlük ve Kısıtlılıkları

Araştırma birden fazla hastanede yapılmak üzere planlansa da gerekli izinler alınamadığından ve anketör kullanılmadığından tek bir hastanede yapıldı. Ankara ili örneklemini temsil etmemektedir.

Hastane aciline başvuran tüm intihar girişimleri incelenemedi. 05.01.2006- 16.06.2006 tarihleri arasında mesai bitimi 17.30-18.30 saatleri arasında (tatil günleri hariç) halen Acil Gözlemde veya Acil Dahiliye Servisi' nde yatan konuşmayı kabul eden vakalar (95 kişi) çalışmaya dahil edildi (% 96,9). Üç kişi görüşmeyi kabul etmediğinden çalışma dışı bırakıldı.,Tüm görüşmeler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Acil gözlemin hasta ile tek başına yüz yüze görüşme için uygun olmaması, hasta

yakınlarına hasta ile tek başına görüşme için rica edilse dahi uymamaları araştırmanın kısıtlılığıdır.

Belirtilen saatlerde tamamlanmış intihar girişimi vakasıyla karşılaşılmamıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 14.0 programı ile bilgisayara aktarıldı ve istatistiksel analizler aynı programda yapıldı. Araştırmanın değerlendirilmesinde ortalama, medyan, tepe, kikare testi, Fisher' in kesin kikare testi kullanıldı.

$p < 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

IV. BULGULAR

I. İNCELENEN KİŞİLERİ TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

İncelenenlerin yaş grubu ve cinsiyetlerine göre dağılımı tablo 4' de gösterilmiştir.

1) Yaş, Cinsiyet:

Vakaların yaşları minimum 14 maksimum 53 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması $24,5 \pm 8,7$, ortanca değeri 21,0, tepe değeri 20,0 idi.

Tablo 4 : İntihar Girişiminde Bulunanların Yaş Gruplarına Göre Cinsiyet Dağılımı

Yaş Grubu		Cinsiyet				Toplam	
		erkek		Kadın		Sayı	%**
		Sayı	%*	Sayı	%*		
17 ve altı		4	18,2	18	81,8	22	23,2
18-24		5	13,5	32	86,5	37	38,9
25-34		3	13,6	19	86,4	22	23,2
35-44		2	18,2	9	81,8	11	11,6
45-54		1	33,3	2	66,7	3	3,1
Toplam		15	15,8	80	84,2	95	100,0

Kikare lineer-by-lineer ilişki testi iki yönlü $\chi^2 = 0,087$ $df=1$ $p=0.768$

* Satır yüzdesi ** Kolon yüzdesi

İncelenenlerin %84,2 'si kadın , % 15,8' i erkektir. Cinsiyete göre farklılık var mı diye incelendiğinde kadınlarda intihar girişiminin erkeklere göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır (kikare testi $\chi^2 = 44,474$ $df=1$ $p= 0,0$). İntihar girişimi 5,3 kat kadınlarda fazla görülmektedir.

Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı yukarıda ki tabloda görülmektedir. Vakaların % 85,3' ü 35 yaşından gençtir. İntihar girişimi yüzde olarak daha çok genç yaş grubunda görülmektedir. Çocuk yaş grubunda intihar girişimi ise %23,2 dir. 45-54 yaş grubunda yüzde olarak en düşük oranda (%3,1) görülmektedir. Vakaların yaş gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlıdır (kikare testi $x^2= 34,842$ $df=4$ $p=0,00$).

2) Eğitim:

Vakaların eğitim düzeylerine göre dağılımı Tablo 5' de gösterilmiştir.

Tablo 5 : İntihar Girişiminde Bulunanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

		Toplam	
		Sayı	%
Eğitim Düzeyi	Okur yazar Değil	1	1,1
	İlköğretim≤	59	62,7
	Lise≥	34	36,2
Toplam		94	100,0

İncelenen bir kişinin eğitim durumu öğrenilememiştir.

İntihar girişiminde bulunanların % 62,7' si ilköğretim ve altı, %36,2 si lise ve üzeri eğitim görmüştür.. Eğitim durumunun dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir (kikare testi $x^2=99,170$ $df=6$ $p=0,00$).

3) Medeni Durum:

Vakaların medeni durumları tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6: İntihar Girişiminde Bulunanların Cinsiyetine Göre Medeni Durumları

		Medeni Durum									
		Evli		Bekâr		Eşi Ölmüş		Boşanmış		Toplam	
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Cinsiyet	erkek	3	20,0	9	60,0	0	0,0	3	20,0	15	15,8
	kadın	32	40,0	40	50,0	1	1,2	7	8,8	80	84,2
Toplam		35	36,8	49	51,6	1	1,1	10	10,5	95	100

Kikare lineer by lineer ilişki testi $\chi^2=2,733$ df=1 p=0,098

*Satır Yüzdesi **Kolon Yüzdesi

İntihar girişiminde bulunanların % 36,8 'i evli, % 51,6' sı bekârdır. Eşi ölmüş, boşanmış olanlar dahil edilince eşsiz yaşayanlar intihar girişiminde bulunanların % 63,2' sidir. İntihar girişiminde bulunanların medeni durum dağılımları farklılık göstermektedir (kikare testi $\chi^2= 61,926$ df=3 p= 0,00).

Cinsiyete göre medeni durum dağılımı istatistiksel açıdan önemli değildir (p= 0,098).

4) Meslek:

İntihar girişiminde bulunanların meslek dağılımları tablo 7' de gösterilmiştir.

Tablo 7: İntihar Girişiminde Bulunanların Mesleksel Dağılımı

Meslek	Sayı	Yüzde
ev-hanımı	33	34,7
işsiz	8	8,4
öğrenci	21	22,1
memur	2	2,1
işçi	29	30,5
serbest ticaret	1	1,1
emekli-işçi	1	1,1
Toplam	95	100,0

İntihar girişiminde bulunanların çoğunun işçi, ev hanımı veya öğrenci olduğu görülmektedir. Bir kişi sağlık çalışanı hemşiredir.

5) Sosyoekonomik Durum:

İntihar girişiminde bulunanların sosyoekonomik durumları tablo 8' de gösterilmiştir.

Tablo 8: İntihar Girişiminde Bulunanların Sosyoekonomik Durumları

Sosyoekonomik Durum	Sayı	Yüzde
İyi	20	21,0
Orta	60	63,2
Fakir	15	15,8
Toplam	95	100,0

Kikare testi $\chi^2=117,895$ df=4 p=0,00

İntihar girişiminde bulunanların % 63,2' si orta gelir grubundadır. % 21,0' in durumu kendi değerlendirmesine göre iyi, %15,8' i fakirdir. Sosyoekonomik durum dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir ($p=0,00$). Farkı yaratan orta sosyoekonomik durumdur. Sosyoekonomik durumu iyi ve fakir gruplar analiz edilirse (Kikare testi $\chi^2=0,714$ $df=1$ $p=0,398$) fark istatistiksel açıdan önemli değildir.

◆Geçmiş İntihar Girişimleri:

İntihar girişiminde bulunanların önceki girişim sayısı dağılımları tablo 9' da gösterilmiştir.

Tablo 9: Geçmiş İntihar Girişimleri

Geçmiş Girişim Sayısı	Sayı	Yüzde
0	77	81,1
1	10	10,5
2+	8	8,4
Toplam	95	100,0

Kikare testi $\chi^2=224,316$ $df=4$ $p=0,00$

% 81,1' inin ki ilk girişimidir. İntihar vakalarının geçmiş de %10,5 bir girişimi, % 8,4 iki ve daha fazla girişimi vardır. İntihar girişiminde bulunanların % 18,9' u daha önce intihar girişiminde bulunmuşlardır. Geçmiş intihar girişimlerinin dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir ($p=0,00$).

◆İntihar Girişiminin Yeri :

Girişim yerinin dağılımı tablo 10' da görülmektedir.

Tablo 10: İntihar Girişiminin Yeri

Yer	Sayı	Yüzde
okul	2	2,1
kendi evi	78	82,1
komşu-arkadaş evi	5	5,3
diğer	10	10,5
Toplam	95	100,0

Pearson Kikare testi $\chi^2 = 166,600$ df=3 p= 0,00

Girişim yeri % 82,1 kendi evidir. % 5,3 komşu-arkadaş evi, %2,1'i okul da, %10,5'u diğer yerlerde gerçekleşmiştir. Girişim yerinin dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir (p=0,00).

◆İntihar Girişim Zamanı:

İntihar girişim saatinin dağılımı tablo 11' de görülmektedir.

Tablo 11: İntihar Girişiminde Bulunma Saati

Saat	Sayı	Yüzde
08-11.59	14	14,7
12-15.59	23	24,2
16-19.59	23	24,2
20-23.59	20	21,1
00-03.59	11	11,6
04-07.59	4	4,2
Toplam	95	100,0

Pearson Kikare testi $\chi^2 = 18,116$ df= 5 p= 0,003

İntihar girişiminde bulunanlar yüzde olarak en çok (%63,1) öğleden sonra saat 20.00' a kadar girişimde bulunmuşlar, herkesin uykuda olduğu sabahın erken saatlerinde 04-07.59' da girişim son derece (%4,2) azdır. İntihar girişim saatinin ($p=0,003$) dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir .

◆İntihar Girişim Şekli:

İntihar girişiminde bulunanlarda olayın meydana geliş biçimi tablo 12' de gösterilmiştir.

Tablo 12 : İntihar Girişiminde Bulunanlarda Olayın Meydana Geliş Biçimi

ICD-10 Kodu*	Sayı	Yüzde
X60-opioid olmayan analjezik	48	50,5
X61-anti epileptik	17	17,9
X63-otonom sinir sisteminde etkili	4	4,2
X64-uyuşturucu	18	18,9
X65-alkol	2	2,1
X67-gazlar	2	2,1
X68-pestisid	2	2,1
X69-diğer kimyasallar	1	1,1
X70-asılma ve boğulma	1	1,1
Toplam	95	100,0

* Kodları gösteren liste Ek:2

% 1,1 asılma (X70) dışındakiler şiddete yönelik olmayan metotlardır. En çok opioid olmayan analjezik, antipiretik ve antiromatizmallere maruziyet (% 50,5) ile intihar girişiminde bulunulmuştur. % 18,9 uyuşturucu ile % 17,9 antiepileptik ile kendilerine zarar vermişlerdir.

Cinsiyete göre olayın meydana geliş biçiminin dağılımı istatistiksel açıdan önemli değildir (Pearson Kikare testi $x^2=14,163$ $df=9$ iki yönlü $p=0,117$).

II. İNTİHAR GİRİŞİMİNİ BAŞLATTIĞI DÜŞÜNÜLEN OLASI NEDENLER:

1) Sosyal Destek Yokluğu (Aile Uyuşmazlığı ve Bağlılığı):

1.1 Ebeveyn ölümü

İntihar girişiminde bulunanlarda 18 yaş altında ebeveyn ölümü olup olmama durumu tablo 13' de görülmektedir.

Tablo 13: 18 yaş Altında ebeveyn ölümü

Özellik	Sayı	%
Ebeveyn Ölümü yok	88	93,6
var	6	6,4
Toplam	94	100

Bir kişiden cevap alınmadı

Vakaların % 6,4' ünde 18 yaşın altında ebeveyn ölümü mevcuttur. % 1,1' inin annesini % 5,3' ünün babasını 18 yaşına ulaşmadan kaybettiği, yani tek ebeveynli olarak büyüdüğü gözlenmiştir. Ebeveyn ölümü durumunun (Kikare testi $x^2= 153, 979$ $df =2$ $p=0,00$) dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir.

1.2 Ailede Ölüm:

İntihar girişiminde bulunanlarda son bir yılda ailede ölüm durumu tablo 14' de görülmektedir.

Tablo 14: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Ailede Ölüm

Son Bir yılda Ailede Ölüm	Sayı	Yüzde
Yok	82	86,3
Var	13	13,7
Toplam	95	100,0

Son bir yılda ailede ölüm sorgulandığında % 13,7 ailede ölüm öyküsü yani sevilen birinin kaybı öyküsü alındı.

1.3 Ailevi Durum

İntihar girişiminde bulunanların ailevi durumlarının dağılımı tablo 15' de gösterilmiştir.

Tablo 15: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Anne-Baba Ayrılığı Durumu

Özellik	Sayı	Yüzde
Anne-Baba ayrılığı var	15	15,8
yok	80	84,2
Toplam	95	100,0

İntihar girişiminde bulunanlarda % 15,8' inde 18 yaş altında anne-baba ayrılığı mevcuttu. Anne-baba ayrılığı (Kikare Testi $x^2 = 44,474$

df=1 p=0,00) durumunun dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir.

Akut etki açısından anne-baba ayrılığının ne kadar zaman önce olduğu sorgulandığında 1 kişide 10 gün, 1 kişide 4 ay önce, diğerlerinde 4 yıl ve üstü cevabı alınmıştır.

2) Medeni Durum Değişikliği veya Sevgili Kaybı:

İntihar girişiminde bulunanlarda son bir yılda medeni durum değişikliği veya sevgili kaybı tablo 16' da görülmektedir.

Tablo 16: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Medeni Durum Değişikliği veya Sevgili Kaybı

Eş veya Sevgili Kaybı	Sayı	Yüzde
yok	58	61,1
var	37	38,9
Toplam	95	100,0

Kikare testi $\chi^2=4,642$ df=1 p=0,031

İntihar girişiminde bulunanlarda % 38,9 medeni durum değişikliği veya sevgili kaybı vardır, İntihar girişiminde bulunan evlilerin % 18,2' sinde sevgili kaybı mevcuttur. Son bir yılda medeni durum değişikliği veya sevgili kaybı kaybı olmasının dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir (p=0,031) .

3) Ekonomik Durumda Kötüleşme:

Son bir yılda ekonomik durumda kötüleşme durumunun dağılımı tablo 17' de görülmektedir.

Tablo 17: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Ekonomik Durumda Kötüleşme

Para Kaybı-İflas Öyküsü	Sayı	Yüzde
Yok	58	61,1
Var	37	38,9
Toplam	95	100,0

Kikare testi $\chi^2=4,642$ df=1 p=0,031

İntihar girişiminde bulunanlarda % 38,9 son bir yılda ekonomik durumda kötüleşme öyküsü vardır. Ekonomik durumda kötüleşme öyküsünün dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir (p= 0,031).

4) Evde Yaşayan Kişi Sayısı:

İntihar girişiminde bulunanların evde yaşayan kişi sayılarına göre dağılımı tablo 18' de görülmektedir.

Tablo 18: İntihar Girişiminde Bulunanların Evde Yaşayan Kişi Sayılarına Göre Dağılımı

Evde yaşayan	Sayı	Yüzde
Yalnız	3	3,2
Aile bireyleri ile birlikte	91	96,8
Toplam	94	100

Fisher' in kesin kikare testi p=0,093

İntihar edenlerin % 3,2' si yalnız yaşamakta, % 96,8'i aile bireyleri ile birlikte oturmaktadır (p= 0,093).

5) Kır-Kent, Göç Durumu:

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastahanesi' ne müracaatta bulunanlardan intihar girişimi vakası sayılanlar % 89,5' u Ankara ve ilçelerinde, en çok Ankara-Keçiören' de (% 24,2) oturmaktaydı. Azımsanmayacak oranda (% 10,5) şehirlerarası müracaat vardı. % 82,1' inin son bir yılda ikametgahı değişmemişti. Geri kalan yüzde için ise % 9,5 il içi, % 8,4 il dışı göç söz konusuydu .

6) Din:

İntihar girişiminde bulunanlar % 98,9 dini inanışlarını İslam olarak nitelendirmekte ancak % 1,1 hiçbir dine inanmamaktadırlar.

7) Biyolojik Faktörler

7.1) Ailede İntihar:

İntihar girişiminde bulunanlarda ailede intihar girişimi dağılımı tablo 19' da görülmektedir.

Tablo 19: İntihar Girişiminde Bulunarlarda Ailede İntihar Girişimi Dağılımı

Ailede İntihar	Sayı	Yüzde
Yok	86	90,5
Var	9	9,5
Toplam	95	100,0

İntihar girişiminde bulunanlarda ailede intihar öyküsü % 90,5' unda yoktur. % 9,5' unda ailede intihar öyküsü vardır. Ancak geri kalanında en fazla kardeşte görülmek üzere, % 1,1 iki aile üyesinde birden intihar girişimi öyküsü vardır. % 8,4 birinci derece akrabalarında (anne, baba ve kardeş) aile öyküsü mevcuttur.

7.2) Ailede Mental Hastalık Durumu:

İntihar girişiminde bulunanlarda ailede mental hastalık durumu tablo 20' de görülmektedir.

Tablo 20: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Ailede Mental Hastalık Durumu

Ailede Birinci Derecede Akrabalarda Mental Hastalık	Sayı	Yüzde
Yok	76	80,0
Var	19	20,0
Toplam	95	100,0

Mental hastalık veya ailede madde bağımlılığı öyküsü ise çok daha sıktır. % 20,0 birinci derece akrabalarda, % 4,3 iki aile üyesinde birden olmak üzere % 22,1 ailesel öykü mevcuttur.

III. PSİKİYATRİK VE PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

1) Alkol, Madde ve Sigara Bağımlılığı:

İntihar girişiminde bulunanlarda alkol kullanımı düzeyi tablo 21' de görülmektedir.

Tablo 21 : İntihar Girişiminde Bulunanlarda Alkol Kullanımı Düzeyi

		Toplam		
		Sayı	Yüzde	
Alkol Kullanımı	kullanmıyor	71	74,7	
	kullanıyor	yılda bir iki kez	15	15,8
		yılda üç dört kez	2	2,1
		ayda bir iki kez	2	2,1
		haftada bir iki	1	1,1
		her gün	4	4,2
Toplam		95	100,0	

İntihar girişiminde bulunanlarda alkol bağımlılığı-her gün kullanılması- % 4,2 oranında görülmektedir. Alışkanlık sınırı olan ayda bir iki kez ve daha fazla alkol kullanımı ise % 7,4 görülmektedir.

İntihar girişiminde bulunanlarda sigara bağımlılığı süresi tablo 22' de görülmektedir.

Tablo 22 : İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sigara Bağımlılığı Süresi

Yıl	Sayı	Yüzde
İçmiyor	53	55,8
İçiyor (yıl)	0-5	26,3
	6-10	6,3
	10 +	11,6
Toplam	95	100,0

İntihar girişiminde bulunanlar % 55,8' i sigara içmemektedirler. Ancak % 26,3'ü 0-5 yıl, % 6,3'ü 6-10 yıl, % 11,6' sı 10 yıl ve üstünde sigara içmişlerdir.

İntihar girişiminde bulunanlarda uyuşturucu madde bağımlılığı tablo 23' de görülmektedir.

Tablo 23: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Uyuşturucu Madde Bağımlılığı

Madde Bağımlılığı Durumu	Sayı	Yüzde
Yok	94	98,9
Var	1	1,1
Toplam	95	100,0

İntihar girişiminde bulunanlarda uyuşturucu madde kullanımı % 1,1 oranındadır.

2) Cinsel İstismar:

2.1) Erişkinlik Cinsel İstismarı

İntihar girişiminde bulunanlarda % 3,2 (n=94) eş, arkadaş veya sevgili cinsel istismarı mevcut, % 7,4 ise tanımadıkları kimselerin cinsel istismarına uğramışlar.

2.2) Çocukluk Cinsel İstismarı:

İntihar girişiminde bulunanlarda çocukluk cinsel istismarı durumu tablo 24' de gösterilmiştir.

Tablo 24: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Çocukluk Cinsel İstismarı Durumu

		Toplam		
		Sayı	Yüzde	
Çocukluk Cinsel İstismar Durumu	Yok	90	95,7	
	Var	Komşu	3	3,2
		Tanmadığı	1	1,1
Toplam		94	100,0	

İntihar girişiminde bulunanlarda % 4,4 çocukluk cinsel istismarı mevcuttur. Cinsel istismar yaşı 3' e kadar inmektedir, maksimum 17 yaşındadır, cinsel istismarı uygulayan genellikle komşudur. Aile içi cinsel istismar bildiren olmamıştır.

3)Şiddet Ve Travma

3.1)Fiziksel Şiddet:

Son bir yılda fiziksel şiddete uğrama durumu tablo 25' de gösterilmiştir.

Tablo 25: Son Bir Yılda Fiziksel Şiddete Uğrama Durumu

		Toplam	
		Sayı	Yüzde
Fiziksel Şiddet	Yok	72	75,8
	Var	23	24,2
Toplam		95	100,0

İntihar girişiminde bulunanlarda % 24,2 son bir yılda fiziksel şiddete uğrama öyküsü mevcut. Sadece intihar girişiminde bulunanların % 2,1' i tanımadığı kişilerce fiziksel şiddete uğramış, çoğunluğu aile üyelerince veya birden fazla aile üyesince yapılmış.

3.2) Duygusal İstismar:

İntihar girişiminde bulunanların duygusal istismar durumları tablo 26' da gösterilmiştir.

Tablo 26: İntihar Girişiminde Bulunanların Duygusal İstismar Durumları

		Toplam	
		Sayı	Yüzde
Duygusal İstismar	Yok	50	52,6
	Var	45	47,4
Toplam		95	100,0

Kikare lineer by lineer ilişki testi $\chi^2=6,718$

df=1

p=0,010

İntihar girişiminde bulunanlar % 47,4 oranında duygusal istismara (küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit etme, haksız yere ceza verilmesi gibi) uğramışlardır.

3.3) Duygusal İhmal:

3.3.1 Aile İçi Duygusal İhmal

İntihar girişiminde bulunanların aile içi duygusal ihmal durumları tablo 27' de gösterilmiştir.

Tablo 27: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Aile İçi Duygusal İhmal

Aile İçi Duygusal İhmal	Sayı	Yüzde
Yok	51	53,7
Var	44	46,3
Toplam	95	100,0

Kikare testi $\chi^2=0,516$ df=1 p=0,473

3.3.2 Aile Dışı Duygusal İhmal

İntihar girişiminde bulunanların aile dışı duygusal ihmal durumları tablo 28' de gösterilmiştir.

Tablo 28: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Aile Dışı Duygusal İhmal

Duygusal ihmal Aile Dışı	Sayı	Yüzde
Yok	62	65,3
Var	33	34,7
Toplam	95	100,0

Kikare testi $\chi^2=8,853$ df=1 p=0,003

İntihar girişiminde bulunanlarda % 46,3 aile içi duygusal ihmal, % 34,7 aile dışı duygusal ihmal mevcuttur. Aile içi (p=0,473) ve aile dışı (p=0,003) duygusal istismarın dağılımı istatistiksel açıdan önemlidir.

% 47,7 hem aile içi hem de aile dışı duygusal ihmal mevcuttur.

4)Tanıklık

4.1 Fiziksel Travma Tanıklığı:

İntihar girişiminde bulunanlarda son bir yılda aile veya arkadaşlarına karşı fiziksel travma tanıklığı tablo 29' da, tanımadığı birine karşı fiziksel travma tanıklığı tablo 30' da gösterilmiştir.

Tablo 29: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Aile veya Arkadaşlarına Karşı Fiziksel Travma Tanıklığı

Aile veya Arkadaşlarına Karşı Fiziksel Travma Tanıklığı	Sayı	Yüzde
Hayır	70	73,7
Evet	25	26,3
Toplam	95	100,0

Tablo 30: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Tanımadığı Birine Karşı Fiziksel Travma Tanıklığı

Tanımadığı Birine Karşı Fiziksel Travma Tanıklığı	Sayı	Yüzde
Hayır	66	69,5
Evet	29	30,5
Toplam	95	100,0

İntihar girişiminde bulunanlarda % 26,3 yakın çevresine ait, % 30,5 tanımadığı birine karşı fiziksel travma tanıklığı mevcuttur. Fiziksel

travma tanıklarının % 36' sında hem yakın çevresine ait hem de tanımadığı birine karşı fiziksel travma tanıklığı mevcuttur.

4.2 Cinsel Travma Tanıklığı

İntihar girişiminde bulunanlarda son bir yılda aile veya arkadaşlarına karşı cinsel travma tanıklığı tablo 31' de, tanımadığı birine karşı cinsel travma tanıklığı tablo 32' de gösterilmiştir.

Tablo 31: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Aile veya Arkadaşlarına Karşı Cinsel Travma Tanıklığı

Aile veya Arkadaşlarına Karşı Cinsel Travma Tanıklığı	Sayı	Yüzde
Yok	91	95,8
Var	4	4,2
Toplam	95	100,0

Tablo 32: İntihar Girişiminde Bulunanlarda Son Bir yılda Tanımadığı Birine Karşı Cinsel Travma Tanıklığı

Tanımadığı Birine Karşı Cinsel Travma Tanıklığı	Sayı	Yüzde
Yok	85	90,4
Var	9	9,6
Toplam	94	100,0

İntihar girişiminde bulunanlarda son bir yılda yakın çevresinde cinsel travmaya tanık olduğunu söyleyenler % 4,2 iken

tanımadıkları kimseye karşı cinsel travmada % 9,6' ya çıkmaktadır. % 50' sinde hem aile ve arkadaşlarına karşı hem de tanımadığı birine karşı cinsel travma tanıklığı mevcuttur.

V. TARTIŞMA

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde Acil Servise intihar girişimi nedeniyle müracaat eden 95 kişide yaşam öyküsü alınarak yapılmıştır. Kendine zarar verme davranışını derinlemesine inceleyerek anlamaya çalışmak, kendine zarar verme davranışı ile ilgili bilinen risk faktörlerinin varlığını araştırmak, kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerin hangi dürtülerle hareket ettiklerini tespit etmek ve risk faktörleri arasındaki ilişkiyi göstermek koruyucu önlemler yönünden önemlidir.

Bu çalışmada, incelenen vakaların çoğu 18-24 yaş grubundadır, bu durum literatürle uyumludur. Ancak gelişmiş ülkelerin aksine 65 yaş üstü intihar girişimi hiç görülmemiştir.⁵ Çocuk yaş gurubu intihar girişimi ise % 23,2 oranı ile yüksek bir oranda bulunmuştur.

İntihar girişimlerinin cinsiyet dağılımını incelendiğinde % 84,2' sinin kadın olduğu görülür. Literatüre göre A.B.D' de kadınlarda intihar girişimi erkeklerden 3 kat fazladır.⁵ Bu çalışmada kadınlarda 5,3 kat fazla görüldüğü saptanmıştır. Işıl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 15 yaş üstünde intihar girişim hızı erkeklerde 100 000' de 31,9 dir ve kadınlarda 85,6' dır. Bu çalışmaya göre intihar girişimi kadınlarda 2,68 kat daha fazladır.²² Bizim çalışmamızda ise daha yüksek bir oran bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastahanesi' nde Acil Servisine intihar girişimi nedeniyle müracaat eden kişilerin % 62,7' si ilköğretim ve altı düzeyinde eğitim görmüştür.

Yaş ve ırksal durumu göz ardı edilirse evlilerde intihar hızı düşüktür.⁵ Çalışma grubumuzda ise intihar girişiminde bulunanların % 51,6' sı bekârdır. Eşsiz yaşayanlar (eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı olanlar bekârlara eklenirse) intihar girişiminde bulunanların % 63,2' sidir.

Bu araştırmada intihar girişiminde bulunanların çoğu işçi, ev hanımı veya öğrencidir. %1,1 oranında hemşirelerde intihar girişimi görülmüştür, literatüre göre hemşirelerde 1,58 kat artmış risk mevcuttur.^{5,7}

İntihar hızları şehirlerin düşük sosyoekonomik yerlerinde daha fazladır. Kişisel düzeyde ise kişilerin kazanç algıları intiharı etkilemektedir.⁷ Çalışmamızda sosyoekonomik durum kişinin kendi verdiği yanıtı göre üç grupta değerlendirildi. İntihar girişiminde bulunanların % 15,8' i kendini fakir olarak değerlendirmektedir.

İntihar girişimlerinin daha sonraki intihar riskini arttırdığı,

intihar girişiminde bulunanların % 6-10' unun uzun süreli takipte- 5 yıl ve üzeri- intihar sonucu öldüğü ve daha önceki intihar girişimi olanların herhangi bir psikiyatrik hastalıktan daha fazla risk taşıdığı bildirilmektedir. İntihar girişiminde bulunanlar genel topluma kıyasla 38 kat fazla intihar riski altındadır.⁷ Çalışma grubumuzda intihar girişiminde bulunanların % 18,9' u daha önce intihar girişiminde bulunmuşlardır. Vakıf Gureba hastanesi Acil Servisi' ne başvuran hastalarda risk etmenleri incelenmiş aynı rakam % 36,5 olarak bulunmuştur.²³

Çalışma grubumuzda intihar girişimleri % 82,1 kendi evinde, en çok öğleden sonra saat 20.00' a kadar yapılmıştır. Diğer literatür sonuçları da benzerdir.^{49,50}

Çalışma gurubumuzda en çok opioid olmayan analjezik, antipiretik ve antiromatizmallere maruziyet (% 50,5) ile intihar girişiminde bulunulmuştur. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Polikliniğine intihar amaçlı zehirlenme nedeniyle başvuranların incelenmesinde bu rakam % 25 bulunmuş.²⁵ Cinsiyete göre olayın meydana geliş biçiminin dağılımı istatistiksel açıdan önemli değildir.

Aile içi uyuşmazlık intihar hızını artırdığı, tek ebeveynli ailelerle oturanlar veya ebeveyn-çocuk uyuşmazlığı olan ailelerde tamamlanmış intihar sayılarının kontrollerden fazla olduğu, ebeveyn ve

aile bağıllılığının ise intihardan koruyucu olduğu bildirilmektedir.^{7,32} Çalışma grubumuzda intihar girişiminde bulunanların % 15,8' inde 18 yaş altında anne-baba ayrılığı, % 6,4' ünde ise 18 yaş altı ebeveyn ölümü mevcuttur. Tek ebeveynli büyüyenler ise intihar girişiminde bulunanların % 22,2' sidir. Bulgularımızın literatür bilgileri ile uyumlu olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca sosyoekonomik güçlük de tek ebeveynli ailelerde fazladır.

Çalışma grubumuzda % 13,7 son bir yılda ailede ölüm öyküsü, sevilen birinin kaybı öyküsü vardır.

İntihar girişiminde bulunanlarda % 38,9 medeni durum değişikliği veya sevgili kaybı vardır. İntihar girişiminde bulunan evlilerin % 18,2' sinde sevgili kaybı mevcuttur. Ayrıca kan alkol düzeyinin sıfır çıkmadığı intihar girişimlerinde büyük olasılıkla bir ilişki kaybı olabileceği_ olasılığı vardır.⁵

İntihar girişiminde bulunanlarda % 38,9 son bir yılda ekonomik durumda kötüleşme öyküsü vardır.

Çalışma grubumuzda intihar girişiminde bulunanların % 3,2' si yalnız yaşamaktadır. Yalnız yaşamak da literatürde bir risk faktörü olarak belirtilmiştir.⁵¹

Çalışma grubumuzda intihar girişimi nedeniyle müracaat edenlerin % 89,5' u Ankara ve ilçelerinde oturmaktalar. Diğer ülkelerde de kırsal kesimde intihar girişimi benzer şekilde yaygındır. Çalışmamızda ayrıca % 10,5 oranda şehirlerarası müracaat saptanmıştır. İncelenenlerin % 82,1' inin son bir yılda ikametgahı değişmemiştir. Geri kalan yüzde için ise % 9,5 il içi, % 8,4 il dışı göç söz konusuydu . Sosyal parçalanma belirteçleri bekâr kişi ve ayrılmış kimse sayısının fazlalığı ve o bölgedeki yüksek toplum hareketliliğidir ki bu durumda intihar hızının arttığı, ayrıca göç durumunda geride kalanlar için artmış riskin söz konusu olabileceği belirtilmiştir.^{7,32}

Dindar kişilerde depresyon hızının daha düşük olduğu, Hoge intrinsik dindarlık skalasında da her 10 puanlık artışın depresyonda remisyon hızını % 70 artırdığı belirtilmiştir.⁷ Çalışma grubumuzda intihar girişiminde bulunanlar % 98,9 dini inanışlarını İslam olarak nitelendirmekteler. Ancak incelenenlerin ne kadar dindar oldukları bilinmediğinden yorum yapma imkanı olmamıştır.

İntihar girişimi obezite, hipertansiyon, koroner arter hastalığı gibi genetik geçişlidir. Genetik yükün iki kaynağı mevcuttur: mental hastalık ve impulsif agresyon. İntihar davranışının genetik geçişi % 30-50' dir.^{6,7} Çalışma grubumuzun % 8,4 birinci derece akrabalarında (anne, baba ve kardeş) ailede intihar girişimi öyküsü mevcuttur. Mental hastalık

veya ailede madde bağımlılığı öyküsü ise çok daha sık bulunmuştur, İncelenenlerin % 20 'sinde birinci derece akrabalarda olmak üzere % 22,1'sinde ailesel öykü mevcuttur. % 4,3 iki aile üyesinde birden mental hastalık mevcuttur.

A.B.D' de tüm intiharların % 25' i alkol bağımlılığı hastalığı olanlarda olmaktadır ve bu kişilerin intihar riski sağlıklı topluma kıyasla 115 kat fazladır. Uyuşturucu kullananlarda ise intihar riski 4 kat fazladır. Yüksek miktarda sigara içmenin de diğer faktörlerden bağımsız olarak intihar riskini artırdığı belirlenmiştir. Sonuçta nikotin bağımlılığı da bir bağımlılık çeşididir.^{7,40,41,42} Çalışma grubumuzda intihar girişiminde bulunanların % 4,2' sinin her gün alkol kullandığı, % 1,1' inde uyuşturucu madde bağımlılığı olduğu, % 11,6' sının 10 yıl ve üstünde sigara içtiği öğrenilmiştir.

İntihar girişiminde bulunanların % 3,2 (n=94) eş, arkadaş veya sevgilisi tarafından cinsel istismar öykülerinin olduğu, % 7,4'nün ise tanımadıkları kimselerin cinsel istismarına uğradıkları öğrenilmiştir.

İntihar girişiminde bulunanlarda % 4,4 çocukluk cinsel istismarı öyküsü mevcuttur. En küçük cinsel istismar yaşı 3' e kadar inmektedir, cinsel istismarı uygulayan genellikle komşudur (% 3,2). Aile içi cinsel istismar bildiren olmamıştır.

İntihar girişiminde bulunanlarda % 24,2 son bir yılda fiziksel şiddete uğrama öyküsü mevcut. Sadece % 2,1' ininki tanımadığı kişilerce yapılan fiziksel şiddet, çoğunluğu aile üyelerince veya birden fazla aile üyesince yapılmıştır. Sosyodemografik özellikler ve alkol kullanımı kontrol edildikten sonra fiziksel istismara uğrayan kişilerde 2,7 kat, ağır yaralananlarda 3,4 kat, ilişkisi olduğu veya samimi partneri tarafından istismar edilenlerde 7,7 kat daha fazla intihar davranış ve düşüncesi görülmüştür.⁵

İntihar girişiminde bulunanlar % 47,4 oranında duygusal istismara uğramışlardır.

Acil polikliniğe müracaat eden intihar girişimi vakalarında % 47,7 hem aile içi hem de aile dışı duygusal ihmal öyküsü mevcuttur.

İntihar girişiminde bulunanlarda % 26,3 yakın çevresine ait, % 30,5 tanımadığı birine karşı fiziksel travma tanıklığı mevcuttur. Bu kişilerin şiddete yönelik bir çevrede yaşadıklarını gösterir bulguların varlığından söz edilebilir. Ev içi şiddete şahitlik de çocukluk travması olarak ele alınabilir ve intihar riskini artırıcı bir faktör olabilir.⁵

İntihar girişiminde bulunanlarda son bir yılda yakın

evresinde cinsel travmaya tanık olduğunu söyleyenler % 4,2 iken, tanımadıkları kimseye karşı cinsel travmada % 9,6' ya çıkmaktadır. Bu durum sokaktaki tacizin azınsanamayacak boyutta olduğunu göstermektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

İntihara bakış açısı kültürden kültüre toplumdan topluma farklılık gösterir. Kültürel değerler ve sosyal yapı intihar risk faktörlerinin veya önleyicilerinin tipini ve derecesini , tedaviye ulaşımı ve tedavi metodlarını tayin eder.

Aile bağlılığı ve ailenin desteği intihara karşı bir koruyucu görev yaptığı, ebeveynliğin özellikle kadınlar için intihardan koruyucu olduğu belirtilmektedir.^{5,7} Boşanma veya hiç evlenmeme durumunun özellikle erkek için intihar ihtimalini artırdığı, sosyal destek ve dini görüşlerin intihardan koruyucu olduğu konusunda görüşler ileri sürülmüştür.^{5,7}

İşsizlik ve düşük sosyoekonomik durum intihar girişimlerini artıran bir faktör olduğu, büyük sosyal ve ekonomik değişikliklerin de intihar hızında farklılaşmaya neden olduğu belirtilmiştir.

Kişiler sosyal desteğe sahipse çevredeki insanlar dikkat ve ilgiyle girişimi önleyebilir^{50,51}

Araştırmamız incelediğimiz , **biyolojik faktörler** [birinci derece akrabalarında % 8,4' ünde intihar girişimi öyküsü, % 20' sinde mental hastalık öyküsü mevcuttu], **sosyal ve kültürel faktörler** [(demografik faktörler olan yaş (% 85,3' ü 35 yaşından gençti); **cinsiyet** (intihar girişimi erkeklere kıyasla kadınlarda 5,3 kat fazlaydı); **evlilik durumu** (eşsiz yaşama oranı % 63,3' dü); **aile uyumsuzluğu ve bağlılığı** (% 15,8' inde 18 yaş altında anne-baba ayrılığı, % 6,4' ünde 18 yaş altı ebeveyn ölümü mevcuttu); **meslek** (intihar girişiminde bulunanların çoğu işçi, ev hanımı veya öğrencidir); **işsizlik** (% 8,4 görülmüştür); **sosyoekonomik durum** (%15,8' i kendi değerlendirmesine göre fakirdir, % 38,9' unun son bir yılda ekonomik durumunda kötüleşme öyküsü vardı)]; **psikiyatrik ve psikolojik faktörler** [alkol bağımlılığı (% 4,2), madde kullanımı (%1,1) ve sigara kulanımı (%44,2); geçmiş intihar girişimleri (%18,9' u daha önce intihar girişiminde bulunmuştur)]; **cinsel istismar** (çocukluk cinsel istismarı % 4,4; erişkinlik cinsel istismarı % 3,2 eş, arkadaş, sevgili , % 7,4 tanımadıkları kimsenin istismarı), **fiziksel şiddet** (% 24,2), **duygusal istismar** (% 47,4), **duygusal ihmal** (% 47,7' sinde hem aile içi hem de aile dışı), **fiziksel travma tanıklığı** (% 26,3 yakın çevresine ait, % 30,5 tanımadığı birine karşı), **cinsel travma tanıklığı** (% 4,2 yakın çevresine % 9,6 tanımadıkları kimseye karşı)] nedeniyle ailesinde intihar veya mental hastalık olanların yakından izlenmesi; genç yaş grubunun özellikle kadınların, eşsiz yaşayanların, 18 yaş altında ebeveyn ölümü veya anne-baba ayrılığı olanların, ekonomik

durumunda kötüleşme olanların, daha önce intihar girişiminde bulunanların rutin biçimde psikolojik durumlarının saptanması; alkol, madde ve sigara bağımlılığının önlenmesi, cinsel istismarın, fiziksel şiddetin önlenmesi, duygusal istismar ve ihmal konusunda ailelerin ve toplumun bilgilendirilmesi ve toplumsal önlemlerin alınması ile intihar girişimlerinin sınırlı da olsa belli bir miktarda önlenebileceğine işaret etmektedir.

İntihar risk faktörlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için genetik, psikososyal, sosyopolitik ve sosyoekonomik multidisipliner çalışmalar yapılması ile intihar girişimlerinin azaltılmasında olumlu katkılar sağlanabilir.

Ülkemiz için intihar istatistikleri diğer ülkelere göre daha az olsa da intihar girişiminde bulunanlara yeterli psikolojik ve sosyal destek sağlanması ve tedavileri riskli hastaların daha yakında izlenmesi sağlık ve sosyal hizmet planlamasında öncelikli konular içerisine alınabilir.

Genç yaş grubu intihar girişimleri üzerinde ayrıca önemle durulmalıdır. Birinci basamak hekimlerinin intihar risk faktörlerini bilmesi ve bu faktörlerin sorgulamaları konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.^{52,53}

Acil servislerdeki intihar girişimlerinin izlenmesi ve tedavisi için protokoller geliştirilmelidir. Psikiyatri kliniğinden taburcu edilen hastalarında takibi ve tedavileri sağlanmalıdır.

Okullarda genç yaş grubunun akıl sağlığı problemlerinden haberdar olmaları sağlanmalı, kendileri veya arkadaşları için nasıl yardım alacakları öğretilmeli; eğitim, sosyal ve problem çözme yetenekleri geliştirilmelidir.

İntihar girişim metodlarının kısıtlanması gereklidir. Ateşli silahlara ve toksik veya öldürücü ilaçlara erişim önlenmelidir. Hapishane, göz altı odaları ve psikiyatrik gözlem odalarına intiharı önlemek için kameralar yerleştirilmesi önerilmektedir. ^{19,54}

Medya' nında intihar olaylarını verirken zincir veya taklid intiharlara neden olmamak için özen göstermesi; intihar girişim nedenini fazla basitleştirerek heyecanlı şekilde vermemesi, girişim yapanı övmemesi, intihar girişimini şahsi kazanç getiren bir araç olarak göstermemesi, intihar metodlarından söz etmemesi, telefon danışma (intihar girişim düşüncesi yardım no) numaraları vermesi ve tekrar tekrar gösteriminin önlenmesi girişimlerin azaltılmasına olumlu katkılar sağlayabilir. ⁵⁵

Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi

ÖZET

Bu çalışmanın amacı intihar ile ilişkili risk faktörlerini ve bu faktörler arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Sağlık Bakanlığı Ankara Yıldırım Beyazıt Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde 05.01.2006-16.06.2006 tarihleri arasında intihar girişimi nedeniyle yatan hastalarda, yüz yüze görüşme metodu kullanılarak yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma süresi içerisinde 95 İntihar girişimi vakası ile görüşüldü. Bunların, % 85,3' ü 35 yaşından gençti ve intihar girişimi erkeklere kıyasla kadınlarda 5,3 kat fazlaydı. % 51,6' sı bekardı, eşsiz yaşama oranı ise % 63,3' dü. % 15,8' i kendini fakir olarak değerlendirmekteydi. Vakaların % 18,9' u daha önce intihar girişiminde bulunmuştu. % 6,4' ünde 18 yaş altı ebeveyn ölümü, % 13,7 son bir yılda ailede ölüm öyküsü vardı. %15,8' inde 18 yaş altında anne-baba ayrılığı mevcuttu. % 38,9 medeni durum değişikliği veya sevgili kaybı mevcuttu. % 38,9 son bir yılda ekonomik durumunda kötüleşme öyküsü vardı. % 98,9'u dini inanışlarını İslam olarak nitelendirdiler. İncelenenlerin birinci derece akrabalarında % 8,4 intihar girişimi öyküsü, % 20 mental hastalık öyküsü mevcuttu. % 4,2' si her gün alkol kullanmaktaydı, % 1,1' inde ise uyuşturucu madde bağımlılığı mevcuttu. % 44,2' si sigara içiyordu. % 4,4 çocukluk cinsel istismarı mevcuttu. Erişkinlik cinsel istismarı (% 3,2 eş, arkadaş, sevgili, % 7,4 tanımadıkları kimsenin istismarı), fiziksel şiddet (% 24,2), duygusal istismar (% 47,4), duygusal ihmal (% 47,7' sinde hem aile içi hem de aile dışı), fiziksel travma tanıklığı (% 26,3 yakın çevresine ait, %30,5 tanımadığı birine karşı), cinsel travma tanıklığı (% 4,2 yakın çevresine % 9,6 tanımadıkları kimseye karşı) görülmekteydi.

Biyolojik, psikolojik ve kültürel faktörler kişide intihar riski üzerine belirgin etkide bulunurlar. İntihar girişimleri, ciddi akıl hastalığı, alkol ve ilaç bağımlılığı, çocukluk istismarı, sevilen birinin kaybı, işsizlik, ekonomik güvence kaybı ve diğer kültürel ve sosyal etkiler altında oluşabilmektedir. Diğer taraftan zorluklarla başa çıkma gücü ve eğitim yetenekleri intihar riskini azaltabilir. Yakın ilişkileri içeren sosyal destek koruyucu bir faktördür. Diğer taraftan zorluklarla başa çıkma gücü ve eğitim yetenekleri intihar riskini azaltabilir. Yakın ilişkileri içeren sosyal destek koruyucu bir faktör olabilir.

A research on suicide attempts in the emergency department of a public hospital in Ankara province

SUMMARY

The aim of this study was to determine the risk factors associated with suicide and relationship within these factors. It has been performed a descriptive research on 95 suicide attempts with face to face interview method in the emergency department of Ministry of Health Ankara Yıldırım Beyazıt Dışkapı Research and Education Hospital at 05.01.2006-16.06.2006.

It has been interviewed with 95 cases of suicide attempts during research period. 85,3% cases of suicide attempts were at age 30 or under. The suicide attempt risk of the women was 5,3 times higher than the men. 51,6% of cases were single, 63,3% were living without a partner. The 15,8% of the cases evaluated themselves as “poor”.18,9% cases had committed at least one previous suicide attempt. There have been death of one of parents on 6,4% cases under 18 years old. There was a history of death in the family of 13,7% cases last one year. The parents of 15,8% cases had been separated from one another under 18 years old. Marital status of 38,9 % cases had changed or they were left by their intimate partners. Socioeconomic condition of 38,9% cases had been decreased within last one year. Religious belief of 98,9% cases had been Islam by their opinion. There was 8,4 % history of suicide attempts , 20 % family history of mental illness within first degree relatives of cases. 4,2 % cases had drunk alcohol every day. Other substance dependence had been present within 1,1 % cases. 44,2 % cases had used cigarettes. 4,4% cases had experienced childhood sexual abuse by adults. There were adult sexual abuse (3,2 % by partners, friends or intimate partner, 7,4 % by strangers), physical violence (24,2 %), emotional abuse (47,4%), psychological neglect (47,7% both within family and outdoor environment), witness to physical trauma (% 26,3 against to relatives, % 30,5 against to strangers), witness to sexual abuse (% 4,2 against to relatives, % 9,6 against to strangers).

Biological, psychological, and cultural factors all have a significant impact on the risk of suicide in any individual. Risk factors associated with suicide include serious mental illness, alcohol and drug abuse, childhood abuse, loss of a loved one, joblessness and loss of economic security, and other cultural and societal influences. Resiliency and coping skills, on the other hand, can reduce the risk of suicide. Social support, including close relationships, is a protective factor.

KAYNAKLAR

1. KRUG E.G, DAHLBERG L.L, MERCY J.A, ZWÍ A.B,
LOZANO R., World Report on Violence and Health Chapter 7, World
Health Organization Geneva 2002
2. T.C.BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ, İntihar
İstatistikleri, 2005
3. SAYIL I. PROF.DR. ,ÖZGÜVEN.H.UZM.DR., Türkiye’de intihar
girişimlerinin Epidemiyolojisi, *1. Ulusal Kadın Psikiyatri Kongresi* ,
İstanbul 5-9 Mart 2005
4. Suicide huge but preventable public health problem, says WHO,
World Suicide Prevention Day - 10 September 2004
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
5. JACOBS D.G, M.D. ve arkd. Practice Guideline for the
Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors, American
Psychiatric Association , 2003
6. TONDO, L. MD, BALDESSARİNİ, R.J MD Suicide: Causes and
Clinical Management ,2003 <http://www.medscape.com/viewarticle/413195>
7. GOLDSMİTH SK., PELLMAR TC,KLEİNMAN AM, BUNNEY WE,
Reducing Suicide A National imperative, The National Academies Press
,2003 ISBN 0-309-08321-4
8. TANSKANEN A., M.D., VARTIÄINEN E., M.D., TUOMILEHTO J.,
M.D., VIINAMÄKİ H., M.D., LEHTONEN J., M.D., PUSKA P., M.D., High

Serum Cholesterol and Risk of Suicide, *Am J Psychiatry* 2000; 157:648–650

9. NĪJENHUIS E.R.S, HART O.V, KRUGER K., Assessment The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings Among Psychiatric Outpatients, *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002; 9: 200–210

10. ZOROĞLU S.S, TŪZŪN Ū., ŐAR V., ŐZTŪRK M., KORA M.E, ALYANAK B., ocukluk dœnemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):69-78

11. NĪHAL BOSTANCI VE ARK., Ūniversite Őğrencilerinde ocukluk ağı Travmalarının Depresif Belirtileri Ūzerine Etkisi, *Yeni Symposium Journal* 2006; 44(4): 189-195

12. NEELEMAN J., WESSELY S., WADSWORTH M., Predictors of suicide, accidental death, and premature natural death in a general-population birth cohort, *The lancet* 1998; 351: 93-97

13. ŐZSAN H.,ODABAŐIOĞLU G.,DOĞANGŪN B.,KAYAALP M.L, ocukta İntihar Giriřimleri: Olgu Őrnekleriyle Gœzden Geirme, *Tœrkiye’de Psikiyatri* 2005; 7(2):73-80

14. TANER Y., BAHAR GŐKLER B., ocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yœnleri, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004; 35:82-86

15. CARDOZA E.V., Partner Violence during Pregnancy Psychosocial Factors and Child Outcomes in Nicaragua, *Umeå University*

Medical Dissertations New Series No. 976 Umeå 2005 ISBN 91-7305-916-1

16. ARSENAULT-LAPIERRE G., CAROLINE KİM C., TURECKİ G.,
Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis, *BMC Psychiatry*
2004; 4(37):1-11

17. DEVECİ A. ve ark., Manisa İli Kent Merkezinde İntihar
Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3):170-
178

18. DOKSAT M.K, İntiharlar, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli
Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller
Sempozyumu*; s. 169-172, İstanbul, 2-3 Aralık 1999

19. RIDGWAY S., Suicide Prevention Awareness Month Media
Information, Tennessee Suicide Prevention Network, 2004

20. WASSERMAN D., NARBONİ V., Guidelines For Suicide
Prevention In Schools, WHO Collaborating Centre on Suicide Research
and Prevention of Mental Ill-health Institute of Psychosocial Medicine,
Stockholm, 2003 ISBN: 91-973751-2-8

21. VİJAYAKUMAR L., NAGARAJ K., Suicide and Suicide
Prevention in Developing Countries, *Disease Control Priorities Project*,
June 2004

22. KAUPPILA R., Sudden And Unexpected Natural And Violent Deaths In Females In Comparison To Deaths In Males, Helsinki, 2003, ISBN 952-91-6698-2

23. SAYIL I., DEVRİMCİ-OZGUVEN H. Suicide and Suicide Attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour *Crisis* 2002; 23:11-16

24. SAYAR K., ACAR B., Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9: 208-212

25. KAYGUSUZ K., GÜRSOY S., KILIÇCIOĞLU F., ÖZDEMİRKOL İ., MİMAROĞLU C., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde 1998-2004 Yılları Arasında Akut İlaç Zehirlenmesi Tanısı İle Takip Edilen Olguların Geriye Dönük Analizi, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26 (4):161 – 165

26. GÜNDÜZ A., KESEN J., TOPBAS M., NARCI H., YANDI M., İntihar Amaçlı Zehirlenme Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastaların Analizi *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004; 3 (10) : 234-242

27. BAĞLI M., SEV'ER A., Female and Male Suicides in Batman, Turkey: Poverty, Social Change, Patriarchal Oppression and Gender Links, *Women's Health and Urban Life: An International and Interdisciplinary Journal* 2003; 2(1):60-84

28. KARDAM F., Namus Gerekeesiyle Öldürölme Ya Da Kendi Canına Kıyma: Kadın Cinselliği Üzerinde Baskıların Benzer Koşullarda Farklı Sonuqları mı? , 2007

http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=278

3

29. ALTINDAĞ A., ÖZDEMİR B., YANIK M., Şanlıurfa'da ateşli silahla intiharlar, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:240-244

30. GİBB S., BEAUTRAİS A., Epidemiology of attempted suicide in Canterbury Province, New Zealand (1993–2002), *The New Zealand Medical Journal* 2004; Vol 117 No 1205: 1-9

31. MOS'ÇİCKİ E.K, Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention, *Clinical Neuroscience Research* 2001; 1: 310–323

32. WEİTOFT G.R, Lone Parenting, Socioeconomic Conditions And Severe Ill-Health Umeå University Medical Disertations New Series No. 828, 2003 ISBN 91-7305-395-3

33. DORLİNG D., GUNNELL D., Suicide: the spatial and social components of despair in Britain 1980–2000, *Trans Inst Br Geogr* 2003; 28: 442–460

34. KIEMO K., Towards A Socio-Economic and Demographic Theory of Elderly Suicide, Uppsala 2004, ISBN 91-506-1747-8

35. JOVANOVIĆ J., JOVANOVIĆ M., ARANĐELOVIĆ M., ARIZANOVIĆ A., KOCIĆ B., BAŠIĆ S., Epidemiology Of Suicides Among Workers Exposed Occupationally To Electromagnetic Fields, Organic Solvents And Pesticides, *Facta Universitatis Series: Medicine and Biology*, 2004; Vol.11, No 2, 96 – 101
36. SAYAR K., İntihar ve İnanç Sistemleri *Yeni Symposium* 2002; 40 (3): 100-104
37. YILMAZÇETİN C.E., TANER S., ÖGEL K., İstanbul Örnekleminde Ergenlerde Riskli Davranışların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Etkenlerle İlişkisi, 2001, <http://www.alopsikolog.net/pdf/p28.pdf>
38. A COŞKUN, H ÖZCEBE, Türkiye'de 15-24 Yaş Grubu İntiharlar (1974-2001), IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri, 2005
39. AKTEPE E., KANDİL S., TOPBAŞ M., Çocuk Ve Ergenlerde İntihar Davranışı, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005; 4(2): 88-97
40. MARUSIĆ A., FARMER A., Genetic Risk Faktors as possible causes of variation in European suicide rates, *British Journal of Psychiatry* 2001;179: 194-196
41. SELECT COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE IN THE COMMUNITY, Life Living is for everyone A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia, 24 May 2002, ISBN 0 642 44692 X

42. LEİSTİKOW B.N, SHİPLEY M.J, Might Stopping Smoking Reduce Injury Death Risks? A Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials, *Preventive Medicine* 1999; 28: 255–259

43. KORKEİLA, JYRKİ JA, Measuring Aspects of Mental Health, 2000, ISBN 951-33-1041-8

44. YILDIZ M., Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir Neden Nasıl Şizofreni, Candansayar S (Editör). Ankara, Peday; 2002, 237-268

45. ÖGEL K., AKSOY A., Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın no:18, İstanbul 2006

46. THE REPORT OF THE GOVERNOR'S SUİCİDE PREVENTİON ADVİSORY COMMISSİON, State of Colorado Suicide Prevention and Intervention Plan, November 1998

47. SOREFF S., Suicide, September 2006

<http://www.emedicine.com/med/topic3004.htm>

48. SEZER M.T, Psikiyatrik Sorunlar, 2004,

http://www.tsn.org.tr/egcalhek/psikiyatrik_sorunlar.pdf

49. GUNNELL D.,BENNEWİTH O., HAWTON K., SİMKİN S., KAPUR N., The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review, *International Journal of Epidemiology* 2005;34:433–442

50. CONSUMER SAFETY INSTITUTE AMSTERDAM, THE NETHERLANDS, AIHW NATIONAL INJURY SURVEILLANCE UNIT FLINDERS UNIVERSITY, ADELAIDE, AUSTRALIA, International Classification of External Causes of Injuries (ICECI), July 2004 ISBN 1 74024 374 9

51. WHITLEY E., GUNNELL D., DORLING D., SMITH G.D, Ecological Study of Social Fragmentation, poverty and suicide, *British Medical Journal* 1999; 319:1034-1037

52. CLANCY G., Emergency Psychiatry Service Handbook, 2005, <http://web.archive.org/web/20050604032218/www.vh.org/adult/provider/emergencymedicine/Psychiatry/TOC.html>

53. INSTITUTE OF MEDICINE, Suicide Prevention and Intervention: Summary of a Workshop (2001), The Role of the Primary Care Physician in Preventing Suicide, 2001 http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10226&page=15

54. BEAUTRAIS A., A Review of Evidence: In Our Hands-The New Zealand Youth Suicide Prevention Strategy, March 1998 ISBN 0-478-09132-x

55. SIMM L., ALLARDICE G., Connections Suicide Prevention In The Loddon Mallee Region, April 1999 [http://nps718.dhs.vic.gov.au/dhsregions/regional/rwpattach.nsf/PublicbySrc/connections.pdf/\\$file/connections.pdf](http://nps718.dhs.vic.gov.au/dhsregions/regional/rwpattach.nsf/PublicbySrc/connections.pdf/$file/connections.pdf)

Ek 1: Anket Formu

***İNTİHAR VEYA KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI
ARAŞTIRMASI ANKET FORMU***

-Ad ve Soyad:

Tarih:

-Yaş:

-Cinsiyet : 1. Erkek 2. Kadın 3. Biseksüel 4. Homoseksüel

-Eğitim durumu:

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Orta 5. Lise 6. Lise sonrası 2 yıl
7. Lise sonrası 4 yıl 8. Lise sonrası 5 yıl ve üzeri

-Medeni durum:

1. Evli 2. Bekar 3. Eşi ölmüş 4. Boşanmış 5. Eşinden ayrı yaşıyor
6. Diğer- açıklayınız

-Annesi ve babası boşanmış veya ayrı yaşıyor mu hayatta mı?

1. Evet- Kaç yıl önce 2. Hayır

-Mesleği:.....

-İşi (son bir yılda): -İş değişikliği var ise daha önceki işi:.....

-Son bir yıl içindeki ikametgahı (şehir ve ilçe olarak):.....

-Bir yıl öncesinde ikametgah değişikliği varsa önceki ikametgahı (şehir ve ilçe olarak):.....

-Evde kendisi dahil kaç kişi oturuyor:.....

-Kendine zarar verme davranışının saat kaçta olduğu:.....

-Kendine zarar verme davranışının olduğu yer:

1. Okul 2. Hapishane 3. Kendi Evi
4. Komşu veya arkadaş evi 5. Ordu 6. Diğer

-Daha önce intihar veya kendine zarar verme davranışı' nda bulundu mu?

1. Evet-Sayı 2. Hayır

-Olayın meydana geliş biçimi (trafik kazası, zehirlenme, asılma v.b) ICD Kodu (X60-X84) (Y10-Y34).....

-Sigara içiyor mu?

1. Evet- Kaç yıldır? 2. Hayır

-Alkol Kullanımı

1. Kullanmıyor 2. Yılda bir iki kez 3. Yılda üç dört kez 4. Bir ay ayda bir, ertesi ay kullanmıyor
5. Ayda bir iki kez 6. Haftada bir iki kez 7. Her gün

-Uyuşturucu madde bağımlılığı varmı?

1. Var 2. Yok

-Sosyoekonomik durumu:

1. Çok İyi 2. İyi 3. Orta 4. Fakir 5. Çok fakir

-Dini açıdan kendisini nasıl tanımladığı?

1. İslam 2. Diğer din inanışları-belirtiniz 3. Hiçbir dine inanmayan

-Ailesinde intihar veya kendine zarar verme davranışı gösteren

1. Var- Yakınlık Dereceleri nedir? 2. Yok

-Ailesinde mental hastalık veya madde bağımlılığı (alkol v.b.) mevcut mu?

1. Evet- Yakınlık Dereceleri? 2. Hayır

- Son bir yıl içinde aile bireylerinden birinin ölümü mevcut mu?

1. Evet- Yakınlık derecesi? 2. Hayır

-Son bir yıl içinde maddi durum değişikliği varmı? (para kaybı, iflas v.b)

1. Var 2. Yok

-Hayatının herhangi bir döneminde ana-baba veya kardeşler tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme)

1. Var 2. Yok

-Hayatının herhangi bir döneminde aile dışındaki kişiler (komsular, arkadaşlar, öğretmenler) tarafından duygusal ihmale uğrama (örneğin yalnız bırakılma, yetersiz sevgi görme) 1. Var 2. Yok

-Son bir yıl içinde medeni durum değişikliği veya sevgili kaybı mevcut mu?

1. Var

2. Yok

-Son bir yıl içinde fiziksel şiddete (dayak v.b) maruz kaldı mı?

1. Evet – yakınlık derecesini belirtiniz (eş, sevgili, ana, baba, arkadaş, hiç tanımadığı biri)

2. Hayır

-Son bir yıl içinde eşi, arkadaşı veya sevgilisi tarafından cinsel istismar- istenilmeyen cinsel davranış- veya şiddete maruz kaldı mı?

1. Evet

2. Hayır

-Son bir yıl içinde tanımadığı birinin cinsel içerikli istismarına-bedensel temas veya dokunmanın olduğu istenilmeyen cinsel davranışlar- veya şiddetine maruz kaldı mı?

1. Evet

2. Hayır

-Çocukken (0-18 yaş) cinsel içerikli istismara-bedensel temas veya dokunmanın olduğu istenilmeyen cinsel davranışlar- uğradı mı?

1. Evet – Kaç yaşında? Kim tarafından? (anne, baba, üvey anne, üvey baba, kardeşler, arkadaş, öğretmen, tanımadığı bir kişi, diğer)

2. Hayır

-Son bir yıl içinde aile bireylerinden veya arkadaşlarından birinin fiziksel içerikli travmasına tanık oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

-Son bir yıl içinde aile bireylerinden veya arkadaşlarından birinin cinsel içerikli travmasına tanık oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

-Son bir yıl içinde tanımadığı birinin fiziksel travmasına tanık oldu mu?

1. Evet

2. Hayır

-Son bir yıl içinde tanımadığı birinin cinsel içerikli travmasına tanık oldu mu?

1. Evet

2. Hayır

-Son bir yıl içinde duygusal tacize uğramış mı? (küçük düşürülme, alay edilme, aşağılayıcı isim takılması, sözle tehdit etme, haksız yere ceza verilmesi gibi)

1. Evet

2. Hayır

Ek 2:**ICD-10 KODLARI**

A16 Solunum Yolları Tüberkülozu, bakteriyolojik ve histolojik olarak kanıtlanmamış

F10 Zihin ve Davranış Bozuklukları Alkol Kullanımına Bağlı

F20 Şizofreni

F32 Depresif Nöbet

F41 Anksiyete Bozuklukları Diğer

F44 Disosiyatif (Konversiyon) Bozukluklar

F51 Organik Olmayan Uyku Bozuklukları

F90 Hiperkinetik Bozukluklar

G40 Epilepsi

G43 Migren

I00 Eklem Romatizması, kalp tutulumu olmaksızın

I39 Endokardit ve kalp kapak bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda

J32 Kronik Sinüzit

J45 Astım

L29 Pruritus (Kaşıntı)

L65 Skar Yapmayan Saç Kaybı, diğer

L70 Akne

M54 Dorsalji

N20 Böbrek ve Üreter Taşı

R42 Baş Dönmesi (Vertigo)

R45 Emosyonel Duruma Ait Semptom ve Belirtiler

X60 Opioid olmayan analjezik, antipiretikler ve antiromatizmallere maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme

X61 Antiepileptik, sedatif-hipnotik, antiparkinson ve psikotrop ilaçlara maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme, başka yerde sınıflanmamış

X63 Otonom sinir sisteminde etkili diğer ilaçlara maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme

X64 Uyuşturucu, ilaç ve biyolojik diğer ve tanımlanmamış maddelere maruz kalma ve kendine zarar verme

X65 Alkole maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme

X67 Gazlar ve buharlara maruz kalma ve kendine zarar verme

X68 Pestisitlere maruz kalma ve kendine zarar verme

X69 Kimyasallar ve zararlı maddelere diğer ve tanımlanmamış maruz kalma ve kendine zarar verme

X70 Asılma ve boğulma vasıtasıyla kendine zarar verme

ÖZGEÇMİŞ

Adı: Zehra

Soyadı: Kubalı

Doğum Yeri ve Tarihi: Niğde, 27.03.1962

Eğitimi: Aile Hekimliği İhtisası (Ankara Numune Hastahanesi)

1991-1995

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (1987 mezunu)

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Mediterranean Medical Society For Health Care And Medical Education

Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği

European Society for Primary Care Gastroenterology

Bilimsel Etkinlikleri: Bilimsel Çeviriler (Veremle Savaş Vakfı Yayını)

1991

Birinci Türkiye Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde sunulan 'Histerektomilerde Adenomyosis İnsidansı' konulu poster-1993

Determinants of Fertility kursu (Institute of Population Studies, University of Exeter, İngiltere 4 Ekim-10 Aralık 1993) (Sağlık Bakanlığı Bursu)

'Ankara Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kliniğinde Postpartum Aile Planlaması Durum Saptama Araştırması'-
Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi- 1995

Üçüncü Türkiye Ulusal Aile Hekimliği Kongresi' nde
sunulan 'Tip 1 Diabetes Mellitus' un insidansı ve tahmini' konulu poster-
1997

'Tip 1 Diabetes Mellitus insidansı ve tahmini' Medical
Network Klinik Bilimler ve Doktor dergisi' Cilt:4 Sayı:1 1998 ISNN:
13004743

'Çocuk Pornografisi' Sağlık Dergisi Yıl:11 Sayı: 123
2002 ISNN: 1301-4463