



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**SİVAS İLİNDE İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN
BİREYLERDE PSİKOPATOLOJİ VE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Nuryıl YILMAZ
UZMANLIK TEZİ**

**SİVAS
2010**



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**SİVAS İLİNDE İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN
BİREYLERDE PSİKOPATOLOJİ VE SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Nuryıl YILMAZ
UZMANLIK TEZİ**

**Doç. Dr. Nesim KUĞU
TEZ DANIŞMANI**

**SİVAS
2010**

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun 10.02.2010 tarih ve 2010/1-2 sayılı kararı ve Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün 19.02.2010 tarih ve 343 sayılı yazısı ile uygun görülen 'Tez Yazım Kılavuzu'na göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, bilimsel gelişmemde büyük katkısı olan, hocam Sayın Prof.Dr. Orhan DOĞAN'a teşekkür ederim.

Çalışmamda her konuda yardımcı olan, destek veren ve anlayış gösteren, uzmanlık eğitimim boyunca bana büyük katkıları olan anabilim dalımızın değerli öğretim üyelerinden danışman hocam Sayın Doç.Dr. Nesim KUĞU'ya teşekkür ederim.

Kısa süre de olsa büyük bir keyifle çalışma fırsatı bulduğum anabilim dalımızın değerli öğretim üyelerinden Sayın Yard.Doç.Dr. Önder Kavakçı'ya teşekkür ederim. Ayrıca istatistik konusundaki çok değerli katkıları için Biyoistatistik Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç.Dr. Hafize SEZER'e, değerli önerileri ve katkıları için Çocuk Psikiyatristi Sayın Uz.Dr. Ayşegül Selcen GÜLER'e, tez çalışmam sırasındaki anlayışları ve katkıları için tüm çalışma arkadaşlarıma içtenlikle teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, çalışmam sırasında bana büyük yardımı olan, bana çok destek olan eşim Doç.Dr. Mehmet BirhanYILMAZ ve bu dönemde hayatımda var olduğu için kızım Dilara YILMAZ'a çok teşekkür ederim.

Dr. Nuryıl YILMAZ

ÖZET

Sivas İlinde İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikopatoloji ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Dr.Nuryıl Yılmaz, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas, 2010

Bu çalışmanın amacı, Sivas ilinde intihar girişiminde bulunan bireylerde intihar girişimi ve sonuçları üzerinde etkili olan ruhsal bozuklukların sıklığını saptamak ve bunların sosyodemografik ve intihar girişimiyle ilgili özelliklerle ilişkisini ortaya koymaktır. Hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak önce sosyodemografik bilgi formu, daha sonra ise I. Eksen’de yer alan bozukluklar için DSM-IV’e göre yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-I) ve kişilik bozuklukları için DSM-III-R’e göre yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID-II) uygulandı. İntihar girişiminde bulunan olguların çoğunluğu kadın, 18–29 yaş grubunda, düşük eğitim düzeyinde, ev kadını ve işsiz, düşük sosyoekonomik düzeyde, anne babası düşük eğitim düzeyinde, çekirdek aile yapısında idi. Uzun süre il merkezinde yaşayanlarda ve sigara içenlerde intihar girişimi daha sıklı. İntihar girişimde en sık kullanılan yöntem fazla miktarda ilaç alımı idi. En sık bildirilen intihar nedeni aile geçimsizliği (%33) idi. Olguların %61’inde I. Eksen tanısı, %58’sinde II. Eksen tanısı saptandı. En sık saptanan I. Eksen tanısı majör depresif bozukluk, en sık saptanan II. Eksen tanısı sınır kişilik bozukluğu idi. Evli olanlarda, 30 yaş ve üstündekilerde, girişim öncesi psikososyal stres etkeni ve intihar girişimi öyküsü olanlarda duygudurum bozukluğu daha sıklı. Aile ilişkileri iyi olmayanlarda, parçalanmış aileye sahip olanlarda, alkol kullanım ve intihar girişimi öyküsü olanlarda B kümesi kişilik bozukluğu daha fazlaydı.

Depresyonu ve sınır kişilik bozukluğu olan olgular iyi değerlendirilmeli, intihar girişimi öyküsü sorgulanmalı ve tedavi edilmelidir. Bu olgularda intihar girişimi olasılığının yüksek olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Özkıyım, ruhsal bozukluk, kişilik bozukluğu, risk etkenleri

ABSTRACT

Psychopathology in Individuals Who Attempted Suicide in Province of Sivas and Association with Sociodemographic Characteristics

Nuryil Yilmaz, M.D., Department of Psychiatry, Sivas, 2010

The aim of this study was to detect the frequency of suicide attempts as well as psychological disorders for the individuals that attempt to commit suicide in the province of Sivas and clarify the relation between suicide attempts and the relevant characteristics. The socio-demographic information was collected during the clinical interview. Structured clinical interview for axis I disorders based on DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID-I) and structured clinical interview for personality disorders based on DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID-II) were administered, consecutively. Majority of the suicide attempters were women, at the 18-29 age group, people with low level of education, housewives and unemployed people of low socio-economical status whose parents also have a low education profile and people who belong to the core family structure. People who lived in the city center for a long time and had a smoking habit had more suicide attempts. The most common method of suicide attempts was drug-overdose. The most frequent reported reason for suicide was family disputes (33%). 61% of the cases were identified as having an Axis I disorder and 58% were identified as having an Axis II disorder. The most frequent Axis I diagnosis was major depressive disorder and the most frequent Axis II diagnosis was borderline personality disorder. Mood disorders were more common among married people, people at age 30 or older, people who have a history of a psycho-social stress factor before attempt and among those who have previous suicide attempts. Cluster B personality disorders were more common among people with dysfunctional family relationships, split family, alcohol abuse and previous suicide attempts.

In conclusion, in-depth assessment for cases with depressive disorder and borderline personality disorder should include inquiry about previous suicide attempts and these cases should receive appropriate treatment. It should be kept in mind that the probability of suicide attempts is high for these cases.

Keywords: suicide, mental disorder, personality disorder, risk factors

İÇİNDEKİLER

• TEŞEKKÜR.....	iii
• ÖZET.....	iv
• ABSTRACT.....	v
• İÇİNDEKİLER	vi
• SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
• TABLOLAR DİZİNİ	viii
• I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
• II. GENEL BİLGİLER	3
II.1. İntiharın Tanımı.....	3
II.2. İntiharın Tarihçesi.....	3
II.3. Epidemiyoloji	4
II.4. Risk Etkenleri	5
II.5. Etiyoloji.....	15
II.6. Tedavi	20
• III. GEREÇ VE YÖNTEM	23
• IV. BULGULAR	26
IV.1. Sosyodemografik Özellikler.....	26
IV.2. İntihar Girişimi ile İlgili Özellikler	29
IV.3. Birinci Eksen ve İkinci Eksen Tanıları.....	30
IV.4. Birinci Eksen Tanılarıyla Sosyodemografik ve İntihar Girişimiyle İlgili Özellikler Arasındaki İlişki.....	32
IV.5. İkinci Eksen Tanılarıyla Sosyodemografik ve İntihar Girişimiyle İlgili Özellikler Arasındaki İlişki.....	36
IV.6. Birinci Eksen Tanıları ile İkinci Eksen Tanıları Arasındaki İlişki.....	37
• V. TARTIŞMA	39
• VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
• KAYNAKLAR	53
• EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

DIE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DSM: Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EEG: Elektroensefalografi

5-HIAA: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit

HT: Hidroksitriptamin

IASP: International Association Suicid Prevention

KB: Kişilik Bozuklukları

MAO: Mono Amino Oksidaz

SCID: Structured Clinical Interview for DSM Disorders

SERT: Serotonin Taşıyıcı Reseptör

SKB: Sınır Kişilik Bozukluğu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TPH: Triptofan Hidroksilaz

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma grubunda sosyodemografik özellikler.

Tablo 2. İntihar girişimiyle ilgili özellikler.

Tablo 3. Birinci eksen tanılarının dağılımı.

Tablo 4. İkinci eksen tanılarının dağılımı.

Tablo 5. Sosyodemografik özellikler ile I. Eksen tanıları arasındaki ilişki.

Tablo 6. Sosyodemografik özellikler ile II. Eksen tanıları arasındaki ilişki.

Tablo 7. Birinci eksen tanıları ile ikinci eksen tanıları arasındaki ilişki.

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüme götüreceğini bilerek yapılan olumsuz bir eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir. Bu kısa tanımlamada “ölüm” eylemin dolaylı ya da dolaysız bir sonucudur, “eylem” bireyin girişimidir, ölüme götürür (1).

İntihar, stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal bireylerden ciddi ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir nüfusta görülebilmektedir. İntihar girişiminde bulunan birey gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir (2).

Madde kötüye kullanımı, depresif bozukluklar, şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklar gibi psikiyatrik etkenlerin intiharda büyük öneme sahip olduğu ve intihar girişiminde bulunmuş ya da intiharı gerçekleştirmiş tüm bireylerin yaklaşık %95'e bir ruhsal bozukluk tanısı bulunduğu bildirilmiş olup bu oranın % 80'i depresif bozukluklara, %10'u şizofreniye, %5'i ise demans ve deliryuma aittir (3). Depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık 2/3'ünde intihar düşüncesi vardır ve bu hastalarda yaşam boyu intihar olasılığı %15 civarındadır (4). Depresyondaki intihar oranının diğer psikiyatrik bozukluklardan üç dört kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (4, 5). Hızlı döngülü ve karma tip bipolar bozukluklarda da intihar riski artabilmektedir (6).

İntihar girişiminde bulunanların büyük bir çoğunluğunda çeşitli kişilik sorunları olduğu saptanmıştır (3). Kişilik bozukluğunun olması, çeşitli biçimlerde intihar davranışı üzerinde belirleyici olabilmektedir. Kişilik bozukluğunun varlığı, depresif bozukluklar ya da alkol bağımlılığı gibi ruhsal bozukluklara yatkınlık oluşturmada ayrıca ilişki ve sosyal uyum sorunlarına da neden olmaktadır. İntiharın, ruhsal veya fiziksel hastalıkla başa çıkma yetisini bozarak ve aile üyeleri, hekimler ve hastane personeli gibi kişileri çatışmaların içine çekerek, yaşamda arzulanmayan olaylara neden olduğu vurgulanmaktadır (3). Corbitt ve arkadaşları, intihar girişiminde bulunan bireylerde B kümesi (antisosyal, sınır, histriyonik, narsisistik) kişilik bozukluklarını, A (paranoid, şizoid, şizotipal) ve C kümesi (çekingen, bağımlı, obsesif kompulsif) kişilik bozukluklarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede

yüksek bulmuşlardır. Bu bozuklukların içinde de en fazla sınır kişilik bozukluğu intihar girişimi ile bağlantılı olup bu davranışın altında intikam alma, diğerlerini cezalandırma ve panikten kurtulma amacının yattığı bildirilmiştir (7).

Bugün intihar davranışının yalnız bireysel ya da toplumsal bir patolojinin ürünü olmayıp temelde biyolojik, psikolojik ve toplumsal etkenlerin bir bileşkesi sonucu oluştuğu bilinmektedir (2). İntihar girişimleri ile olumsuz aile içi etkileşimler, toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar ve göç gibi sosyoekonomik etkenler ilişkili bulunmaktadır (8-10). Ayrıca cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, ekonomik düzey gibi sosyodemografik etkenler intihar girişimini etkilemektedir (11). İntihar girişimlerinde risk etkenlerinin bilinmesinin ve duruma göre önlem alınmasının önemi büyüktür.

Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeniyle getirilen bireylerde ruhsal bozuklukların sıklığını saptamak ve bunların sosyodemografik ve intihar girişimiyle ilgili özelliklerle ilişkisini ortaya koymaktır. Böylece intihar davranışı için koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

II. GENEL BİLGİLER

II.1. İntiharın Tanımı

İntihar, Latince ‘insanın kendini öldürmesi’ anlamına gelen ‘suicidere’den İngilizceye ‘suicide’ şeklinde geçmiştir (12). Bugün ülkemizde de tıbbi terminolojide ‘suisid’ sözcüğü sık kullanılmaktadır (13).

İntihar, bireyin kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesi anlamına gelmektedir. Arapçada ‘kurban’ demek olan ‘nahr’ sözcüğünden köken almıştır. (14). Türk Dil Kurumu tarafından intihar sözcüğü yerine "özkıyım" veya "özekıyım" önerilmektedir. Basit bir anlatımla intihar bireyin bilerek ve isteyerek canına kendi eliyle kıyma olarak tanımlanmaktadır (13). Edwin Shneidman’a göre intihar, "dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir" (12). Durkheim intiharı "ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir eylemin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir" diye tanımlamıştır (15).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharı, “gerçek intihar” ve “intihar girişimleri” olarak iki grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümle sonuçlanır. İntihar girişimleri ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir (16).

II.2. İntiharın Tarihçesi

İnsanlık tarihi boyunca çeşitli toplumlarda intihar olgusuna çok farklı yaklaşımlar olmuştur. Bazı toplumlar yargılayıcı bir yaklaşımla, intihar eden kişiyi “suçlu” ve “değersiz” görerek intihar eden kişinin ölü bedenini cezalandırmış ve yakınlarını mal varlıklarından mahrum etmiş; bazı toplumlar ise, daha insancıl ve hoşgörülü bir yaklaşım göstermişlerdir (17).

İntiharın tarihi, en eski yazılı kayıtlara (örneğin, Sokrates, Seneca) ya da doğru yorumlandı ise resimli tasvirlerle kadar uzanır (18). İlk bilimsel sınıflamalardan biri Emile Durkheim tarafından yapılmıştır. İntiharı; egoistik, anomik ve alturistik tipleri içermek üzere üçe ayırmıştır. Egoistler yalnız, içe kapanık ve çevreleriyle yeterince bütünleşememiş bireyler olurken, anomik tipler başkalarına ayak uyduramayan, yaşamdaki değişimlere bağlı olarak (örneğin, iş kaybı, sevgi kaybı) ya

da süreğen olarak hep böyle olanlardır. Altruistikler, bir fedakârlık sergilerken ölmüşlerdir (Örneğin, arkadaşını kurtarmak için el bombasının üstüne kendini atan bir asker gibi). Neredeyse bütün batı dinlerince yasaklanmış olmasına rağmen intihar bugüne dek hep var olmuştur (18).

II.3. Epidemiyoloji

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biridir. Ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diyabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Özellikle genç yaşlardaki en sık ölüm nedenlerinden biridir (19). Dünyada, her gün yaklaşık bin kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir (19).

Genel toplumda intihar sıklığı yıllık 100.000'de 10–20 kadardır (2, 19). Değişik ülkelerde bu oran 100.000'de 10–40 arasında değişmektedir (3, 19). İntihar girişimi oranı ise, bunun on beş katı kadardır (19). Bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yıllık 100.000'de 12.5'tir (19). Baltık ülkelerinde 100.000'de 35'in üzerine çıkabilmekte, İrlanda ve Mısır gibi ülkelerde ise 100.000'de 10'un altına düşebilmektedir (19).

İntihar oranları bölge, cinsiyet, yaş, zaman, etnik köken ve muhtemelen ölüm kaydı uygulamalarına göre değişir (20). Bazı ülkelerde çoğu ölümler olasılıkla kayıt dışıdır (20). Ülkelerin bu beklenmedik ölümleri sınıflandırma biçimleri ya da ölüme intihar denilebilmesi için neyin gerekli olduğu farklılık göstermektedir (20). Bu beklenmedik ölümlerin sınıflandırılması başka birimler tarafından yapılmaktadır (örneğin, Finlandiya'da polisler, Çin'de hekimler, İngilterede ve Galler'de ölüm olgularını idare ve tahkikle görevli memurlar ve ABD'de ise ölüm olgularını incelemekle görevli memurlar ve tıbbi müfettişler bu işi üstlenmişlerdir) (20).

Türkiye'de intihar istatistiklerine ait veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından 1962 yılından beri derlenmekte ve düzenli olarak yayımlanmaktadır. Bu verilerin kaynağı intihar olaylarında polis ya da jandarma tarafından doldurulan “İntihar İstatistik Formları”dır (21). Türkiye'de 1974–2006 (33 yıl) yılları arasındaki tamamlanmış intihar hızlarının ortalaması erkeklerde

100.000'de 3.08, kadınlar da 100.000'de 2.03 ve tüm grupta 100.000'de 2.53'tür (22, 23).

Türkiye'de intihar hızlarında süreğen ve dikkat çekici bir artış vardır. 1974 yılında kaba intihar hızı erkeklerde 100.000'de 1.76, kadınlar da 100.000'de 1.28 ve tüm grupta 100.000'de 1.58 olmuşken; 2006 yılında aynı hızlar erkeklerde 100.000'de 5.19'a, kadınlarda 100.000'de 3.13'e ve tüm grupta 100.000'de 4.17'ye ulaşmıştır (22, 23). Türkiye'de intihar girişimleri ile ilgili en kapsamlı çalışma Ankara'da yapılmıştır. Buna göre Ankara'da intihar girişimi sıklığı 1989 yılında 100.000 1.07, 1995 yılında ise 100.000'de 1.13'tür (21).

II.4. Risk Etkenleri

1) Yaş

İntihar oranları yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır (3). En yüksek tamamlanmış intihar oranları erkekler arasında 45 yaşından sonra, kadınlar arasında ise 55 yaşından sonra görülür (3). Yaşlılar gençlerden daha az intihar girişiminde bulunurlar fakat girişimlerinde daha başarılıdırlar (3). Günümüzde intiharların çoğu 15–44 yaşları arasında görülmektedir (3).

Gençlerde intihar girişimleri tamamlanmış intiharlara göre çok daha sıktır (24). Yaşlılarda intihar girişimlerinin sıklığı gençlerde olduğu kadar yüksek değildir ama girişimin ölümle sonlanma olasılığı gençlerden ve genel toplumda olduğundan çok daha yüksek olup 100.000'de 25'tir (25). Gençlerde intiharların intihar girişimlerine oranı 1/200 iken, yaşlılarda bu oran yalnız 1/4'tür (25).

Türkiye'de intihar riski erkeklerde 35 yaş üstünde artmakta iken, kadınlarda en yüksek riskli yaş grubu 15–29 dur (26). Avrupa'da erkeklerde 15–44 yaşları, kadınlarda ise 25–44 ve 65–74 yaşları intihar girişimlerinin en sık gözlemlendiği yaş gruplarıdır (24). Türkiye'de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaşlar hem kadınlarda, hem de erkeklerde 15–34 yaş grubudur (25).

2) Cinsiyet

Genel olarak intiharlar erkeklerde, intihar girişimleri kadınlarda daha sık görülmektedir (25). İntihar hızı erkeklerde tüm yaşlarda kadınlara göre ABD’de üç kat (56), Avrupa’da ve Türkiye’de ise yaklaşık iki kat fazladır (22, 23, 25). İntihar girişimlerinde ise, kadın/erkek oranının ABD’de 4/1.5, Avrupa’da 1.5/1.13 ve Türkiye’de 2/1 olduğu bildirilmektedir (25). Bu durumu kullanılan yöntemle ilgili olarak açıklama çabaları vardır. Bu da kadınların ilaçlar gibi daha az ölümcül ve daha az acı veren yöntemleri seçmeye eğilimli ve böylece intihar girişimi sonrası erkeklerden (silahlar gibi daha çok öldürücü yöntemleri seçme eğiliminde olan) daha fazla güvenliğe olduklarıyla ilgilidir. Kadınların, özellikle üzüntü olmak üzere duygularının ifadesini erkeklerden daha serbestçe ve değişken bir şekilde yaşamaları kültürün bir yansıması mıdır? Yoksa kadınlar, intihar konusunda daha dürtüsel/plansız mı olma eğilimindedirler ve yakınında haplar gibi ne varsa, ne kadar ölümcül olduğunu umursamadan kullanmakta mıdır? Erkeklerin batı kültüründe sözde güçlü oldukları, üzüntülerini kendi içlerinde tuttıkları ve böylece depresif duygudurum yaşamakta olan bir erkeğin, girişimden önce intiharı uzun bir süre derin derin düşündüğü ve intihar planını oldukça ölümcül bir şekilde yerine getirmek için bol zamanı olduğu yönünde tartışmalar da öne sürülmektedir (18).

Oranlardaki bu farkın bir başka açıklaması da, kadınların depresyon veya başka ruhsal sorunları olduğunda erkeklere oranla daha çok tıbbi yardım aramalarıdır. Hasta rolü, kadınlar için daha az rahatsızlık veren bir durumdur. Bunu tamamlayan bir hipotez de, kadınların, erkeklerden daha yakın ilişki kurmalarıdır. Arkadaşları ve aileleri yoluyla daha iyi bir destek ağı sistemleri vardır ve bu ağ sistemi içinde erkeklere göre duygularını daha çok paylaşabilmekte böylece intihar duygularını da olasılıkla azaltmaktadırlar (18).

Kadın ve erkek intihar oranı arasındaki fark bütün dünyada aynı değildir. Örneğin, Çin’de kadın ve erkeklerdeki oranlar kıyaslanabilir ölçüde yakındır (18). Birçok ülkede kadınlarda intihar oranı, yaş ilerledikçe artar (18). Bu durum ABD’de tersine olup erkeklerde yaş ilerledikçe intihar oranı artmaktadır (18).

Türkiye’de genel olarak tamamlanmış erkek intihar oranı, kadın intihar oranından daha yüksektir (27). Güneydoğu Anadolu bölgesindeki farklılık dikkati

çekmekte olup bu bölgedeki illerde tamamlanmış intiharların kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (9, 27, 28).

3) Medeni Durum

Amerika Birleşik Devletleri'nde çiftlerin çocuk sahibi olduğu evliliklerinin intihar riskini anlamlı ölçüde azalttığı bildirilmektedir (21). Evlilerde intihar hızı 100.000'de 11 iken, hiç evlenmemiş kişilerde hız bunun neredeyse iki katıdır. Dullarda bu oran 100.000'de 24 ve boşanmış kişilerde 100.000'de 40'tır. Erkek olmak burada da hızları bir hayli büyütmektedir; boşanmış erkeklerde hız 100.000'de 69, boşanmış kadınlarda ise çok daha düşük olup 100.000'de 18'dir (21). Avrupa'da da boşanmış olmanın ve yalnız yaşamının hem kadınlarda, hem de erkeklerde intihar riskini artırdığı bildirilmektedir (21).

Türkiye'de intihar girişiminde bulunanların büyük bölümünün anne-babası ile birlikte yaşadığı görülmektedir, ancak bu kişilerin ağırlıklı olarak 15–19 yaş aralığındaki öğrenciler olduğu düşünülürse, anne-baba ile yaşamının bağımsız bir risk etkeni olmadığı söylenebilir (29).

4) Ailesel Etkenler

Ailesinde intihar eden ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olan kişilerde intihar oranı yükselmektedir (21). İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarında psikopatoloji sıklığının yüksek olduğu ve anne-babalarda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların duygudurum bozuklukları, madde-alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu olduğu bildirilmektedir (21).

Ailede intihar veya intihar girişimi öyküsünün bulunması, erken anne-baba kaybı, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, anne-babadan ayrı yaşama, aile içinde iletişim sorunlarının varlığı, ailenin sosyoekonomik durumunun düşük olması gibi etkenler intihar davranışı için görüş birliğinin olduğu risk etkenleridir (21, 24). Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çalışmasında erkek olguların %10'nunun, kadınların ise %6'sının intihar girişiminden önce yaşam şartlarının değiştiği, sıklıkla da yalnız yaşamaya veya huzurevinde yaşamaya başladıkları saptanmıştır (24).

5) Eğitim, Meslek ve Ekonomik Durum

Hem intiharlarda, hem de intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorun sıklığı yüksektir (26). Bir işte çalışıyor olma genel olarak intihara karşı koruyucu bir etkidir. Ekonomik kriz ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharların arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azaldığı belirtilmektedir (21). İntihar davranışı olan kişilerde dünya genelinde eğitim düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (13). Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğunluğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmiş olup, intihar girişiminde bulunan kadınların ve erkeklerin yarıdan fazlası yalnız ilköğretim düzeyinde eğitim görmüşlerdir; erkeklerin %38'i ve kadınların %50'si hiç bir mesleki eğitim almamış kişilerdir. Avrupa' da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12'si, erkeklerin %20'si işsizdir (25). Türkiye'de yapılan çalışmalara göre intihar girişimlerinin büyük bölümünün ev kadınları ve öğrenciler gibi ekonomik bakımdan bağımlı kişilerde olduğu görülmüştür (30-32).

İntihar için özellikle riskli meslek üyeleri arasında doktorlar, müzisyenler, dış hekimleri, hâkimler, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir ve kadın doktorlar daha fazla risk altındadır (3, 20, 33). Doktorlar arasında psikiyatristler en yüksek riskte olup, onları göz doktorları ve anestezi uzmanları izlemektedir. Araştırmalar, intihar eden doktorların başta depresyon ve madde bağımlılığı olmak üzere çoğunlukla bir ruhsal bozukluğu olduğunu ve sıklıkla iş ya da aile yaşamıyla ilgili birtakım güçlükler yaşadıklarını göstermektedir (3).

6) Yerleşim Yeri

Genel olarak şehirde yaşayan kişilerde intihar ve intihar girişimi riski, kırsal bölgede yaşayan kişilere göre daha yüksektir (21, 34). Türkiye'de de intihar edenlerin yaşadığı yerler dikkate alındığında şehirlerde intihar olguları, köylerde yaşayanlara göre daha fazladır. Coğrafi bölgelere göre dağılımda en yüksek intihar hızı Ege bölgesinde, en düşük hız ise Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz bölgesindedir. Ülke genelinde intiharların batıya gittikçe arttığı görülmektedir (35).

7) Mevsim

İntiharın mevsimle ilişkisi gösterilememiştir. İlkbahar ve sonbaharda intiharlarda hafif bir yükseliş görülür. Genel inanışın aksine intiharlar aralık ayında ve tatil günlerinde artmaz (3).

8) Kullanılan Yöntem

Amerika Birleşik Devletleri'nde tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem, hem kadınlarda, hem de erkeklerde ateşli silahlardır. İkinci sırada ise kadınlarda ilaç, erkeklerde ası gelmektedir. İntihar girişimlerinde aşırı doz ilaç alma tüm intihar girişimlerinin %70'ini oluşturmaktadır (36). Genellikle erkekler ası, ateşli silah gibi saldırganlık ve şiddet içeren yöntemlere başvururken, kadınlar yüksek dozda ilaç alma ve kendini zehirlenme gibi yöntemleri tercih ederler (37).

TÜİK verilerine göre, Türkiye' de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem iki cinsiyette de asıdır. Erkeklerde ikinci sıklıkta kullanılan yöntem ateşli silahlar, kadınlarda ise kendini zehirlenmedir (23). İntihar girişimlerinde genel olarak en sık kullanılan yöntem ise hem erkek, hem de kadınlarda aşırı doz ilaç almadır (21, 31, 38–40).

9) İntihar Araçlarına Ulaşılabilirlik

İntihar araçlarının ulaşılabilirliğinin artması ile ergenlerde intihar hızının arttığını bildiren çalışmalar vardır (41–43). İntihar eden kişilerin evlerinde bu tür araçların ulaşılabilirliği daha yüksektir (44–46). Evde bulunan bir silahın intihar aracı olarak kullanılması için kişide bir psikopatoloji olması gerekmediği bildirilmektedir (46, 47). 1989 yılı ile 1998 yılları arasındaki 10 yıllık süre için de tamamlanmış intiharlar erkeklerde %56, kadınlarda %41 artmıştır. Ayrıca intihar yöntemi olarak ateşli silahların kullanımı da bu yıllar arasında artma göstermiştir (48).

Yatkınlığı olan bireylerde intihar davranışına tanık olmak, intihar davranışı riskini artırmakta olup, bu tanıklık doğrudan veya medya aracılığıyla da olabilmektedir (49).

10) Yaşam Olayları

İntihar davranışlarının ortaya çıkmasında tetikleyici yaşam olaylarının çok önemli bir rolü vardır. Kişilerarası ilişki sorunları (anne-baba ya da eşle), eş tarafından terk edilme, fiziksel/sözel/cinsel taciz, yakınların ölümü, işsiz kalma, iflas etme, okul başarısızlığı, yaşlılarda yeti yitimi ve yalıtım, bir kaza ya da hastalık sonucu bedensel yetilerde kayıp gibi somut kayıplar intihar davranışı için tetikleyici olabilir (50–53). Kişinin yaşadığı zorlayıcı olayları çözümsüz olarak algılaması ile intihar riski artmaktadır (52).

Yaşam olaylarının intihar olaylarıyla ilişkisini irdeleyen bir gözden geçirme çalışmasında, Heikkinen ve ark. insanların kendilerini öldürmeleriyle ilişkili olarak ölüm, kayıp, boşanmalar, ciddi hastalıklar, kişinin yakınlarının intihar sonucu ölmesi, işle ilgili sorunlar gibi olayları saymaktadır (54).

Erken çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara uğrama, anne-baba ihmali gibi travmatik yaşantıların erişkinlikte intihara eğilime neden olduğu bildirilmekte olup bu etkenlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, somatoform bozukluklar, cinsel işlev bozukluğu gibi birçok bozukluğun riskini artırdığı bilinmektedir. Erken çocukluk travmalarının bu bozukluklara eğilim oluşturmalarından bağımsız olarak da intihar riskini arttırdıkları ileri sürülmektedir (55).

11) Fiziksel Sağlık

İntiharın fiziksel sağlık ve hastalıkla belirgin bir ilişkisi vardır. Bütün intiharların %32'sinde intihardan önceki son altı ayda bedensel bir hastalık saptanmıştır (56). Postmortem çalışmalar intihar eden kişilerin %25-75'inde fiziksel bir hastalık olduğunu göstermektedir ve bu oran yaşla artmaktadır (56).

İkincil depresyon gelişme riski yüksek olan epilepsi, multipl skleroz, kafa travması, inme, demans gibi merkezi sinir sistemi hastalıkları; Cushing hastalığı, porfiri gibi endokrin hastalıklar; hemodiyalizle sonuçlanan böbrek hastalığı ile alkol bağımlılığına bağlı olarak gelişen peptik ülser ve siroz gibi hastalıklarda intihar riski artmaktadır (14).

12) Geçmişte İntihar Girişimi Öyküsü

Öyküde intihar girişimlerinin bulunması, intihar riskinin yüksek olduğunu gösteren en iyi ölçüttür (20, 21). İntihar girişimlerinin üçte biri tekrarlamaktadır (14). İntihar davranışından sonraki ilk üç ay içinde ikinci bir intihar girişimi riski oldukça yüksek olarak değerlendirilmektedir (14). Tamamlanmış intiharların %19-24'ünde daha önce gerçekleştirilmiş intihar girişimleri vardır ve intihar girişimlerinin %10' u on yıl içinde intihar ile son bulmaktadır (21, 56).

Bir girişimden sonraki ilk on iki ay, özellikle ilk üç ile altı ay arası intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir (56, 57). Bu dönemde intihar girişiminin tekrarlanması ile ilgili başlıca risk etkenleri iyileşmemiş bir duygudurum bozukluğunun olması, aile içinde stres düzeyinin yüksek olması ve hastanın sağaltımında trisiklik antidepressanların (TSA) kullanılıyor olmasıdır (47, 57, 58).

Daha önceki intihar girişimleri, tamamlanmış intiharlar kadar intihar girişimleri için de açık bir risk etkenidir. Geçmişte intihar girişimi öyküsü olan kişilerde ölüm daha yüksektir (59-61) ve en riskli dönem, intihar girişiminden sonraki ilk on iki aylık dönemdir (62, 63).

Tekrarlayıcı intihar girişimleri olan kişilerin çoğu 25–49 yaşları arasında, boşanmış ya da bekâr, işsiz ve alt sosyal sınıftan, depresyon, kişilik bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu olan, süreğen olarak kendi kendine zarar veren, zedeleyici yaşam olayları öyküsü bulunan kişilerdir (24, 64)

Tamamlanmış intiharı olan her on kişiden sekizi intihar niyetiyle ilgili uyarılar yapmış ve %50'si açık açık ölmek istediklerini söylemişlerdir. Hasta eylem planını itiraf ediyorsa, bu durum özellikle tehlike işaretidir. Ayrıca, intihar tehditi olan hasta eskisine göre sessiz ve daha az ajite olursa, bu kötüye işaret edebilir (3).

13) Psikopatolojik Etkenler

Psikiyatrik bozukluğu olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre üç ile on iki kat arası arttığı bildirilmektedir. Bu riskin derecesi ise yaşa, cinsiyete, tanının türüne ve hastanın yatarak ya da ayaktan tedavi görmesine göre değişmektedir (3, 21). Genel toplum örneğinde intihar edenler sıklıkla orta ya da ileri yaş grubunda iken, intihar eden psikiyatrik hastalar daha genç gruptadır.

Bunun nedeni intihar eden psikiyatrik hastaların büyük bölümünün şizofreni ya da duygudurum bozukluğu gibi genç yaşta başlayan süregelen bozukluklara sahip olması olabilir. Gerçekten intihar eden kişilerin %58-68'inin intihardan uzun bir süre önce (36 aydan daha uzun) psikiyatrik bir bozukluğa sahip oldukları bildirilmektedir (21).

Yatarak tedavi gören erkek ve kadın psikiyatrik hastaların, yaş eşleştirmesinden sonra, genel nüfustaki yaşlılarına göre sırasıyla beş ve on kat daha fazla intihar riskine sahip olduğu, hastaneye psikiyatrik tedavi için hiç yatırılmayan, ayakta tedavi gören erkek ve kadın hastalarda ise risk oranlarının genel nüfustaki yaşlılarına göre sırasıyla üç ve dört kat daha fazla olduğu saptanmıştır (3).

Bazı çalışmalarda intihar olgularının %95'ine psikiyatrik bir tanısı konduğu ileri sürülmektedir (%80 depresyon, %10 şizofreni, %5 demans veya deliryum) (14). Bu olguların %25'inde ikinci tanı olarak alkol bağımlılığı bulunmaktadır. Olguların %60'ının intihar davranışından önceki dört ay içinde değişik bedensel ve ruhsal yakınmalarla çeşitli hekimlere başvurduğu saptanmıştır (14).

Genel olarak duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları intiharlardaki en yaygın tanılardır. Geriye dönük analizlerde intiharlarda %25-64 oranında duygudurum bozukluğu olduğu bulunurken, bipolar bozukluk oranı çoğunlukla %5'in altındadır. Bipolar bozukluk sadece yaşlı hastalarda intihar için bir risk etkeni olarak bildirilmiştir. İntiharlarda %87'ye varan oranlarda depresif bozukluk bulunmuştur (65). Psikolojik otopsi yaklaşımını kullanan olgu-kontrol çalışmalarında majör depresyon, iki cinsiyette ve tüm yaş gruplarında, 65 yaş üzerinde ve genç erkeklerde intihar için bir risk etkeni olarak saptanmıştır (65).

Duygudurum bozuklukları intihar ile en yakın ilişkilendirilen psikiyatrik bozukluklardır. İntihar edenlerin %60-70'ini, geçmişinde belirgin depresyonu olan hastalar oluşturmaktadır (18). Yaşam boyu ölüm riski, bipolar bozukluğu olan bireylerde (manik dönemden çok genellikle depresyon döneminde olanlar) yaklaşık olarak %15-20 ve diğer duygudurum bozuklukları olan bireylerde yaklaşık olarak %10 olarak hesaplanmıştır (18). Bazı İngiliz araştırmacılar, bu yaygınlık oranlarının daha düşük olduğunu düşünmektedirler (18). Bipolar bozukluğu olan hastaların %10-15'i en sık bozukluğun erken dönemlerinde intihar nedeniyle ölürlür. Kendine zarar verme ve ailede intihar öyküsü, bozukluğun erken başlaması ve umutsuzluğu da

içeren depresif bulguların varlığı, karma veya hızlı döngülü dönemlerinin bulunması, eş tanıli psikiyatrik bozukluklar ve alkol ve madde kötüye kullanımı, intihar davranışı için risk etkenleridir (33, 66).

İntihar girişimi ile ölen tüm insanların yarısından fazlası depresif bozukluk ölçütlerini karşılamaktadır (20). Hastalığın erken dönemlerinde, atağın başında veya sonunda intihar davranışı ile daha sık karşılaşmaktadır (14, 33) ve bu durumun alkol kötüye kullanımı dürtüsel-saldırgan kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (20). Yalnız yaşayanlarda, boşanmışlarda, dullarda, son zamanlarda olumsuz yaşam şartları ile karşılaşanlarda, yeterli derecede tedavi görmeyenlerde, depresyon şiddeti yüksek olanlarda, yoğun anksiyete ve kilo kaybı gibi bulguları olanlarda risk artmaktadır (14). Depresyon yalnız tamamlanmış intiharlar ile değil, intihar girişimleri ile de birliktelik göstermektedir (20, 21). Depresyon düzeyi arttıkça intihar girişiminin ciddiyeti ve ölüm niyeti de artmaktadır (21). Ayrıca kişinin hissettiği umutsuzluk düzeyinin de depresyon düzeyinden bağımsız olarak intiharlar ve intihar girişimlerinde etkili bir risk etkeni olduğu bildirilmektedir (21).

En son tahminlere göre şizofrenide yaşam boyu intihar riski %4-5'tir. Bu risk bozukluğun başlangıcından sonraki dönemde görece en yüksektir (67). Şizofrenideki intihar riski depresif bulgularla ilişkilidir. Önceki intihar girişimleri, madde kötüye kullanımı, tedaviye uyumsuzluk ve zihinsel parçalanma korkusu diğer risk etkenleridir (68). İntiharın, sanrı ve varsanı gibi şizofreninin pozitif belirtileriyle daha az ilişkili olduğu belirtilmektedir (68).

Alkol bağımlılarının %15'inden fazlasında intihar davranışı görülmektedir (14). Olguların %40'ı daha önceden intihar girişiminde bulunmuştur (14). Orta yaş grubunda, sosyal ilişkileri az olanlarda, bekârlarda, depresyonu olanlarda, eş zamanlı başka madde kullanımı olanlarda, dürtüsel ve saldırgan davranış gösterenlerde, nesne kaybı olanlarda ve alkollü durumda iken risk artmaktadır (14).

Eroin bağımlılarında intihar oranının genel topluma göre yirmi kat fazla olduğu bildirilmektedir (21, 56). Madde bağımlılarında maddenin intravenöz yolla kullanımı, kaotik yaşam biçimi, madde bağımlılığıyla birlikte antisosyal kişilik bozukluğunun varlığı ve dürtüsellüğün olması intihar riskini artırmaktadır (56).

İntihar özellikle anoreksiya nervoza gibi yeme bozuklukları olanlarda yaygın bir ölüm nedenidir (20). İntihar riski uyum bozukluğunda, anksiyete bozukluğunda ve panik bozukluğunda artmaktadır (20). Anksiyete bozukluklarına sıklıkla eşlik eden duygudurum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı intihar riskini artırmaktadır (14, 20).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu erkeklerde özellikle davranım bozukluğu ve depresyon gibi eş tanıların sıklığını artırarak intihar riskini artırmaktadır (20).

Kişilik bozukluklarının (KB) büyük çoğunluğunda benlik ve üstbenlik işlevlerinde bozukluklar, benlik imgesi ve benlik saygısı sorunları, geçmiş yaşantılardan köken alan iç çatışmalar ve yargılama bozukluklarının olduğu görülmüştür (69). Kişilik bozukluğu olan kişilerde, gelişimsel saplanmalar ve olgunlaşmada yetersizlik söz konusudur (69). Nesne ilişkileri bozuktur (69). Bu kişiler, iş yaşamlarında ve özel ilişkilerinde zorluklar yaşamakta; davranış ve tutumlarının başkalarını nasıl etkilediğini göz önünde bulundurmamaktadırlar (69). Kişilik bozukluğu olan bireylerin içgöründen yoksun oldukları ve strese dayanma eşiklerinin düşük olduğu, ancak yardım arayışında olmadıkları belirtilmektedir (69). Kişilik bozukluklarının toplumdaki oranı %6–13 oranında verilmekte, %15 gibi yüksek oranlardan da söz edilmektedir (69, 70). Tamamlanmış intiharlarda KB oranı %9–28, intihar girişimlerinde ise %55 olarak bulunmuştur (71).

Kişilik bozukluklarında intihar davranışını inceleyen çalışmaların büyük bir bölümü sınır kişilik bozukluğu (SKB) üzerine odaklanmıştır (70, 72). Büyük çoğunluğu hastanelerde yatan SKB olanlardaki intihar girişimlerine bağlı ölüm oranını araştıran on çalışmada iki ile on altı yıl arasındaki izlem sonucunda ölüm oranı %3–9 arasında bulunmuştur. Bu risk erkeklerde kadınlardan yüksek saptanmıştır. Eş tanı olarak duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları veya her ikisinin, SKB olanlarda intihar riskini belirgin biçimde artırdığı gösterilmiştir (70).

Suominen ve ark.'nın, intihar girişiminde bulunan 114 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada KB olanlar ve olmayanların klinik özelliklerini karşılaştırmışlardır. Girişimcilerin 46'sında KB tanımlanmış ve bunların DSM-III-R ölçütlerine göre

34'ünde B kümesi KB saptanmıştır (A kümesi: 4, B kümesi: 34, C kümesi: 8). Dürtüsellik ve intihar girişimleri üzerinde özellikle durulmakla beraber bu çalışma, KB olan kişilerde intihar girişimlerinin doğrudan dürtüsellikle eşit sayılmaması gerektiğini söylemektedir. Bu çalışmada, diğer birçok çalışmada olduğu gibi en önemli intihar davranışı belirleyicisi, önceden gerçekleştirilmiş intihar girişimleri olarak bulunmuştur (73). Çoğunlukla KB olan girişimcilerde intihar girişimi öyküsü mevcuttur (73).

Kişilik bozukluğu olanlar, olumsuz yaşam deneyimleri ile daha çabuk umutsuzluğa kapılırlar ve kendine güven duygusunu daha çabuk yitirirler (74). İş yerinde güçlükler, işsizlik, ekonomik sorunlar, ailede sorunlu ilişkiler, adli sorunlar, ayrılıklar, kayıplar KB olanlarda diğer insanlara göre daha yıpratıcıdır (74). İntihardan önceki hafta içinde, birkaç sorunun bir arada yaşandığı, dikkat çeken bir özellik olarak ifade edilmiştir (74). Erken dönem travmatik yaşantılar, süregelen hastalıklar, süregelen alkol-madde bağımlılığı duyarlılığı artıran durumlar içinde yer alır (74).

II.5. Etiyoloji

1) Psikososyal Etkenler

Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım biçimi vardır. Bu yaklaşımlar aslında çeşitli psikiyatrik kuramlara bağlı olarak ortaya atılırlar ve o kuramın kuralları çerçevesinde intiharı açıklamaya çalışırlar. İntihara ilişkin en önemli kuramlardan biri, intiharla ilgili ilk toplumsal çalışmayı yapan Fransız toplumbilimcisi Durkheim'in toplumsal yönelimli kuramıdır. Yaklaşık 100 yıl kadar önce yapılan bu çalışma, insanlık tarihi kadar eski olan intihar olgusuna yaklaşımda ne kadar geç kalındığının somut bir göstergesidir. Durkheim intiharı salt toplumsal bir olgu olarak göstermektedir. Ona göre, intihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğundan ve çatışmalardan kaynaklanmaktadır. Topluma bağlılık oranı fazla olan kişilerde intihar olaylarının, grup özdeşleşmesi yapamamış kişilere oranla daha seyrek olduğunu, intihar oranının evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde evli olanlardan, dindar olmayanlarda dinine bağlı kişilerden daha yüksek olduğunu açıklamıştır. Ekonomik bunalım ya da savaş yenilgisi sonrası toplum değerlerinin bozulduğu dönemlerde de intihar olaylarının arttığını saptamıştır. Toplumda var

olduğuna inandığı ‘ortak bir kıyım eğiliminin’ bireyleri intihara sürüklediği kanısındadır. Durkheim’a göre bireylerin toplumla bütünleştiiği, uyum sağladığı dönemlerde intihar sayısında azalma, toplumdaki soyutlanma durumunda ise intihar sayısında artma görölmektedir (1).

Psikolojik açıdan bu alanda çığır açmış en önemli kuram, Freud’un psikanalitik kuramıdır. Daha sonra geliştirilen tüm kuramlar intiharın iyi görünmeyen, yeterince açıklanamayan bir yönüne ışık tutmuştur (1). Freud’un psikanalitik kuramına göre, intihar depresyonla ilgilidir ve depresyon sonrası ortaya çıkan en ağır durumdur. Bu kurama göre kişi gerçekte ya da düşsel olarak bir nesne kaybı yaşamakta (yakın kaybı, ölüm vb.), kişi o nesneyi içine almakta (introjeksiyon), onunla bütünleşmekte, daha sonra kaybedilen nesneye duyduğu ambivalan duyguları nedeniyle düşmanca duygularını, üstbenliğin devreye girmesiyle benliğinin bir parçasına (kişinin kendi benliğine) yöneltmektedir. Üstbenlik benliği sıkıştırır, hırpalar, yaşamaya layık görmez (75). Bazen de tam tersine, benliğin üstbenliğin baskısından kurtulmak ve ondan öç almak için intiharı gerçekteleştirdiiği, ya da benlik psikolojisi kuramına göre, benliğin kendi içindeki çatışma sonucu benlik değerinin kaybı gibi nedenlerle kişinin intihar ettiği belirtilir (75). Depresyonlu hastalar sıklıkla intiharı anne-babadan intikam almanın tek doyurucu yolu olarak görürler. Toplumsal yönden intihar, çevresindeki insanlara eleştirel bir mesaj vermeyi amaçlayan, çevreyi suçlayan bir eylem olup, bir yandan içinde yaşadığı toplumdaki yardım isteği içerirken, diğer yandan aynı topluma karşı bir başkaldırı halidir (75).

Menninger, “Man Against Himself” isimli eserinde intiharı, ‘içe çevrilmiş homisid’ olarak tanımlar ve başka bir kişiye duyulan öfkenin sonucunda ‘içe alınan bu kişiyi cezalandırma’ şeklinde yorumlar. Menninger, intiharın üç kaynağını ‘öldürme isteği’, ‘öldürölme isteği’, ‘ölme isteği’ olarak tanımlamıştır. Ona göre intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme isteği hâkimken, intihar girişiminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme isteği hâkimdir (3, 76).

Öğrenme kuramına göre, intihar öğrenme süreçlerinin bir sonucudur. İntihar davranışı öğrenilmiş bir strateji, çatışmanın öğrenilmiş bir işleme biçimi, öğrenilmiş bir çaresizliktir (1).

Ringel, intiharı salt bir hastalık olarak görür. Onun düşüncesine göre insanlar ancak hasta iken kendilerine kıyabilirler. İntihar girişiminde bulunanlarla yaptığı görüşmeler ve intiharla yaşamını yitirmiş kişilerin yaşamlarının ayrıntılı bir biçimde araştırılması sonucunda bu kişilerde ruhsal bir bozukluğun bulunduğu inancını geliştirmiştir. Bu ruhsal bozukluğa ‘presuisidal sendrom’ ismini verir. Bu sendromun temel belirtileri ise A. Daralma ve kısıtlanma, B. Ketlenmiş ve kişinin kendisine yönelmiş saldırganlık, C.İntihar düşlemleridir (1). Guilan ve Le Bonniec’e göre, insanlar bağımsızdır ve intihara karar verme özgürlükleri vardır. ‘İntihar nasıl yapılır?’ adlı kitap, bu inançlarının bir ürünüdür (1).

Nesne ilişkileri kuramına göre intihar çatışmalı bir ilişkiden kaynaklanır. İlkel nesne ilişkilerinin anlaşılması ile bu sorun anlaşılır. Bu bağlamda hekim-hasta ilişkisi önem kazanır. Bu ilişkide karşı aktarım önemlidir (1). Kind, intihar eyleminin birincil amacının ölüm değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin odağında bulunan bir nesneyi değiştirmek olduğunu öne sürer (1). Henseler, intiharı narsisistik bir çatışmanın sonucu olarak görür ve bu kişilerde narsisistik sorunlar olduğunu kabul eder (1).

Sheidmann, intiharın anlamsız bir eylem olmadığı kanısındadır. Ona göre en anlamsız gibi görünen bir intihar girişiminin bile kendi içinde bir mantığı bulunmaktadır. Sheidmann'a göre intihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir (1).

Depresyonla intihar davranışı arasında güçlü bir ilişki olduğu, insanları depresyona ve kendini öldürmeye iten tipik düşünce hatalarının, intihar için önemli birer risk etkeni olduğu bildirilmektedir (77). İntihar davranışında bulunan bireylerin kendilerini intihara yatkınlaştıran, esneklikten uzak bilişsel özellikler sergilediği, düşünce yapılarının ‘herkes beni sevmeli’, ‘herkes beni sevmezse mutlu olamam’, ‘insanların beni sevmesi için onları kırmamam gerekir’ gibi birtakım işlevsel olmayan varsayımlar içerdiği belirtilmektedir (78, 79). Bilişsel katılığın intihar davranışı sergileyen bireylerin ortak bilişsel özelliği olduğu, bilişsel katılık gösteren bireylerin herhangi bir sorunun çözümü için gerekli olan esnekliğe sahip olmadığı, böyle olunca da bireyin karşılaştığı sorunlar karşısında çözümsüz kalarak umutsuzluğa düştüğü vurgulanmaktadır (77).

2) Biyolojik Etkenler

a) Genetik

Araştırmalar intihar davranışı üzerinde genetik etkenlerin rolünün, diğer ruhsal bozukluklar ve ruhsal stresörlerden bağımsız olarak %30–50 oranında olduğunu göstermektedir (80, 81). Bazı bireylerin yapısal olarak intihar davranışına daha yatkın oldukları ve bu yapısal yatkılığın dürtüsellik, saldırganlık gibi kalıtılabilir kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünölmektedir (82).

Tek yumurta ikizlerinde hem intihar, hem de intihar girişimi sıklığı benzerdir (83). Evlat edinilmiş kişilerden seçilen intihar olguları ve bunların biyolojik akrabalarının incelendiği bir çalışmada, intiharla ölenlerin biyolojik akrabalarında intihar oranı kontrol grubundan altı kat fazla bulunmuş, edinilmiş akrabalarda ise intihara rastlanmamıştır (84).

İntihar davranışı, saldırganlığa eğilim, alkol bağımlılığı ve diğer madde bağımlılıkları arasında serotonerjik aktiviteyi etkileyerek bu durumlara yatkınlık oluşturan ortak bir genetik ve biyolojik etkenin olduğu düşünölmektedir (83).

Moleküler genetik çalışmalarında triptofan hidroksilaz (TPH) genotipi ile intihar davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. İnsanda bulunan TPH geninin U ve L allellerinden L allelinin intihar davranışı ile bağlantısı olduğu ileri sürölmüştür. L allelinin, triptofanı 5-hidroksi triptofana hidroksile etme kapasitesini azalttığı ileri sürölmektedir. Böylece merkezi serotonin dönüşümü azalmakta ve beyin omurilik sıvısında (BOS) 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) yoğunluğu azalmaktadır (83, 85).

İntiharla ilgili en önemli nörokimyasal bulgular serotonerjik sisteme ait bulgulardır. Son yıllarda keşfedilen TPH2 geni ve intihar davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları oldukça günceldir. Serotonin taşıyıcı reseptör geni (SERT) ile ilgili olarak S allelinin intihar davranışı ile özellikle de şiddet içeren intihar davranışı ile ilgili olduğu saptanmıştır (86).

b) Nörokimyasal

İntihar davranışı ile serotonin sistemi arasında bir ilişkinin varlığına işaret eden, bir serotonin yıkım ürünü olan 5-HIAA düzeyini inceleyen çalışmalar, bu maddenin intihar davranışında bulunan kişilerde, intihar davranışında bulunmayan kişilere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir (87, 88).

Bazı hayvan ve insan araştırmaları serotonin sistemindeki yetersizlikle dürtü kontrolü arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (3). Bazı araştırmacılar intiharı bir çeşit dürtüsel davranış olarak görmektedir (3). Ayrıca kişilik bozukluğu olan hastalarda BOS 5-HIAA düzeyleri ile yaşam boyu saldırganlık arasında belirgin olarak olumsuz ilişki bildirilmiştir (3).

Çalışmalarda özellikle 5-Hidroksitriptamin 2A reseptörleri (5-HT_{2A}) üzerinde durulmuştur. İntihar olgularında yapılan bir dizi çalışmada presinaptik 5-HT_{2A} reseptör sayısının azaldığı gözlenirken, bazı çalışmalarda ise arttığı dikkati çekmiştir (89). Turecki ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada postsinaptik 5-HT_{2A} reseptörlerinde artış olduğu bildirilmiştir (89). Reseptör düzeyindeki bu artışın serotonin salıverilmesindeki azalmaya yanıt olarak gelişebileceği üzerinde durulmuştur (89).

Bazı araştırmacılar intihar olgularında frontal kortekste β -adrenerjik reseptör bağlanmasında önemli artış olduğunu, bunun da noradrenerjik sistemdeki bozulma ve intihar arasındaki ilişkiyi destekleyen bir kanıt olduğunu belirtmektedir (90).

Bir grup normal gönüllüde trombosit monoamin oksidaz (MAO) düzeylerini analiz edilen kan örneklerine bakılarak gerçekleştirilen bir çalışmada, trombositlerinde en düşük enzim düzeyine sahip olan kişilerde, yüksek düzeyde enzime sahip olan kişilere göre ailede intihar yaygınlığı öyküsünün 8 kat fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, depresif bozukluklarda trombosit MAO aktivitesinde değişim ile ilgili çok kuvvetli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir (3).

Birkaç çalışmada intihar hastalarında ventrikül genişlemesi ve anormal elektroensefalografi bulguları (EEG) bulunmuştur (3). Yapılan biyolojik çalışmalarda intihar girişimi olgularında idrarda 17-hidroksikortikosteroid düzeyinde artma bulunmuş ve bu olgularda kortizol yüksekliği saptanmıştır (91). Kolesterol düzeyi ile intihar arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda düşük kolesterol

düzeyi ile depresif duygudurumu, majör depresyon ve intihar girişimleri nedeniyle hastaneye yatış arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (91). Bazı çalışmalarda yüksek serum kolesterolü, düşük HDL-kolesterol düzeyi ile intihar arasında ilişki bulunmuştur (91).

II.6. Tedavi

İntiharla ilgili demografik ve klinik risk etkenlerinin belirlenmesi özellikle kriz durumlarında yararlıdır. İntihar davranışını değerlendirirken ayrıntılı psikiyatrik öykü alınmalı ve ruhsal durum muayenesi dikkatli yapılmalıdır. Ayrıca depresif bulguların, intihar niyetinin, düşüncesinin, planının ve girişimlerinin yanında psikososyal durumun da ayrıntılı bir biçimde irdelenmesi gerekmektedir (14).

Tedavide ilk amacın, bireye intihar girişimine neden olan zorlukları çözebilmesi için yardım edilmesi olduğu belirtilmiştir. İntihar davranışı kişinin içinden çıkamadığı, çözemediği durumlarda başvurduğu bir arayıştır. Tedavi sırasında bireye içinden çıkamadığı, çözemediği sorunlarını çözebilmesine yardım edilmesi, ikinci olarak bu tür bir tedaviyle, kişinin ileride karşılaşacağı zorlukları intihar davranışına başvurmadan çözebilmesi amaçlanmaktadır (92).

Tedavi İlkeleri

1. Hastaneye yatırma: Hastanın kendisine zarar verme riski yüksekse hastaneye yatırılması gerekmektedir (93). Hastanın kendisini öldürme isteği devam ediyorsa, psikopatolojisi ciddiyet telkin ediyorsa, hastanın sosyal çevresinden uygun bir destek sağlanamıyorsa tehlikenin söz konusu olduğu belirtilmektedir (93).

2. Ayaktan izleme: Ağır bir psikopatoloji yoksa, geçici bir kriz durumu söz konusuysa ve görüşmede etkileşim ümit vericiyse daha az etkin olsa da ayaktan tedavi denenir. Yirmi dört saat sonrası için randevu ile hasta acil servisten gönderilip tıbbi tedavi ayaktan başlanmaktadır. Tıbbi uygulamada aşırı doz ilaç alma olasılığı için uyanık olmak gerekmektedir (93).

3. Tıbbi tedavi: Ölüm, kayıp veya başka olaylara bağlı olarak kriz döneminden geçen bireylerde özellikle uyku bozukluğu varsa, hafif bir sedasyon yararlı olacaktır. Bu dönemde benzodiyazepinler bir iki hafta süreyle önerilebilir. Hafif sedasyonun bireyin işlevselliğini iyileştirdiği ancak bu sırada hastanın

yakından izlenmesinin gerektiği bildirilmiştir (93). Özellikle öfkeli hastalarda olmak üzere bazen irritabilite görülür (93). İntihar fikirleri olan hastalarda antidepresan kullanımı tedavinin bir parçasıdır. Antidepresan ilaç başlanan hastanın sık ve düzenli görüşmelerle izlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (93).

İntiharı Önleme:

İntiharı önleme çalışmalarında temel ilkeler şöyle sıralanabilir:

1-İntihar davranışının çeşitli boyutlarına açıklık kazandırmak üzere gerekli çalışmaların yapılması,

2-Bu çalışmalardan elde edilen sonuçların topluma aktarılması ve alanda çalışan profesyonellerin yönlendirilmesi,

3-Günlük uygulamalarında intihar riski taşıyan bireylerle karşılaşma potansiyeli taşıyan tüm meslek alanlarının sonuçlardan haberdar edilerek bilgilendirilmesi,

4-Sağlık sektöründe intihar olguları ile çalışan profesyonellerin eğitimi,

5-Krizdeki bireylere ve intihar girişiminde bulunmuş kişilere nitelikli ve girişim sonrası gerekli psikososyal tedavi ve bakımın sağlanması (94).

Bu ilkeler doğrultusunda yürütülen önleme çalışmalarında özel olarak intihar eğilimi olan bireylerin belirlenmesi, intihar girişimi ve girişim tehdidi bulunanların uygun tedavi ve bakımı önem taşımaktadır. Özellikle yüksek risk grubu içinde yer alan ruhsal bozukluğu olanlar, madde ve alkol kötüye kullanımı bulunanlar, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olanlar için özel önleme çalışmaları planlanmalıdır (94).

Ülke genelinde önem taşıyan ve intiharı önleme programlarında önemli yeri olan ateşli silah edinme yollarının kontrol altında tutulması önemlidir. Ek olarak, eczanelerden ilaç alımında da bazı yasal sınırlama ve düzenlemelerin yapılması gereklidir. İntihar girişiminde birey hemen her zaman en kolay ulaşabildiği yöntemle intihara kalkışmaktadır (94).

İntiharı önleme çalışmalarında toplumun intihar davranışına ilişkin tutumlarını etkileyen, aile-arkadaş akraba çevresinden gelecek desteğin önemi ve yararı konusunda toplum haberdar edilmeli ve bilgilendirilmelidir (94).

Öğretmenler, itfaiye çalışanları, sivil savunma alanında çalışanlar, polisler, din adamları, intihar olguları ile karşılaşma potansiyeli yüksek olan meslek gruplarıdır. Bu meslek gruplarının ve sağlık çalışanlarının, bunun yanında intihar eğilimi olan bireylerle ve aileleriyle çalışan meslek gruplarının intiharı önlemeye ilişkin kapsamlı bir eğitim ve öğretim sürecinden geçmesinin önleme çalışmalarına önemli katkılarda bulunacağı belirtilmektedir. Ayrıca, çocuk ve gençler için kendine güven ve başa çıkma becerilerini artırmaya yönelik okul programları hazırlanmalıdır (94).

2004'te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10 Eylül'ü 'Dünya İntiharı Önleme Günü' olarak kabul ve ilan etmiştir. Günümüzde, Uluslararası İntiharı Önleme Birliği'nin (IASP) girişimleri ile gerçekleştirilen toplumsal önleme çalışmalarında, bilgilendirme ve işbirliğini sağlama bağlamında çalışmalar yapılmaktadır (95).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Örneklem grubu, Mayıs-Ekim 2009 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimiyle başvuran, ayaktan ya da yatırılarak izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaşında büyük 100 kişiden oluşmuştur. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmayan, deliryum tablosunda olan veya bilinç durumu *Yapılandırılmış Klinik Görüşme* (Structured Clinical Interview for DSM Disorders: SCID) değerlendirmesine uygun olmayacak düzeyde kalıcı hasarlı olan kişiler çalışmaya alınmamıştır. Bu nedenlerle çalışmaya katılmayan sadece bir olguda (%1) zekâ geriliği vardı.

Veri Toplama Araçları

1) Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evli ise kaç yaşında evlendiği, kaç yıllık evli olduğu ve çocuk sayısı, eğitim düzeyi, mesleği, ailenin aylık geliri, anne ve babanın eğitim düzeyi, mesleği, en uzun süre yaşadığı yer, aile tipi, anne babanın sağ olup olmama durumu, aile üyeleri ile ilişki durumu, alışkanlıkları, intihar girişiminden önce sıkıntı veren bir olay yaşanıp yaşanmadığı, varsa sıkıntı veren bu olayın türü, intihar girişim yöntemi, intihar saati, fiziksel hastalık öyküsü, ruhsal bozukluk öyküsü, ruhsal bozuklukla ilgili tedavi ve intihar girişimi öyküsü, ailede fiziksel hastalık, ruhsal bozukluk ve intihar girişimi öyküsü, intihar girişimi nedenleri ile ilgili sorular bulunmaktadır (Bakınız Ek-1).

2) DSM-IV I. Eksen İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

SCID-I, DSM-IV'e (Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Disorders) göre I. Eksen bozuklukları tanımlarını araştırmak amacıyla görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV I. Eksen bozukluklarından 38'ini tanı ölçütleriyle, 10 tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. Hemen her zaman hastayla yalnız olarak yapılır. Uygulamada, görüşme sorularını içeren uygulama kitapçığı ve üzerinde işaretlenerek bulguların kaydedildiği puanlama cetveli kitabı birlikte kullanılır. Hastada tanı 'şu anda' ve 'yaşam boyu'

göz önüne alınarak araştırılır. Sorular yardım sağlasa bile, mutlak doğru olarak kabul edilmez. 'Evet' yanıtı eşiği geçip geçmeme yönünden araştırılmalıdır. Ek olarak istenen sorular sorulabilir. Belirtilerin tek tek eşik şiddetini geçmesi ve birleşerek bir tanıyı karşılayıp karşılamadığı görüşmecinin yorumuna kalmış bir durumdur (96).

First ve ark. tarafından 1997'de geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. tarafından yapılmıştır (97, 98). Tüm tanıları için görüşmeciler arası uyuma oranı %98.1 ve Kappa katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Tanı kategorileri için Kappa katsayıları 0.52–1.00 arasında değişmektedir ve hepsi istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir ($p < 0.0001$) (96).

3) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II)

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Spitzer ve ark. tarafından geliştirilmiştir (99). Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID kişilik ölçeğinden sonra uygulanır. Eğer hastada bir kişilik bozukluğu varsa, daha önce yapılmış olan SCID-I görüşmesi bunu düşündürecektir. Hasta SCID kişilik ölçeğinde kendi duygu ve davranışlarına uyan maddeleri belirtir. Görüşmeci, SCID kişilik ölçeğinde 'evet' olarak yanıtlanan soruları işaretleyip bunlarla ilgili konulara odaklanır (100).

SCID-II'nin geçerlilik çalışmalarında, geçerlilik standardı olarak hastanın uzunca bir süre izlenmesi ve bütün verilerin kullanılarak uzmanlar grubunca değerlendirilmesi alındığında, en yüksek tanı koyma gücünün antisosyal (%95) ve şizotipal (%90) kişilik bozukluklarında; en düşük tanı koyma gücünün ise narsisistik (%45) ve çekingen (%60) kişilik bozukluklarında olduğu belirlenmiştir (101, 102). SCID-II çeviri çalışmaları 1988 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri kliniğinde Sorias ve ark. tarafından yapılmıştır (100) ve yatarak izlenen psikiyatrik hastalarında ($K=0.79$) görüşmeciler arası uyuma oranı yüksek bulunmuştur (103). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Coşkunol ve ark. tarafından yapılmıştır (103).

4) Uygulama

Çalışmanın uygulanabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (Etik Kurul Karar No: 2009-04/8, Karar Tarihi: 07.04.2009). Çalışmaya alınan kişiler, tıbbi tedavileri tamamlandıktan ve görüşebilecek duruma geldikten sonra 48 saat içinde değerlendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kimse olmadı. Tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışmanın ilk aşamasında katılımcılar sosyodemografik bilgi formunu doldurdu. İkinci aşamada bu konuda eğitim almış, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde çalışmakta olan bir araştırma görevlisi tarafından iki ayrı oturumda sırasıyla SCID-I ve SCID-II uygulandı. Görüşmeler ortalama 1-1.5 saat sürdü.

5) Verilerin Analizi

Parametrik değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Parametrik değişkenler bağımsız gruplarda t testi ile, kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Exact testi ile değerlendirilmiştir. P değeri <0.05 istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiş olup tüm istatistiksel işlemler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 programında yapılmıştır.

IV. BULGULAR

IV.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan bireylerin ortalama yaşı 27.9 ± 11.1 (18–67 yaş arasında) olarak bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %67'si 18–29 yaş grubunda idi. Bireylerin %70'ini kadınlar (ortalama yaş 26.7 ± 9.4 yıl) oluşturmaktaydı ($p=0.15$). İntihar girişiminde bulunan araştırma grubunun medeni durum dağılımlarına bakıldığında bunların %47'sinin bekâr (sözlü-nişanlı bu gruba dâhil edilmiştir.), %45'inin evli olduğu görülmüştür. Evli olanların ortalama evlilik yaşı 20.2 ± 3.4 yıldır. Bunların %26.7'sinin 0–4 yıl arasında evli olduğu ve %32'sinin 2 veya daha fazla çocuklu olduğu saptandı.

Bireylerin %61'i ilköğretim mezunu, %10'u üniversite mezunuydu. Mesleğe göre dağılımda bireylerin %32'si ev hanımı (çalışmayan bekâr kadınlar da bu gruba alındı.), %13'ü serbest meslek/çiftçi, %22'si öğrenci idi. Değerlendirmede çalışma grubu aylık geliri 550TL'den az, 550–1500 TL arası ve 1501 TL üzerinde olanlar şeklinde gruplandırıldı. Bireylerin %54'ünün aylık geliri 551–1500 TL arasında idi.

İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin annelerinin eğitim düzeyine bakıldığında %32'sinin okuryazar olmadığı, %55'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptandı ve annelerinin %93'ü ev kadını idi. Bireylerin babalarının %67'inin ilköğretim mezunu, %34'ünün işçi ve %34'ünün ise serbest meslek/çiftçi olduğu saptandı.

Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yer sorulduğunda %66'sının il merkezinde, %34'ünün ilçe merkezi ve belde-köylerde yaşadığı saptandı. İstatistiksel analiz içerisinde çalışma grubu il merkezinde yaşayanlar ve il merkezinde yaşamayanlar şeklinde iki grupta incelenmiştir.

Bireylerin %80'i anne-baba veya eşi ve çocukları ile birlikte yaşadıkları çekirdek aileye, %12'si bir ya da birkaç akrabası ile birlikte yaşadıkları geniş aileye, %8'i anne-babanın bir arada olmadığı parçalanmış aileye mensuptu. Anne-babanın sağ olup olmadığı sorgulandığında %70'inde anne-babanın sağ, %8'inde anne-babanın ölmüş olduğu saptanmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterli olmaması sebebiyle, anne-babanın sağ olması ya da en azından anne-babadan birisinin ölmüş

olmasına göre çalışma grubu ikiye ayrılmış ve bu şekilde istatistiksel değerlendirmeye alınmıştır.

Bireylerin %69'u aile üyeleri ile ilişkilerinin iyi olduğunu belirtmişlerdir. Bireylerin %50'si sigara içmekteydi. Çalışma grubunda alkol ve uyuşturucu madde kullanım sıklığı sırasıyla %8 ve %3'tü.

Çalışma grubuna ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma grubunda sosyodemografik özellikler.

		Sayı	Yüzde
Yaş grubu	18–29	67	67.0
	30–39	21	21.0
	40 ve üstü	12	12.0
Cinsiyet	Kadın	70	70.0
	Erkek	30	30.0
Medeni durum	Bekâr	47	47.0
	Evli	45	45.0
	Dul-boşanmış	8	8.0
Eğitim düzeyi	Okuryazar	5	5.0
	İlköğretim mezunu	61	61.0
	Lise mezunu	24	24.0
	Üniversite-yüksekokul mezunu	10	10.0
Meslek	İşsiz	21	21.0
	Ev kadını	32	32.0
	Memur, işçi, emekli	12	12.0
	Serbest, çiftçi	13	13.0
	Öğrenci	22	22.0
Aylık gelir	550 TL'den az	29	29.0
	551–1500 TL	54	54.0
	1501 TL'den çok	17	17.0
Annenin eğitim düzeyi	Okuryazar değil	32	32.0
	Okuryazar	8	8.0
	İlköğretim mezunu	55	55.0
	Lise mezunu	3	3.0
	Üniversite-yüksekokul mezunu	2	2.0
Babanın eğitim düzeyi	Okuryazar değil	15	15.0
	Okuryazar	7	7.0
	İlköğretim mezunu	67	67.0
	Lise mezunu	8	8.0
	Üniversite-yüksekokul mezunu	3	3.0
En uzun süre yaşadığı yer	İl merkezi	66	66.0
	İlçe, belde-köy	34	34.0
Aile tipi	Çekirdek	80	80.0
	Geniş	12	12.0
	Parçalanmış	8	8.0
Anne babanın durumu	Anne-baba sağ	70	70.0
	Anne sağ-baba ölü, anne ölü-baba sağ	22	22.0
	Anne ve baba ölü	8	8.0
Aile üyeleri ile ilişkiler*	Kötü	6	6.0
	Orta	25	25.0
	İyi	69	69.0
Alışkanlıklar	Sigara	50	50.0
	Alkol	8	8.0
	Uyuşturucu madde	3	3.0

*Olguların kendi bildirimlerine dayalı elde edilen bilgilerdir.

IV.2. İntihar Girişimiyle İlgili Özellikler

Çalışma grubundaki bireylerin %24'ü intihar girişiminden önce son bir ayda sıkıntı veren bir olay tanımladı. Bunların %70.8'i (tüm bireylerin %17'si) girişim öncesinde bir ayrılık (nişanlı-sözlüden ayrılma ve boşanma) yaşadığını belirtmişlerdir.

İntihar girişiminde bulunanların %89'u fazla miktarda ilaç alımı ile intihar girişiminde bulunmuştu. Bu bireylerin %77'si 07–22 saatleri arasında intihar girişiminde bulunmuş olmasına rağmen, çalışma grubunda değerlendirilen özellikler ile intihar girişimi saati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin %23'ünde fiziksel hastalık ve %36'sında ruhsal bozukluk öyküsü vardı. Çalışma grubunun %19'u intihar girişimi öncesinde ruhsal bozukluk nedeniyle tedavi gördüğünü bildirdi. Geçmişte intihar girişimi öyküsü oranı %43 olarak saptandı (Bunların %69.7'si daha önce bir kez, %29.3'ü ise iki kez intihar girişiminde bulduklarını bildirmiştir.).

Bireylerin %30'unda ailede fiziksel hastalık ve %8'inde ailede ruhsal bozukluk öyküsü saptandı. Ailede intihar girişimi veya tamamlanmış intihar öyküsü oranı ise %10'du.

İntihar girişimi nedeni olarak bireylerin %33'ü aile geçimsizliğini (eş, anne, baba, kardeş, kayınvalide-kayınpeder vs. ile sorunlar) neden olarak göstermiş olup, %28'i aniden öyle davrandığını belirtmiştir.

Çalışma grubunda intihar girişimiyle ilgili özellikler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. İntihar girişimiyle ilgili özellikler.

		Sayı	Yüzde
İntihar girişimi öncesi stres etkeni öyküsü*	Var	24	24.0
	Yok	76	76.0
İntihar girişimi öncesinde stres etkeni türü*	Nişanlı-sözlüden ayrılma	11	11.0
	Boşanma	6	6.0
	Ölüm	1	1.0
	Fiziksel şiddet	1	1.0
	Fiziksel hastalık	3	3.0
	Maddi sıkıntı	2	2.0
İntihar girişim yöntemi	İlaç	89	89.0
	Tarım ilacı	2	2.0
	Ası	2	2.0
	Yüksekten atlama	3	3.0
	Kesici alet	3	3.0
	Diğer	1	1.0
Hastalık ve intihar girişimi öyküsü*	Fiziksel hastalık öyküsü	23	23.0
	Ruhsal bozukluk öyküsü	36	36.0
	Ruhsal bozuklukla ilgili tedavi öyküsü	19	19.0
	İntihar girişimi öyküsü	43	43.0
Aile öyküsü*	Ailede fiziksel hastalık öyküsü	30	30.0
	Ailede ruhsal bozukluk öyküsü	8	8.0
	Ailede intihar öyküsü	10	10.0
İntihar girişimi nedenleri*	Ani davranış	28	28.0
	Ruhsal bozukluk	13	13.0
	Fiziksel hastalık	1	1.0
	Aile geçimsizliği	33	33.0
	Maddi sorunlar	7	7.0
	Okulla ilgili sorunlar	1	1.0
	İşle ilgili sorunlar	1	1.0
	Duygusal ilişkilerde sorunlar	13	13.0
	Yalnızlık	3	3.0

*Olguların kendi bildirimlerine dayalı elde edilen bilgilerdir.

IV.3. Birinci Eksen ve İkinci Eksen Tanıları

İntihar girişiminde bulunan bireylerin %87'inde SCID-I ve SCID-II'ye göre bir psikiyatrik bozukluk saptandı. Birinci eksen tanılarının %26'sını duygudurum bozuklukları oluşturuyordu. Bireylerin % 22'sinde saf majör depresif bozukluk ve eşlik eden bir psikiyatrik tanı ile birlikte toplam %42'sinde majör depresif bozukluk bulundu. Bireylerin %61'inde SCID-I'e göre I. Eksen tanısı saptandı. İstatistiksel değerlendirme için I. Eksen tanıları gruplandırılmıştır.

Çalışma grubunun I. Eksen tanılarının dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Birinci eksen tanılarının dağılımı.

I. Eksen tanıları	Sayı	Yüzde
Tanı yok	39	39.0
Duygudurum bozuklukları (Majör depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar I bozukluk)*	26	26.0
Anksiyete bozuklukları (Yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk)**	9	9.0
Anksiyete bozuklukları+Duygudurum bozuklukları***	17	17.0
Diğer (Şizofreni, sanrılı bozukluk, majör depresif bozukluk+genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu, madde bağımlılığı+majör depresif bozukluk)****	9	9.0
Toplam	100	100.0

*Bunların yirmi ikisi (%84.6) majör depresif bozukluk, üçü (%11.5) distimik bozukluk, biri (%3.8) bipolar I bozukluk (en son epizod depresif) idi.

**Biri (%11.1) yaygın anksiyete bozukluğu, üçü (%33.3) sosyal fobi, ikisi (22.2) özgül fobi, biri (%11.1) obsesif kompulsif bozukluk+panik bozukluğu, biri (%11.1) sosyal fobi+panik bozukluğu, biri (%11.1) obsesif kompulsif bozukluk idi.

***Yedisi (%41.1) majör depresif bozukluk+yaygın anksiyete bozukluğu, ikisi (%11.7) majör depresif bozukluk+sosyal fobi, üçü (%17.6) majör depresif bozukluk+panik bozukluğu, ikisi (%11.7) majör depresif bozukluk+obsesif kompulsif bozukluk, biri (%5.8) majör depresif bozukluk+obsesif kompulsif bozukluk+panik bozukluğu, biri (%5.8) majör depresif bozukluk+yaygın anksiyete bozukluğu+sosyal fobi, biri (%5.8) majör depresif bozukluk+panik bozukluk olmadan agarofobi idi.

****Biri (%11.1) şizofreni, biri (%11.1) sanrılı bozukluk, dördü (%44.4) depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu, ikisi (%22.2) majör depresif bozukluk+madde bağımlılığı, biri (%11.1) majör depresif bozukluk+genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk idi.

SCID-II görüşmesi sonucunda bireylerin %58'sinde II. Eksen tanısı saptandı. II. Eksen tanılarının %35'ini B kümesi kişilik bozukluğu oluşturuyordu. Bireylerin %23'ünde sınır kişilik bozukluğu saptandı. İstatistiksel analiz için kişilik bozuklukları gruplandırılmıştır.

Çalışma grubundaki II. Eksen tanılarının dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. İkinci eksen tanılarının dağılımı.

II. Eksen tanıları (Kişilik bozuklukları)	Sayı	Yüzde
Tanı yok	42	42.0
B kümesi kişilik bozukluğu (Sınır, antisosyal, histriyonik)*	35	35.0
C kümesi kişilik bozukluğu (Obsesif kompulsif, çekingen, bağımlı, pasif agresif)**	23	23.0
Toplam	100	100.0

*Bunların yirmi üçü (%65.7) sınır kişilik bozukluğu, dokuzu (%25.7) antisosyal kişilik bozukluğu, üçü (%8.5) histriyonik kişilik bozukluğu idi.

**Yedisi (%30.4) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, üçü (%13) çekingen kişilik bozukluğu, ikisi (%8.6) bağımlı kişilik bozukluğu, yedisi (30.4) pasif agresif kişilik bozukluğu, ikisi (%8.6) çekingen kişilik bozukluğu+obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, ikisi (%8.6) bağımlı kişilik bozukluğu+obsesif kompulsif kişilik bozukluğu idi.

IV.4. Birinci Eksen Tanılarıyla Sosyodemografik ve İntihar Girişimiyle İlgili Özellikler Arasındaki İlişki

Birinci eksen tanılarıyla cinsiyet arasında bir ilişki bulunmadı ($p=0.12$). O nedenle SCID-I ve SCID-II'ye göre belirlenen bozuklukların grupları cinsiyete göre ayrılmadan bakılmıştır.

Birinci eksen tanılarıyla yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlemlendi ($\chi^2=19.711$, $p=0.011$). 18-29 yaş grubundaki bireylerin %46.3'ünde (nispeten genç yaş grubu) herhangi bir tanı saptanmadı. Bu grubun %19.4'ünde duygudurum bozukluğu tespit edilirken diğer iki yaş grubunda (30-39 ve 40 ve üstü) duygudurum bozukluklarının sıklığı %38.1 ve %41.7 olarak saptandı.

Birinci eksen tanılarıyla medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=23.203$, $p=0.003$). Evlilerde duygudurum bozukluklarının oranı (%44.4), bekâr ve dul-boşanmış bireylere göre (%10.6 ve %12.5) daha sıklı.

Evlenme yaşı, evlilik süresi ve çocuk sayısı ile I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Birinci eksen tanılarıyla eğitim düzeyi, meslek grupları, aylık gelir durumu, anne-babanın eğitim düzeyi ve mesleği, en uzun süre yaşadığı yer, aile tipi, anne-babanın sağ olup olmama durumu ve aile üyeleri ile ilişkinin durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin I. Eksen tanıları ile sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$). I. Eksen tanılarıyla uyuşturucu madde kullanımı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2=13.061$, $p=0.011$). Uyuşturucu madde kullanan bireylerin ikisinde (%66.7) madde bağımlılığı ve depresyon eş tanısı varken, uyuşturucu madde kullanmayan bir kişide ise herhangi bir I. Eksen tanısı saptanmadı.

İntihar girişimi öncesi psikososyal stres etkeniyle I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=15.813$, $p=0.003$). Son bir ayda sıkıntılı bir olay yaşadığını belirtenlerin %54.2'sinde duygudurum bozuklukları saptandı. Duygudurum bozuklukları saptanan bu bireylerin %75'i intihar girişimi öncesinde bir ayrılık yaşadıklarını bildirmişlerdi.

İntihar girişimi yöntemi ile I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı ($p>0.05$). İntihar saatini 23-06 ve 07-22 olarak sınıflandırdığımızda intihar saati ile I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Bireylerdeki fiziksel hastalık ile I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$). I. Eksen tanılarıyla girişimden önce ruhsal bozukluk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2=13.045$, $p=0.011$). İntihar girişiminden önce ruhsal bozukluğu olduğunu ifade edenlerin %77.8'sinde I. Eksen tanısı vardı.

Birinci eksen tanılarıyla geçmişte intihar girişimi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($\chi^2=9.629$, $p=0.047$). Geçmişte intihar girişimi öyküsü bulunanların %32.6'sında ise duygudurum bozukluğu saptandı.

Ailede fiziksel hastalık, ruhsal bozukluk ve intihar girişimi öyküsü ile I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$).

İntihar nedenleri ile I. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=27.590$, $p=0.035$). İntihar nedeni olarak ruhsal bozukluk olduğunu ifade edenlerin %38.5'inde duygudurum bozuklukları tespit edilirken, aile geçimsizliği nedeni ile intihar girişiminde bulduklarını ifade edenlerin %27.3'ünde duygudurum bozukluğu, %24.2'sinde anksiyete bozukluğu+duygudurum bozukluğu saptandı; aniden öyle davrandığını belirtenlerin %57.1'inde herhangi bir I. Eksen tanısı yoktu.

Sosyodemografik özellikler ile I. Eksen tanıları arasındaki ilişki Tablo 5'de sunulmuştur.

Tablo 5. Sosyodemografik özellikler ile I. Eksen tanıları arasındaki ilişki.

		I. Eksen tanıları						
			Tanı yok	Duygudurum bozukluğu	Anksiyete bozukluğu	Anksiyete boz. + duygudurum boz.	Diğer	Top.
Yaş grubu ($\chi^2=19.711$, p=0.011)	18-29	Sayı	31	13	9	10	4	67
		%	46.3	19.4	13.4	14.9	6	100
	30-39	Sayı	3	8	0	5	5	21
		%	14.3	38.1	0	23.8	23.8	100
	40 ve üstü	Sayı	5	5	0	2	0	12
		%	41.7	41.7	0	16.7	0	100
Medeni durum ($\chi^2=23.203$, p=0.003)	Bekâr	Sayı	26	5	4	7	5	47
		%	55.3	10.6	8.5	14.9	10.6	100
	Evli	Sayı	9	20	5	9	2	45
		%	20	44.4	11.1	20	4.4	100
	Dul- boşanmış	Sayı	4	1	0	1	2	8
		%	50	12.5	0	12.5	25	100
Madde kullanımı ($\chi^2=13.061$, p=0.011)	Var	Sayı	1	0	0	0	2	3
		%	33.3	0	0	0	66.7	100
	Yok	Sayı	38	26	9	17	7	97
		%	39.2	26.8	9.3	17.5	7.2	100
İntihar girişimi öncesinde psikosozyal stres etkeni ($\chi^2=15.81$ p=0.003)	Var	Sayı	8	13	0	1	2	24
		%	33.3	54.2	0	4.2	8.3	100
	Yok	Sayı	31	13	9	16	7	76
		%	40.8	17.1	11.8	21.1	9.2	100
Girişimden önce ruhsal bozukluk ($\chi^2=13.045$, p=0.011)	Var	Sayı	8	9	7	9	3	36
		%	22.2	25	19.4	25	8.3	100
	Yok	Sayı	31	17	2	8	6	64
		%	48.4	26.6	3.1	12.5	9.4	100
İntihar girişimi öyküsü ($\chi^2=9.629$, p=0.047)	Evet	Sayı	11	14	3	8	7	43
		%	25.6	32.6	7	18.6	16.3	100
	Hayır	Sayı	28	12	6	9	2	57
		%	49.1	21.1	10.5	15.8	3.5	100
İntihar girişimi nedenleri ($\chi^2=27.590$, p=0.035)	Ruhsal bozukluk	Sayı	4	5	0	2	2	13
		%	30.8	38.5	0	15.4	15.4	100
	Aile geçimsizliği	Sayı	8	9	5	8	3	33
		%	24.2	27.3	15.2	24.2	9.1	100
	Duygusal ilişki sorunlar	Sayı	9	2	0	0	2	13
		%	69.2	15.4	0	0	15.4	100
	Ani davranış	Sayı	16	5	4	3	0	28
		%	57.1	17.9	14.3	10.7	0	100
Diğer	Sayı	2	5	0	4	2	13	
	%	15.4	38.5	0	30.8	15.4	100	

IV.5. İkinci Eksen Tanılarıyla Sosyodemografik ve İntihar Girişimiyle İlgili Özellikler Arasındaki İlişki

İkinci eksen tanıları ile cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek grupları, gelir düzeyi, en uzun süre yaşadığı yer, anne-babanın sağ olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Aile üyeleri ile ilişkinin durumu ve II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=21.262$, $p=0.0001$). Aile üyeleri ile ilişkileri orta düzeyde olanların %60'ında, kötü düzeyde olanların tamamında (toplam 6 kişi) (%100) B kümesi kişilik bozuklukları saptandı.

Aile tipi ile II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=11.514$, $p=0.021$). Parçalanmış aile yapısına sahip olanların %87.5'inde B kümesi kişilik bozuklukları saptandı.

İkinci eksen tanıları ile sigara ve uyuşturucu madde kullanımı öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Alkol kullanımı öyküsüyle kişilik bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=10.917$, $p=0.004$). Alkol kullanım öyküsü olan bireylerin tümünde kişilik bozukluğu (%87.5'i B kümesi kişilik bozuklukları) saptandı.

İntihar girişimi öncesi psikososyal stres etkeni ve intihar girişimi yöntemi ile II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). İntihar saatini 23-06 ve 07-22 olarak sınıflandırdığımızda intihar saati ile II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

İntihar girişimi öncesi fiziksel hastalık ve ruhsal bozukluk öyküsüyle II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$). İntihar girişimi öyküsü ile II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=21.786$, $p=0.0001$). Geçmişte intihar girişimi öyküsü olanların %60.5'inde B kümesi kişilik bozuklukları saptandı.

Ailede fiziksel hastalık, ruhsal bozukluk ve intihar girişimi öyküsü, intihar nedenleriyle II. Eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Sosyodemografik özellikler ile II. Eksen tanıları arasındaki ilişki Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. Sosyodemografik özellikler ile II. Eksen tanıları arasındaki ilişki.

		Kişilik bozuklukları				
			Tanı yok	B	C	Toplam
				kümesi	kümesi	
Aile üyeleri ile ilişki durumu ($\chi^2=21.262$, $p=0.0001$)	Kötü	Sayı	0	6	0	6
		%	0	100	0	100
	Orta	Sayı	7	15	3	25
		%	28	60	12	100
	İyi	Sayı	35	14	20	69
		%	50.7	20.3	29	100
Aile tipi ($\chi^2=11.514$, $p=0.021$)	Çekirdek	Sayı	37	24	19	80
		%	46.3	30	23.8	100
	Yarı geniş ve geniş	Sayı	4	4	4	12
		%	33.3	33.3	33.3	100
	Parçalanmış	Sayı	1	7	0	8
		%	12.5	87.5	0	100
Alkol ($\chi^2=10.917$, $p=0.004$)	Hayır	Sayı	42	28	22	92
		%	45.7	30.4	23.9	100
	Evet	Sayı	0	7	1	8
		%	0	87.5	12.5	100
İntihar girişimi öyküsü ($\chi^2=21.786$, $p=0.0001$)	Evet	Sayı	12	26	5	43
		%	27.9	60.5	11.6	100
	Hayır	Sayı	30	9	18	57
		%	52.6	15.8	31.6	100

IV.6. Birinci Eksen Tanıları ile İkinci Eksen Tanıları Arasındaki İlişki

Birinci eksen tanılarıyla eksen tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı ($\chi^2=32.648$, $p=0.000$). Duygudurum bozukluğu olan bireylerin %53.8'inde II. Eksende herhangi bir tanı saptanmazken, bu bireylerin %26.9'unda B kümesi kişilik bozuklukları saptandı. Anksiyete ve duygudurum bozukluklarının birlikte görüldüğü bireylerin %70.6'sında C kümesi kişilik bozuklukları vardı. Birinci eksen tanılarının alt kategorileri II. Eksen tanıları ile karşılaştırıldığı zaman farkın anksiyete+duygudurum bozukluğu ve II. Eksen tanıları arasında olduğu görüldü (Exact test: $p=0.0001$). Birinci eksen tanıları ile ikinci eksen tanıları arasındaki ilişki Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Birinci eksen tanıları ile ikinci eksen tanıları arasındaki ilişki.

I. Eksen tanıları	II. Eksen tanıları				
	Tanı yok	B kümesi	C kümesi	Toplam	
Tanı yok	Sayı	17	19	3	39
	%	43.6	48.7	7.7	100
Duygudurum bozuklukları	Sayı	14	7	5	26
	%	53.8	26.9	19.2	100
(Exact test: p=0.130)					
Anksiyete bozuklukları	Sayı	3	3	3	9
	%	33.3	33.3	33.3	100
(Exact test: p=0.136)					
Anksiyete bozuklukları+ duygudurum bozuklukları	Sayı	3	2	12	17
	%	17.6	11.8	70.6	100
(Exact test: p=0.0001)					
Diğer	Sayı	5	4	0	9
	%	55.6	44.4	0	100
(Exact test: p=0.645)					
Toplam	Sayı	42	35	23	100
	($\chi^2=32.648$, p=0.0001)	%	42	35	23

İntihar girişiminde bulunanlarda sadece I. Eksende tanısı olan 25 kişi (%25), sadece II. Eksende tanısı olan 22 kişi (%22), hem I. Eksen, hem de II. Eksende tanısı olan 36 kişi (%36), hiçbirinde tanı saptanmayan 17 (%17) kişi vardı. Evli olanların %48.9'unda hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları, dul-boşanmış olanların %50'sinde sadece II. Eksen tanısı saptandı ($\chi^2=18.453$, p=0.005). Alkol kullanım öyküsü olan bireylerin %62.5'inde sadece II. Eksen tanısı saptandı ($\chi^2=10.141$, p=0.017). İntihar girişimi öyküsü olanların %46.5'inde hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları saptandı ($\chi^2=15.835$, p=0.001). Ruhsal bozukluk nedeniyle intihar girişiminde bulduklarını söyleyenlerin %53.8'inde sadece I. Eksen tanısı, duygusal ilişkilerde sorunlar nedeniyle intihar girişiminde bulduklarını ifade edenlerin %46.2'sinde sadece II. Eksen tanısı saptanmışken, aile geçimsizliğini intihar nedeni olarak belirtenlerin %48.5'inde hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları vardı ($\chi^2=29.500$, p=0.003).

V. TARTIŞMA

Bu çalışmada Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi nedeniyle getirilen olguların oluşturduğu klinik bir örnekleme olguların sosyodemografik ve intihar girişimiyle ilgili özellikleri ve bu özelliklerin SCID-I ve SCID-II ile belirlenen I. ve II. Eksen tanılarıyla olan ilişkisi araştırıldı. Böylece intihar girişimlerinin önlenmesinde dikkate alınması gereken sosyodemografik ve klinik risk etkenlerinin neler olduğunun ortaya konulması amaçlandı.

Bu çalışmada olguların % 70'i kadın, %30'u erkekti. Kadınlar erkeklere göre daha sık intihar girişimde bulunmaktadır (104, 105). Kadınların intihar girişiminde bulunurken gerçekten yaşamlarına son verme güdülerinin erkeklerdeki kadar güçlü olmayışı ve buna karşılık kendilerini bu yolla ifade etme, yardım çağrısında bulunma, dikkat çekme güdülerinin daha güçlü olması ile ilişkili olabileceği düşünülebilir (106, 107). İntihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla görülmesi, kadınların isteklerini elde etme, kendilerini ifade edebilme ve kabullenilme açılarından daha yetersiz durumda bulunmalarına da bağlanabilir (107).

Çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin %67'si 18-29 yaş aralığındadır. Yapılan çalışmalarda genç yetişkin grupta intihar girişiminin yaygın olduğu görülmektedir (108, 109). Ortalama yaş değerleri 27.9 ± 11.1 olarak bulunmuş olup, Türkiye'de yapılmış bir çalışmada saptanan yaş ortalamasına yakın oranlar bulunmuştur (107). Erikson'a göre, genç yetişkinlik çağında artık birey kendi kimliğini bir başkasının ya da başkalarının kimliği ile birleştirebilmeye hazırlar. Bu evre yakın ilişkiler kurma evresidir. Bu evrede kişi yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilir ya da başaramayabilir. Bu da derin bir yalnızlık duygusu ve kendi kendine kalmaya neden olabilir. Yakın ilişkiler kurmaya çalışılırken önemli kişilik sorunları gelişebilir (110). Bu problemleri yaşayan birey intiharı kaçış yolu olarak görebilir. Bu dönemde duygusal ilişkilerde yaşanan hayal kırıklığı, akademik yaşamda karşılaşılan güçlükler, ekonomik kaygılar ve yetersiz aile desteği intihar girişimini tetikleyebilir.

Welch, 2001 yılında yaptığı bir çalışmada bekâr ya da boşanmış olmanın intihar girişimi için bir risk etkeni olduğunu ve intihar girişimlerinin bekâr ya da

boşanmış kişilerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir (111). İntihar girişimi ve medeni durum arasındaki ilişkinin karmaşık olduğu; intihar riskinin boşanma sırasında yaşanan kişilerarası anlaşmazlıktan, evli iken yaşanmış olan problemlerden ya da yalnız yaşayan bireylerde sosyal desteğin olmamasından kaynaklanabileceği bildirilmiştir (111). Bu çalışmada da intihar girişiminde bulunanların %47'sinin bekâr (sözlü-nişanlı bu gruba dâhil edilmiştir.), %45'inin evli olduğu saptanmış olup oranların birbirine yakın olduğu görülmüştür. Çalışmada genç yetişkin bireylerin çoğunlukta olmasından ötürü yakın oranlar çıkmış olabilir.

Olguların %66'sı ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahipti. Bu bulgudan hareketle eğitim düzeyi düştükçe intihar girişimi oranının arttığı düşünülebilir. Eğitim düzeyi düşük bireylerde karşılaşılan problemlerde çözüm yolunun bulunamaması durumunda intihar girişimi hem alternatif bir çözüm yolu, hem de kendini ifade etme şekli olarak ortaya çıkmış olabilir. Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (107, 112, 113).

İntihar girişimlerinin ekonomik olarak bağımlı ev kadını, öğrenci gibi kişilerde ve bir işi olmayanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (30-32, 112). Çalışmada meslek gruplarına bakıldığında en fazla intihar oranının ev kadını (%32), öğrenci (%22) ve işsizlerde (%21) olduğu görülmüştür. İşsizliğin intihar riskini artırdığı düşünülmektedir (111). Literatürde intihar girişiminde bulunan bireylerde işsizlerin oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (111). İşsizlik ve intihar girişimi arasındaki ilişki, etnik ve kültürel etkenler ya da bireylerin yaşadığı umutsuzlukla açıklanmaya çalışılmıştır (111). Bu çalışmada, ekonomik olarak bağımlı ev kadınları, öğrenciler ve işsizlerde, ekonomik kaygılar ve sıkıntılar bireyde çaresizlik duygusu yaratmış, umutsuzluğa yol açmış ve intihar girişimine sebep olmuş olabilir.

Düşük sosyoekonomik düzey intihar girişimi için risk etkenleri arasında sayılmaktadır (24). İntihar girişimi, aynı zamanda düşük eğitim düzeyi ve kötü çevre şartları bulunan bölgelerde yaşama ile de ilişkilendirilmektedir (24, 111, 114). Türkiye İstatistik Kurumu'ndan alınan Ağustos 2009 fiyatlarına göre yapılan araştırmada çalışan tek kişinin yoksulluk sınırı 1.405.56 TL olarak hesaplanmıştır (115). Bu çalışmada da bireylerin %83'ün aylık gelirinin 1500 TL'nin altında olduğu

saptanmıştır. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarısından fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte iken, kadınların %5’i, erkeklerin ise %10’u üst sosyal sınıftan gelmektedir (24). İntihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal bakımdan fakirlik genel topluma oranla daha sıktır (24). Kötü çevre koşulları, yaşanan ekonomik sorunlar yaşam kalitesinin düşmesine, var olan psikiyatrik problemlerin daha erken ortaya çıkmasına yol açarak intihar düşüncesini gündeme getirmiş olabilir. Bu konuda nedensellik ilkesinden bahsedilemez. Agerbo ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada, anne-babanın eğitim düzeyinin ve sosyoekonomik durumunun düşük olmasının tek değişkenli analizde intihar riskini artırdığı bulunmuştur (116). Anne-babada ruhsal bozukluk varlığı veya intihar girişimi öyküsü dikkate alındığında, düşük sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyinin bağımsız öngördürücü etkisi kaybolmuştur (116). Bu çalışmada da intihar girişiminde bulunan olguların anne babalarının çoğunda eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Neden-sonuç ilişkisi açısından bakıldığında Agerbo ve ark.’nın (116) yaptığı yorum akla yakın gibi gözükmemektedir. Ruhsal bozukluğun, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik durumun nedeni olması muhtemeldir.

En uzun süre yaşadıkları yer sorulduğunda olguların %66’sı il merkezinde yaşadıklarını belirtmiştir. Bu bulgu literatürle uyumludur (34, 117). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da intihar girişiminde bulunmuş bireylerin %78’inin merkezde yaşadığı saptanmıştır (113). Şehir merkezinde yaşamak intihar riskini artırıyor olabilir. Bu, şehir merkezinde yaşayan bireylerin intihar araçlarına (özellikle ilaç) daha kolay ulaşabilmelerinden veya stresli yaşam olaylarıyla daha sık karşılaşmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada olguların %80’inde çekirdek aile yapısı vardı ve %70’nin anne-babası hayattaydı. Şenol ve ark.’nın yaptıkları bir çalışmada intihar girişimiyle acil servise başvuran olguların %82’sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur (107). Çekirdek aile üyelerinde intihar girişimlerinin sık görülmesinin bir nedeni de, bu aile yapısında görülen destek sistemlerinin geleneksel ailelerde görülen destek sistemlerine göre yetersiz kalması ile ilişkili olabilir (107).

Alkol ve madde kullanımının değişik yaş gruplarında intihar riskini artırdığı gösterilmiştir (118). Bir çalışmada, epidemiyolojik çalışmaların sigara ile intihar

arasında, sigara ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiye benzer bir ilişki bildirdiği, ileriye dönük çalışmalar ile de sigara içme ve intihar riskinde doz bağımlı bir artış bildirildiği ve gelir, ırk, miyokard enfarktüsü, diyabet, alkol gibi potansiyel katkıda bulunan etkenler için düzeltme yapıldıktan sonra da sigara içicilerinde intihar oranının yüksek olarak kaldığı ileri sürülmüştür (119). Bu çalışmada olguların yarısı sigara içmekteydi, %8'inde alkol ve %3'ünde madde alışkanlığı vardı. Bu çalışmada alkol ve madde kullanımı başka çalışmalarda (120, 121) belirtilen oranlardan düşük oranlarda çıkmıştır. Bu, Türk toplumunun geleneksel ve kültürel yapısı nedeniyle bireylerin alkol ve madde kullandıklarını ifade etmemelerinden ya da kullanmamalarından kaynaklanıyor olabilir.

İntihar girişiminde yaşamsal olaylar ve travmaların tetikleyici rol oynadığı, intiharın stresli yaşam olaylarına karşı verilen tepki olarak ortaya çıktığı, bu nedenle bireyin yardım çağrısı yanında çaresizlik ve umutsuzluğunun da bir göstergesi olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (122). Bu yaşam olayları sıklıkla eş ile ilişki sorunlar, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey gibi psikososyal stres etkenleridir (10). Çalışma grubundaki bireylerin sadece %24'ü intihar girişiminden önce psikososyal stres etkeni yaşadıklarını bildirmiştir. Bu oran literatürdeki çalışmaların belirttiği oranlardan daha düşüktür (40, 54). Yaşadıkları psikososyal stres etkenini belirtmemiş, ya da intihar girişiminden çok daha önce sıkıntılı bir olay (boşanma, ayrılık, cinsel saldırı, hırsızlık, ölüm vs.) yaşamış olabilirler.

İntiharda yöntem seçiminde hem yöntemin elde edilebilirliği hem de sosyokültürel olarak kabul edilebilirliği önemlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde iki cinsiyette de intihar yöntemleri içinde %57 ile en sık kullanılan yöntem ateşli silah, erkeklerde en sık ikinci yöntem ası, kadınlarda ise zehirlenme olarak belirtilmektedir (123). Yüksek dozda ilaç alımı ile olan intihar girişimleri ölümle sonuçlanmadan kişilerin dikkat çekme-kendini ifade etme hedeflerine ulaşmasına yardım eder. Diğer yandan kolay bulunabilirlik, yöntemin toplumsal kabul görmesi ve kullanılan aracın alışılmış kullanımına bağlı, ilgili yönteme aşinalık, intihar girişiminde kullanılacak yöntemin seçiminde belirleyici unsurlardır (107). Çalışmamızdaki olguların %91'i fazla miktarda ilaç alarak intihar girişiminde bulunmuşlardır. Bu bulgu Türkiye'de ve dünyadaki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (107, 109, 113, 124).

Bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun en önemli göstergelerinden biri daha önceki intihar girişimleridir (125–127). Bir çalışma, intihar girişimcilerinin %40'ının daha önce en az bir kez girişimde bulunmuş olduklarını bildirmiştir (125). Bu çalışmada olguların %43'ünün özgeçmişinde intihar girişimi vardı. En fazla girişim türü ise yüksek doz ilaç alımıydı. Bunların %69.7'si geçmişte en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu. Bireyler intihar ve kendine zarar verici davranışları sorunlarla baş etme mekanizması olarak kullanmış ve bunu alışkanlık haline getirmiş olabilir. Eş zamanlı ruhsal bozukluğun varlığı da intihar girişiminin tekrarlama riskini artırıyor olabilir.

Bu çalışmaya katılan bireylerin ailelerinde ruhsal bozukluk ve intihar girişimi öyküsü oranı sırasıyla %8 ve %10 idi. Ailesinde intihar eden ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olan bireylerde intihar oranı yükselmektedir. İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne babalarında psikopatoloji sıklığı da yüksektir (19). İntihar girişiminde bulunan bireylerin yakınlarında, ailesinde intihar girişimi öyküsü olmayanlara göre intihar riski olasılığı daha yüksektir. Var olan ruhsal bozukluklardan bağımsız olarak intihar davranışlarında ailesel geçiş olabilir (128). Çocukluk döneminde aile üyelerinin intihar davranışını model alma gibi etkenler de etkili olabilmektedir (129).

Çalışmada aile geçimsizliği (eş, anne, baba, kardeş, kayınvalide-kayınpeder vs. ile sorunlar) en sık intihar girişim nedeni olarak saptanmıştır (%33). Olguların %28'i aniden öyle davrandıklarını, %13'ü ise duygusal ilişkilerde sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Bir çalışmada aile içi geçimsizlik, hastalık ve geçim zorluğu ilk üç sırada yer alan intihar girişim nedenlerini oluşturmuştur (107). Birey için önemli olan kişilerle ilişki sorunlarının intihara neden olan durumların başında geldiğini, eşle yaşanan kavgaların en sık rastlananlardan olduğu belirtilmiştir (19). Türkiye'deki kayıtlar intihar girişiminde bulunan bireyler arasında kişilerarası sorunların yoğun olduğunu göstermektedir (77). Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi kayıtlarına göre intihar girişimlerinde ilk üç neden, kişilerarası ilişkilerde yaşanan problemlerdir. Bu kayıtlara göre, %21'i sevdiği tarafından terk edilme, %20'si evlilik sorunları ve %15'i anne-babayla sorunlar yüzünden intihar girişiminde bulunmuştur (130). Sosyal bir varlık olan insanın yaşamı ve varoluşsal alanı anlamlandırılabilmesini sağlayan ana etken sıcak ve doyurucu insan

ilişkileridir. İntiharı düşünen ve girişimde bulunan bireylerin insan ilişkilerinde fazla sorun yaşamalarına rağmen, bu sorunların çözümlerine yönelik daha az çözüm şekli üretebildikleri gösterilmiştir (77). Bu çalışmada da eş, anne-baba, kardeş veya arkadaşlarıyla sorun yaşamış olan olgular bu sorunlara çözüm yolu bulamamış, zorluk ve sorunlarla baş edemediği için intihar girişimde bulunmuş olabilirler. Bir kişilik özelliği olarak dürtüsellik intihar için önemli bir risk etkenidir (77). Dürtüsellik kabaca “düşünmeden hareket etme” olarak tanımlanabilir. Kendini öldüren ya da girişimde bulunan kimse kızgınlık ve öfkeyle bu davranışa kalkışmaktadır. Dürtüsel birinin, stres hissettiği, bir kayıp veya kaygı yaşadığı zaman dürtüselliklerinin artacağı belirtilmektedir. Kişi intiharda saldırganlık dürtülerini kendisine yöneltmektedir (77). Aniden öyle davranarak intihar girişimde bulduklarını belirten olgular yaşadıkları bir problem karşısında kızgınlık ve öfkeyle intiharı düşünmüş olabilirler.

İntihar girişiminde önemli risk etkenlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik bozuklukların varlığıdır. İntihar girişimlerinde %90'lara kadar varan oranlar bildirilmektedir (131). İntiharlarda ruhsal bozuklukların oranı Brown ve ark. (132) tarafından %61, Conwell ve ark. (133) tarafından %90.1 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda literatürle uyumlu biçimde olguların %87'inde SCID-I ve SCID-II'ye göre bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Kendini öldüren, öldürmeyi deneyen veya kendini öldürmeyi düşünen kimselerin büyük bir bölümünün ruhsal açıdan sorun yaşadığı ve bu sorunun verdiği mutsuzluğun insanı kendi canına kıymaya götürdüğü düşünülmektedir (77). Çalışmada olguların %61'inde I. Eksen tanısı vardı. Psikiyatrik bozukluklar arasında intihar oranı en yüksek olan tanı grubunun depresif bozukluk spektrumu olduğu bilinmektedir (131). Yamada ve ark.'nın yaptığı çalışmada %24 oranında duygudurum bozuklukları (109), Santos ve ark.'nın yaptığı çalışmada %38.9 oranında depresyon (120), Özdel ve ark.'nın Türkiye'de yapmış oldukları bir çalışmada ise %28.5 oranında majör depresif bozukluk saptanmıştır (134). Bu çalışmada da yapılan çalışmalara benzer şekilde %22 oranında majör depresif bozukluk, %26 oranında majör depresif bozukluğu da içine alan duygudurum bozuklukları görülmüştür. Kişide büyük bir mutsuzluk ve karamsarlık yaratan depresyon bireye çaresizlik, umutsuzluk ve karamsarlık duyguları yaşatır. Bireyi kendi canına kıymayı götüren depresyon değil, depresif duygudurumun kişide

yol açtığı umutsuzluk hisleridir. Bu durumda kişi gerek kişisel olaylar gerekse sosyal-çevresel olaylar tarafından sıkıştırıldığını, başka çıkış yolunun olmadığını hisseder, tek çarenin kendi yaşamına son vermek olduğunu düşünür. Ölmek bir kurtuluş gibi algılanır (77). Bu çalışmada sadece iki kişide (%2) madde bağımlılığı saptanmıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda alkol ve madde bağımlılığı oranı, bu çalışmada bulunan oranlardan daha yüksek oranlarda bulunmuştur (120, 121). Bu çalışmadaki bulgular Türkiye’de yapılmış olan başka bir çalışmanın sonuçlarına benzerdir. Ateşci ve ark. yaptıkları çalışmada %1.7 gibi düşük bir oranda madde bağımlılığı bulmuştur. Toplumumuzda özellikle bu bölgede (iç ve doğu anadolu), batı ülkelerine göre madde kötüye kullanımı yaygınlığının görece düşük olması ve alkol kullanımına olumlu bakılmaması, ayrıca kişilerin alkol ve madde kullandıklarını açıklama konusundaki çekingenlikleri bu oranı azaltmış olabilir (131).

Birinci eksen tanılarıyla yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 18-29 yaş grubunun %46.3’ünde herhangi bir tanı saptanmamış olup diğer iki yaş grubunda (30-39 ve 40 ve üstündeki yaş grubu) duygudurum bozukluğu daha sık olarak saptanmıştır. Duygudurum bozuklukları, özellikle depresyon, kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de, bu bozuklukların genç yaşlarda görüldüğüne ilişkin veriler bulunmaktadır (135). Bu çalışmada da intihar girişimde bulunmuş bireylerin duygudurum bozukluğu (çoğunluğu depresyon) olanların 30 yaş ve üstündeki bireyler olduğu görülmüştür. Depresyonda intihar riski yaşla artmaktadır (136).

Evli olan olgularda duygudurum bozuklukları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla saptandı. Evliliğin kadında depresyon için dezavantaj olduğu, depresyona duyarlılığı artırdığı ileri sürülmektedir. Evli kadınlarda depresyon evli erkeklere göre daha sıktır (136). Bu çalışmada olguların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır ve olguların çoğunluğu aile geçimsizliği nedeni ile intihar girişiminde bulduklarını ifade etmiştir. Evlilikte eşle yaşanan ve çözüm bulunamayan problemler, çocukların bakımı sırasında yaşanan zorluklar özellikle kadınlarda depresyona yatkınlık oluşturmuş ve bu sorunlarla baş edemeyen olgularda çözüm yolu olarak intiharı düşündürmüş olabilir. Bekâr ya da boşanmış olmanın intihar için bir risk etkeni olduğu belirtilmesine rağmen (108), evli olan bireylerde

duygudurum bozukluğunun (özellikle depresyon) da bir risk etkeni olabileceği söylenebilir.

Psikososyal stres etkeni olan olgularda duygudurum bozuklukları daha fazla görüldü. Ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak gibi birçok psikososyal olayın duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasında rol oynadığı belirtilmektedir (127). Bu çalışmada intihar girişimi öncesinde sıkıntılı bir olay yaşadıklarını ifade edenlerin çoğunda girişim öncesinde bir ayrılık yaşandığı saptanmıştır. Hayashi ve ark.'nın intihar davranışı ile ilgili yapmış olduğu bir çalışmada ise duygudurum bozuklukları yaşam olayları ile ilişkili bulunmamıştır (126).

Çalışmada intihar girişimi öncesi ruhsal bozukluğu olduğunu ifade edenlerin %77.8'sinde I. Eksen tanısı saptandı (%25'i duygudurum bozukluğu, %25'i duygudurum bozukluğu+anksiyete bozukluğu). İntihar girişiminde önemli risk etkenlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik bozuklukların varlığıdır (121). Bu çalışmada da intihar girişiminde bulunan ve ruhsal bozukluğu olduğunu belirtenlerin çoğunluğunda I. Eksen tanısı saptanmıştır. Girişim öncesinde ruhsal bozukluğu olan olgular ruhsal bozuklukları nedeniyle, örneğin, depresyonu nedeniyle yaşadığı umutsuzluk duygusundan dolayı, panik atağı nedeniyle yaşadığı korku ve dehşet duygusundan kurtulmak için, şizofrenide varsanı ve sanrıları nedeniyle ölümü bir çözüm olarak görmüş olabilirler.

Çalışmada geçmişte intihar girişimi öyküsü olan olgularda duygudurum bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı. Japonya'da yapılan bir çalışmada da duygudurum bozuklukları önceki intihar girişimleriyle ilişkili bulunmuştur (126). Bu bulgu çalışmanın verileriyle uyumluydu. Majör depresyonla ilişkili olarak, geçmişteki intihar davranışları kişinin gelecekte intihar davranışında bulunma olasılığını artırmaktadır. Birçok araştırma bulgusu, ölümle sonuçlanmayan intihar girişiminde bulunanların tekrar girişimde bulunma veya kendilerini öldürme risklerinin yüksek olduğunu göstermektedir (77). Depresyon yaşam boyu ataklarla süren bir hastalıktır. Umutsuzluk, kötümserlik, benlik saygısında düşme ve suçluluk

duyguları intihar düşünce ve eylemlerini uyarır (136). Her depresyon atağında bireyin intihar düşünce ve girişimleri olabilir.

Olgular tarafından bildirilen intihar nedenleri ile I. Eksen tanıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İntihar nedeni olarak ruhsal bozukluğu olduğunu ifade edenlerin çoğunluğunda duygudurum bozukluğu, aile geçimsizliği nedeni ile intihar girişiminde bulduklarını ifade edenlerin büyük bir kısmında da duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu+duygudurum bozukluğu saptanmıştır. Aniden öyle davrandığını belirtenlerin %57.1'inde herhangi bir I. Eksen tanısı saptanmamıştır. Olgularda en sık rastlanılan tanı duygudurum bozukluğu idi. Bununla birlikte olgular tarafından en sık bildirilen intihar nedeni ise aile geçimsizliği olarak saptanmıştı. Duygudurum bozukluklarının ortaya çıkışında aile bunalımlarının, kişilerarası ilişkilerdeki çatışmaların rol oynadığı bilinmektedir. Aile geçimsizliği yaşayan bireyler var ise ruhsal bozukluklarının da etkisiyle sorunlara çözüm yolu bulamamış, kendisini sıkıştırılmış hissetmiş ve intihar girişimde bulunmuş olabilir. Çalışmanın sonuçları bunlarla ilişkili olarak ortaya çıkmış gibi gözükmektedir.

Psikiyatrik bozukluklar içinde kişilik bozuklukları da intihar riskini artıran bir tanı kategorisidir. Kişilik bozukluğu olanlar arasında intihar davranışı yaygındır. DSM-IV kişilik bozukluklarını, kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan davranış ve iç yaşantılarından oluşan ve süregiden bir örüntü olarak tanımlamaktadır. Sözü edilen örüntü kişinin kendisi, başkaları ve olaylarla ilgili düşünceleri; duygulardaki oynaklık; kişilerarası işlevsellikteki uygunsuzluk ve dürtü kontrolünde yaşanan zorlukları kapsamaktadır (77). Çalışmada, SCID-II'ye göre olguların %58'sine kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Kişilik bozuklukları arasında en fazla sınır kişilik bozukluğu saptanmış olup, B kümesi kişilik bozuklukları %35 oranında, C kümesi kişilik bozuklukları %23 oranında bulunmuştur. Suominen ve ark.'nın yaptığı çalışmada olguların %29.8'de B kümesi kişilik bozukluğu (73), Hayashi ve ark.'nın yaptığı çalışmada olguların %56'sında sınır kişilik bozukluğu bulunmuştur (126). Bu bulgular çalışmamızın bulgularıyla uyumluydu.

İntihar girişiminde bulunan olguların aile üyeleri ile ilişkileri sorgulandığı zaman, ilişkileri orta düzeyde olanların çoğunluğunda, kötü düzeyde olanların tamamında B kümesi kişilik bozukluğu saptanmıştır. Parçalanmış ailesi olan olgularda da anlamlı olarak B kümesi kişilik bozuklukları daha fazla görülmüştür. Sınır kişilik bozukluğunda temel olarak duygudurumda, kişilerarası ilişkiler ve benlik imgesinde dengesizlikler görülür. Kişilerarası ilişkilerde aşırı idealleştirme ve değersizleştirme sık olarak görülür. Anne-babayla ciddi çatışmaların olduğu ileri sürülür. Antisosyal kişilik bozukluğu, parçalanmış ailelerde, ailelerinde alkol kullananlarda, anne yoksunluğu olanlarda sıktır. Anne çocuk ilişkisinde tutarsızlık ve dürtüsellik de sık olarak bulunur (137). Bu çalışmada aile üyeleri ile ilişkileri iyi olmayan, parçalanmış ailesi olan, B kümesi kişilik bozukluğu saptanmış olan olgular yaşadıkları kişilerarası çatışmalar, anne babayla yaşanan problemler, aile içi desteğin azlığı sonucu veya dürtüsel olarak intiharı düşünmüş olabilirler.

Çalışmada, alkol kullanımı olan az sayıda olguda anlamlı olarak B kümesi kişilik bozukluğu bulunmuştur. Alkol kullanım öyküsü olan olguların çoğunda sadece II. Eksen tanısı saptandı. İntihar girişimi, kişilik bozukluğu olanlarda depresif bozukluk ve alkol kullanımı yatkınlığı ile ilişkili olabileceği gibi, kişilerarası ilişkiler ve sosyal uyumdaki güçlükler, kötü yaşam olayları ile de ilişkili olabilir. Çalışmada madde kullanımı ve kişilik bozuklukları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen, madde bağımlılığı olan iki kişide aynı zamanda antisosyal kişilik bozukluğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan olgular arasında kişilik bozukluklarına daha fazla rastlanmasının bir nedeni de kişilik bozukluğu olanlar arasında madde kötüye kullanım sorunlarının yaygın olmasıdır. Kişilik bozukluğu olan bireylerde hem madde kullanımının, hem de alkol bağımlılığının intihara eğilim açısından önemli olduğu belirtilmektedir (77).

İntihar girişimi öyküsü olan olguların çoğunluğunda B kümesi kişilik bozukluğu saptanmıştır. Sınır kişilik bozukluğunda intihar tehditleri, intihar davranışları, kendine zarar verici davranışlar sık olarak gözlenmektedir (129). Suominen ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde B kümesi kişilik bozukluğunun önceki intihar davranışlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (73).

Birçok araştırmacı B kümesi kişilik bozukluklarının (özellikle sınır kişilik bozukluğunun) ve bunların ilişkili olduğu I. Eksen bozukluklarının artmış risk etkenleri arasında olduğuna dikkat çekmiştir. Bununla birlikte, kişilik bozuklukları ve onunla birlikte görülen depresyon ya da madde kötüye kullanımı, riski daha da artırmaktadır (138). Henriksson ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada en sık saptanan tanı majör depresif bozukluk olup, depresyonun %31 oranında kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu, anksiyete bozukluklarının da dörtte üçünde depresyon, yarısında kişilik bozuklukları saptanmıştır (4). Bu bulgular çalışmanın bulgularıyla uyumluydu. Bu çalışmada duygudurum bozukluğu olan olguların %26.9'unda B kümesi kişilik bozuklukları olduğu görülmüştür. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları eş tanılarının olduğu olguların %70.6'sında C kümesi kişilik bozuklukları saptanmıştır. Çoğu araştırma sınır ve antisosyal gibi B küme kişilik bozuklukları üzerine odaklanılmış olmasına rağmen, bir çalışma C küme kişilik bozuklukları, özellikle bağımlı kişilik bozukluğu depresyon eş tanısının artmış intihar davranışı riski ile ilişkili olabileceğini göstermiştir (139). Bağımlı ve çekingen kişilik bozukluklarında depresyon ve anksiyete bozuklukları sık olarak görülmektedir (137).

İntihar girişiminde bulunan olgulardan evli olanlarda hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları, dul-boşanmış olanlarda sadece II. Eksen tanısı istatistiksel olarak daha fazla saptandı. Daha önceden de belirtildiği gibi, evlilikte eşle ya da çocuklarla yaşanan ve çözüm bulunamayan problemler, bazı psikiyatrik bozukluklara özellikle depresyona yatkınlık oluşturmuş olabilir. Kişilik bozukluğu olan kişiler, iş yaşamlarında ve özel ilişkilerinde zorluklar yaşarlar; davranış ve tutumlarının başkalarını nasıl etkilediğini göz önünde bulundurmazlar. Bu kişilerin strese dayanma eşikleri düşüktür (69). Bu çalışmada da hem evli, hem de dul-boşanmış, kişilerarası ilişkileri bozuk olan, iş yaşamlarında problem yaşayan olgular bu problemlerle baş edemeyerek, stresli oldukları bir zamanda intihar girişiminde bulunmuş olabilirler.

Ruhsal bozukluk nedeniyle intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunda sadece I. Eksen tanısı, duygusal ilişkilerde sorun yaşamaları sebebiyle intihar girişiminde bulduklarını ifade edenlerin çoğunluğunda sadece II. Eksen tanısı, aile geçimsizliğini intihar nedeni olarak belirtenlerin çoğunluğunda ise hem I. Eksen,

hem de II. Eksen tanıları saptandı. Daha önceden de belirtildiği gibi, ruhsal bozukluğu olan bireyler, var olan ruhsal bozuklukları nedeniyle (çoğunluğu depresyon), kişilerarası problem yaşama olasılığı yüksek kişilik bozukluğu olan olgular, duygusal ilişkilerinde problem yaşamaları sebebiyle intihar girişimini bir baş etme yöntemi olarak seçebilmektedirler. Ayrıca ailesel problemler yaşayan ruhsal bozukluğu ve kişilik bozukluğu olan olgular evde eşleriyle ya da çocuklarıyla yaşadıkları sorunlara bir çözüm yolu bulamayarak intiharı çözüm olarak görmüş olabilirler.

İntihar girişimi öyküsü olan olguların çoğunluğunda hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları saptandı. Kendine zarar verici ve intihar davranışları görülebilen kişilik bozukluğu olguları var olan ruhsal bozukluklarının da etkisiyle kendilerini çaresiz, umutsuz hissedebilirler. Çalışmada bu olgular umutsuzluk hissettikleri anda kurtuluş olarak intiharı düşünmüş, bir zorlukla karşılaştığında aklına hemen intihar davranışına başvurmak gelmiş ve bunu tekrarlamış gözükmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın bir takım kısıtlılıkları vardır. İlk olarak, örneklem büyüklüğü yeterli değildi. Kontrol grubu olmaması nedeniyle hasta olanların sağlıklı olanlara oranla hangi nispette risk altında olduğunu belirleyen "Odds oranı"ndan bahsedilemedi.

Bu çalışma, sadece intihar girişiminin başarısız olduğu bireyleri incelemeye aldığı için tamamlanmış intiharları da içeren girişimlerle ilişkili özellikler burada yer almamaktadır. Çalışma sonuçları, yöntemde tanımlanan çalışma grubuyla sınırlıdır. Dahası, çalışma grubu Sivas ilindeki bireylerden oluştuğu için, sonuçlarla ilgili genelleme yapılamaz.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

İntihar giderek artan bir halk ve ruh sağlığı sorunu olmaktadır. Bu durum ile ilgili olarak risk etkenlerini değerlendirmek, önleyici çalışmalarda bulunmak önemli gibi gözükmektedir. Bu çalışmada Sivas ilinde intihar girişiminde bulunan olguların sosyodemografik ve intihar girişimiyle ilgili özellikleri, bu özelliklerin SCID-I ve SCID-II ile belirlenen I. ve II. Eksen tanılarıyla olan ilişkisinin araştırılması ve bunlarla ilgili risk etkenlerinin ortaya konması amaçlandı.

1- Çalışmada kadınlarda, 18–29 yaş grubunda, bekârlarda, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindekilerde, ev kadınlarında ve işsizlerde, düşük sosyoekonomik düzeydekilerde, anne-babası düşük eğitim düzeyinde olanlarda, çekirdek aile yapısı olanlarda, il merkezinde yaşayanlarda, sigara içenlerde intihar girişimi daha sık olarak saptandı.

2- İntihar girişimde en sık kullanılan yöntem fazla miktarda ilaç alımı idi.

3- Olguların %36'sinde ruhsal bozukluk, %43'ünde intihar girişimi ve %10'unda ailede intihar öyküsü vardı.

4- En sık intihar nedeni olarak aile geçimsizliği bildirildi.

5- Olguların %61'inde I. Eksen tanısı, %58'sinde II. Eksen tanısı saptandı.

6- En sık saptanan I. Eksen tanısı majör depresif bozukluk, en sık saptanan II. Eksen tanısı sınır kişilik bozukluğu idi.

7- Evli olanlarda, 30 yaş ve üstü olanlarda, girişim öncesi psikososyal stres etkeni ve intihar girişimi öyküsü olanlarda duygudurum bozukluğu daha sıktı.

8- İntihar nedeni olarak ruhsal bozukluğu olduğunu ifade edenlerin çoğunluğunda duygudurum bozukluğu, aile geçimsizliği nedeni ile intihar girişiminde bulduklarını ifade edenlerin büyük bir kısmında da duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu+duygudurum bozukluğu saptandı.

9- Aile ilişkileri iyi olmayanlarda, parçalanmış aileye sahip olanlarda, alkol kullanım ve intihar girişimi öyküsü olanlarda B kümesi kişilik bozukluğu daha fazlaydı.

10- Duygudurum bozukluğu olan olguların %26.9'unda B kümesi kişilik bozukluklarının, anksiyete ve duygudurum bozuklukları eş tanılarının olduğu olguların %70.6'sında ise C kümesi kişilik bozukluklarının olduğu görüldü.

11- İntihar girişiminde bulunan olgulardan evli olanlarda hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları, dul-boşanmış olanlarda sadece II. Eksen tanısı daha sıktı.

12- Alkol kullanım öyküsü olan olgularda sadece II. Eksen tanısı anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

13- Ruhsal bozukluk nedeniyle intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunda sadece I. Eksen tanısı, duygusal ilişkilerde sorun yaşamaları sebebiyle intihar girişiminde bulduklarını ifade edenlerin çoğunluğunda sadece II. Eksen tanısı, aile geçimsizliğini intihar nedeni olarak belirtenlerin çoğunluğunda ise hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları saptandı.

14- İntihar girişimi öyküsü olan olguların %46.5'inde hem I. Eksen, hem de II. Eksen tanıları saptandı.

Çalışma; intihar girişimlerini önleme açısından I. ve II. Eksen tanılarının saptanması, tedavi edilmesi, özellikle belli bozukluklarında intihar riskinin değerlendirilmesi yönünde çaba gösterilmesi gerektiğini, intihar girişimi ile ilişkili sosyodemografik özelliklerin dikkate alınması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Öneriler

1- Özellikle depresyonu ve sınır kişilik bozukluğu olan olgular iyi değerlendirilmeli, intihar girişimi öyküsü sorgulanmalı ve tedavi edilmelidir. Bu olgularda intihar girişimi olasılığının yüksek olduğu akılda tutulmalıdır.

2- Evli, 30 yaş ve üstü, psikososyal stres etkeni, intihar girişimi öyküsü olan duygudurum bozukluğu saptanmış ve aile ilişkileri iyi olmayan, parçalanmış aileye sahip olan, alkol kullanım ve intihar girişimi öyküsü olan B kümesi kişilik bozukluğu saptanmış olan olgular da intihar riski açısından değerlendirilmelidir.

3- İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisi kadar, krize müdahale ve intiharı önleme çalışmalarının da önemi artmaktadır. Bu çalışma Sivas ilinde intihar girişiminde bulunmuş bireylerle sınırlı kalmıştır. Daha fazla merkezin katıldığı, koruyucu ve önleyici yaklaşımları da içeren kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- 1) Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir, 1995.
- 2) Sayıl I. İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. O Doğan (Ed). Psikiyatrik Epidemiyoloji'de. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s. 118–123. 2002.
- 3) Kaplan H.I. ve Sadock B.J. Klinik psikiyatri-Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü E Abay, Bölüm 25. 1: İntihar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 361–366, 2004.
- 4) Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI ve ark. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*, 150: 935–940. 1993.
- 5) Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide inpatients with major affective disorder: A controlled prospective study. *Am J Psychiatry*, 144: 35–40, 1987.
- 6) Black DW, Winokur G, Nasrallah A. Effect of psychosis on suicide, risk in 1593 patients with unipolar and bipolar affective disorders. *Am J Psychiatry*, 7: 849–880, 1988.
- 7) Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behaviour in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord*, 39: 61–72, 1996.
- 8) Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M. Time-Space Clustering of teenage suicide. *Am J Epidemiol*, 131: 71–78, 1990.
- 9) Sır A, Özkan M, Altındağ A, Özen Ş, Oto R. Diyarbakır'da intihar ve intihar girişimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10 (1): 50–57, 1999.
- 10) Mc Clure GMG. Changes in suicide in England and Wales, 1960–1997. *Br J Psychiatry*, 176: 64–67, 2000.
- 11) Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factor for suicide independent of DSM III-R Axis I Disorder: Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 175: 175–179, 1999.
- 12) Shneidman ES. Definition of Suicide. Wiley Press, New York, 1985.

- 13) Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s. 3–28, 2003.
- 14) Doruk A ve Özşahin A. İntihar. E Köroğlu, C Güleç (Ed). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 556–561. 2007.
- 15) Durkheim E: Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986 (Fransızca orijinali 1897).
- 16) Seydioğlu M. İntihar girişiminde bulunan kişilerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi, depresyon ve sosyal destek algısı açısından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van, 2002.
- 17) Polatöz Ö. Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, 2005.
- 18) Sadock BJ ve Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Çeviri Editörü H Aydın, A Bozkurt, Bölüm 29.1: Özkıyım. Güneş Kitabevi, Ankara, s. 2442–2453, 2007.
- 19) Demirel Özsoy S. ve Eşel E. İntihar (Özkıyım). Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 175–185, 2003.
- 20) Hawton K ve Heeringen K. Suicide. Lancet, 373: 1372–1381, 2009.
- 21) Devrimci-Özgüven H. İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Epidemiyolojisi. I Sayıl (Ed). İntihar'da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s. 7–22. 2002.
- 22) DIE (Devlet İstatistik Enstitüsü). Genel Nüfus Sayımı; Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri 1990, Türkiye. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1993.
- 23) TUİK (Türkiye İstatistik Kurumu) İntihar istatistikleri 2006. TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2008.
- 24) Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P ve ark. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of

suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 327–338, 1996.

25) Devrimci-Ozguven H. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1 (3): 1–7, 2008.

26) Sayıl I ve Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the Who/Euro Multicentre Study on Suicidal Behavior. *Crisis*, 23: 11-16, 2002.

27) Yaşama A, Danış R, Eşsizoglu A, Özkan M. İntihar girişiminde bulunanlarda demografik özellikler, yaşam olayları ve sosyal desteğin cinsiyete göre karşılaştırılması. *Türkiye’de Psikiyatri*, 10 (1): 1–8, 2008.

28) Altındağ A, Özkan M, Oto R. Suicide in Batman, Southeastern Turkey. *Suicide Life Threat Behav*, 35 (4): 478–482, 2005.

29) Sayıl I ve Ozguven HD. Suicidal behaviour in Turkey. In: Schmidtke A, De Leo D, Bille- Brahe U, Kerkhof A, Ed. *Suicidal Behaviour in Europe*. Göttingen: Hogrefe and Huber Publisher, 225–232, 2004.

30) Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H. Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1: 56–61, 1993.

31) Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Oral A, Haran S, Güney S ve ark. Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis*, 19: 47–48, 1998.

32) Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*, 5: 37–42, 1997.

33) Schernhammer ES ve Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, 161: 2295–2302, 2004.

34) Ramsay R ve Bagley C. The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. *Suicide Life-Threat Behav*, 15: 151–67, 1985.

35) İntihar İstatistikleri (1962–2000). TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, DİE Matbaası, Ankara, 2000.

- 36) Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life-Threat Behav*, 25 (1): 22–35, 1995.
- 37) Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life-Threat Behav*, 30: 282–288, 2000.
- 38) Diekstra RFW, Graaf AC de, Van Egmond M. Epidemiology of attempted suicide: A sample-survey study among general practitioners. *Crisis*, 5: 108–118, 1984.
- 39) Koçal N, Coşar B, Candansayar S, Arıkan Z, Işık E. Yatan psikiyatrik hastalardan intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. *Kriz Dergisi*, 2: 327–330, 1994.
- 40) Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 13 (1): 1–9, 2005.
- 41) Boyd JH. The increasing rate of suicide by firearms. *New England J Medicine*, 308: 872–874, 1983.
- 42) Boyd JH ve Moscicki EK. Firearms ad youth suicide. *Am J Public Health*, 76: 1240–1242, 1986.
- 43) Brent DA, Perper JA, Allman C. Alcohol, firearms, and suicide among youth: Temporal trends in Allegheny County, PA. 1960–1983. *J Am Med Assoc*, 257: 3369–3372, 1987.
- 44) Brent DA. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide Life-Threat Behav*, 25 (Suppl): 52–63, 1995.
- 45) Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ ve ark. Risk factors for adolescent suicide: A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*, 45: 581–588, 1988.
- 46) Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG ve ark. Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England J Medicine*, 327: 467–472, 1992.

- 47) Pfeffer CR, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA, Nagabhairava S. Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33: 225–230, 1994.
- 48) DIE (Devlet İstatistik Enstitüsü–2000) İntihar istatistikleri 1998. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 2000.
- 49) Monk M. Epidemiology of suicide. *Epidemiol Rev* 9: 51–69, 1987.
- 50) Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*, 177: 360–365, 2000.
- 51) Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 11: 13–24, 2003.
- 52) Milnes D, Owens D, Blenkiron P. Problems reported by self-harm patients perception, hopelessness, and suicidal intent. *J Psychiatric Res*, 53: 819–822, 2002.
- 53) Sayıl I, Canat S, Tuğcu H. Onaltı intihar olgusunun psikolojik otopsi yöntemi ile değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 11: 1–6, 2003.
- 54) Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 377: 65–72, 1994.
- 55) Brodsky BS ve Stanley B. Developmental effects on suicidal behavior: The role of abuse in childhood. *Clin Neurosci Res*, 1: 331–336, 2001.
- 56) Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
- 57) Brent DA, Kolko DJ, Wartella ME, Boylan MB, Moritz G, Baugher M ve ark. Adolescent psychiatric inpatients risk of attempt upon sixmonth follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 95–105, 1993.
- 58) Pfeiffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Lesser M, Peksin JR, Siefker CA. Suicidal children grown up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 609–616, 1991.
- 59) Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatr Scand*, 77: 598–603, 1988.

- 60) Rygnestad T. A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatr Scand*, 72: 389–394, 1988.
- 61) Farmer R. Deliberate self-poisoning. *Br J Hospital Medicine*, 36: 437- 442. 1986.
- 62) Bile-Brahe U ve Jessen G. Repeated suicidal behavior: A two-year followup. *Crisis*, 15 (2): 77–82, 1994.
- 63) Kreitman N. ve Casey P. Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry*, 153: 792–800, 1988.
- 64) Arensman E ve Kerkhof A. Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963–1993. *Suicide Life-Threat Behav*, 26: 46–67, 1996.
- 65) Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K ve ark. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256: 17–27, 2006.
- 66) Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*, 66: 693–704, 2005.
- 67) Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia—a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 247–253, 2005.
- 68) Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: a systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*, 187: 9–20, 2005.
- 69) Koroğlu E. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Bölüm 22: Kişilik Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s. 513–556, 2004.
- 70) Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI ve ark. Suicide Among Subjects With Personality Disorders. *Am J Psychiatry*, 153: 667–673, 1996.
- 71) Soloff PH, Lis JA, Kelly T, Cornelius J, Ulrich R. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 151: 1316–1323, 1994.
- 72) Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am*, Sep; 31 (3): 527-543, 2008.

- 73) Suominen KH, Isometsä ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lönnqvist JK. Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiat Scand*, 102: 118–25, 2000.
- 74) Wasserman D. Personality disorder and suicide. *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd, 81–90, 2001.
- 75) Alper Y ve Pırıldar Ş. Depresyon ve İntihar. I Sayıl (Ed): İntihar'da. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s. 47–60. 2002.
- 76) Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 4: İntiharın Açıklanması. Çizgi TıpYayınevi, Ankara, s. 113–131, 2003.
- 77) Eskin M. İntihar, Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 5: Risk Etmenleri. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s. 135–222, 2003.
- 78) Ellis T ve Ratliff KG. Cognitive characteristics of suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 10: 625–634, 1986.
- 79) Bonner RL ve Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: Some preliminary data in college students. *Suicide Life-Threat Behav*, 17: 50–63, 1987.
- 80) Roy A, Segal NL, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, 152: 1075–1076, 1995.
- 81) McGuffin P, Marusic A, Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*, 22: 61–65, 2001.
- 82) Brent DA ve Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 133 (1): 13–24, 2005.
- 83) Mann JJ, Brent DA, Arango V. The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24: 467–477, 2001.
- 84) Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D. A family of suicide, in origin, prevention and treatment of affective disorder. M Schon, E Stromgren (Ed). *Academic Pres*, New York, s. 277–287, 1979.

- 85) Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxy indol acetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphysm. *Arch Gen Psychiatry*, 51: 34–38, 1994.
- 86) Özalp E. İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1): 85–93, 2009.
- 87) Nordström P, Samuelsson M, Asberg M, Träskman-Bendz L, Aberg-Wistedt A, Nordin C ve ark. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life-Threat Behav*, 24: 1–9, 1994.
- 88) Pandey GN. Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, s. 182–200, 1997.
- 89) Turecki G, Brière R, Dewar K, Antonetti T, Lesage AD, Séguin M ve ark. Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in posmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry*, 156 (9): 1456–1458, 1999.
- 90) Traskman L ve Asberg M. Monoamine metabolites in CSF and suicidal bahavior. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 631–636, 1981.
- 91) Sarandöl A, İntihar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 1: 32–45, 2003.
- 92) Eskin M. İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 7: Klinik Uygulamalar. *Çizgi Tıp Yayınevi*, Ankara, s.241–310, 2003.
- 93) Sayıl I. İntihar Davranışında Tedavi İlkeleri. I Sayıl (Ed). İntihar'da. *Ege Psikiyatri Yayınları*, İzmir, s.116–120. 2002.
- 94) Sayıl I. İntihar Önleme. I Sayıl (Ed). İntihar'da. *Ege Psikiyatri Yayınları*, İzmir, s. 121–123, 2002.
- 95) Beautrais A ve Mishara B. World suicide prevention across the life span. *Crisis*, 28: 57–60, 2007.
- 96) Aydemir Ö ve Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara, 2007.

- 97) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington DC, American Psychiatric Press, Inc, 1997.
- 98) Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi, 12: 233–236, 1999.
- 99) Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. Washington D.C, American Psychiatric Press, 1990.
- 100) Sorias S, Saygılı R, Elbi H, Vahip S, Mete L, Nifirnr Z ve ark. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID II). Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir, 1990.
- 101) Spitzer RL. Psychiatric diagnosis are clinicians stil necessary? Compr Psychiatry, 24: 399–411, 1983.
- 102) Skodol AE, Rosnick L, Kellman D. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. Am J Psychiatry, 145: 1297–1299, 1988.
- 103) Çoşkunol H, Bağdiken İ, Sorias S. SCID-II (Türkçe versiyon) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi (27–30 Eylül 1992, Ankara) Tam Kitap Metni, 1992.
- 104) McClure GMG. Recent trends in suicide amongs the young. Br J Psychiatry, 144: 134–138, 1984.
- 105) Hawton K. Assessment of suicide risk. Br J Psychiatry, 150: 145–153, 1987.
- 106) Hawton K. Sex and suicide. Br J Psychiatry, 177: 484–485, 2000.
- 107) Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 19–29, 2005.
- 108) Tsoi WF ve Kua EH. Suicide following parasuicide in Singapore. British Journal of Psychiatry, 151: 543–545, 1987.

- 109) Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D ve ark. Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry*, 7;7: 64, 2007.
- 110) Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Bölüm 8: İnsanın Sekiz Evresi. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, s. 117–128, 2004.
- 111) Welch SS. A Review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Servs*, 52 (3): 368–375, 2001.
- 112) Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*, 50 (12): 762-768, 2005.
- 113) Sengül CB, Serinken M, Sengül C, Bozkurt S, Korkmaz A. Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 8 (3): 127–131, 2008.
- 114) Platt S, Hawton K, Kreitman N, Fagg J, Foster J. Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychological Medicine*, 18: 405–418, 1988.
- 115) Türkiye Kamu-Sen <http://www.kamusen.org.tr>.
- 116) Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*, 325 (7355): 74, 2002.
- 117) Thanh HT, Jiang GX, Van TN, Minh DP, Rosling H, Wasserman D. Attempted suicide in Hanoi, Vietnam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40: 64-71, 2005.
- 118) Murphy GE. Suicide and attempted suicide. *Psychiatry*. PJ Wilner (Ed), Lippincott Basic Books. New York Publication, New York, Vol. 1, s. 14–18, 1990.
- 119) Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ. Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 160: 773-779, 2003.

- 120) Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*, 25 (9): 2064–2074, 2009.
- 121) Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K. Ohshima Y ve ark. Psychiatric and personality disorders and clinical characteristics of admitted suicidal patients: data from Matsuzawa Suicidal Behavior Study. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 111 (5): 502–526, 2009.
- 122) Tel H ve Uzun S. İntihar girişimi ile acil sevice başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 151–158, 2003.
- 123) Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK, Şengül C, Okay T, Yurtkulu F ve ark. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 13 (2): 1–10, 2005.
- 124) Michel K, Ballinari P, Bille-Btahe U, Bjerke T, Crepet P, De Leo D ve ark. Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35: 156–163, 2000.
- 125) Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142 (9): 1061–1064, 1985.
- 126) Zonda T.A Longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on Hungarian material. *Crisis*, 12 (1): 48–57, 1991.
- 127) Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 494–500, 1993.
- 128) Kekeç Z ve Sarı A. Acilde zehirlenme olguları ve özkıyım. *Yeni Symposium*, 46 (3): 109-121, 2008.
- 129) Atay İM ve Gündoğar D. İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, 12 (3):39-52, 2004.
- 130) Sayıl I. İntihar Davranışı. I Sayıl, O E Berksun, R Palabıyıkoglu, H Devrimci Özgüven, Ç Soykan, S Haran (Ed.). *Kriz ve Krize Müdahale'de*. Ankara Üniversitesi

Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Damla Matbaacılık, Ankara, s. 165-197, 2000.

131) Ateşci FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. Klinik Psikiyatri, 5: 22–27, 2002.

132) Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts: A clinical study of a consecutive series 1974–1993. Br J Psychiatry, 167:448–451, 1995.

133) Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. Am J Psychiatry, 153:1001–1008, 1996.

134) Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. Crisis, 30(2): 90–93, 2009.

135) Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Bölüm 18: Duygulanım bozuklukları. Nobek Tıp Kitabevi, Ankara, s. 291–342, 2004.

136) Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Bölüm13: Duygudurum Bozuklukları. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, s. 208–255, 2001.

137) Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Bölüm 25: Kişilik Bozuklukları. Çizgi Tıp Yayınevi Ankara, s. 430–447, 2001.

138) Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. Eur Psychiatry, 16: 395–399, 2001.

139) Krysinska K, Heller TS, De Leo D. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders. Curr Opin Psychiatry, 19 (1): 95-101, 2006.

EK-1

Tarih:/...../2009

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Sıra no:

- () Yaşınız: () 18-29 () 30-39 () 40-49 () 50 ve fazla
- () Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
- () Medeni durumunuz: () Bekâr () Evli () Sözlü-Nişanlı () Dul-Boşanmış
- () (Evli ya da dul ise sorulacak) Kaç yaşında evlendiniz?
- () (Evli ise) Kaç yıllık evli? () 0-4 () 5-9 () 10-14 () 15-19 () 20 ve üzeri
- () (Evli ya da dul ise sorulacak) Kaç çocuğunuz var?
- () Çocuğu olmuyor () Çocuksuz () 1 çocuklu () 2 veya daha çok
- () Eğitim düzeyiniz: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite-Yüksekokul
- () İşiniz: () Ev kadını () Memur () İşçi () Serbest, çiftçi () Öğrenci
() Emekli () İşsiz
- () Aylık toplam geliriniz: () Gelir yok () 550 TL'den az () 551-1500 TL
() 1501 TL'den çok
- () Annenizin öğrenim düzeyi: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite-Yüksekokul
- () Annenizin işi nedir? () Ev kadını () Memur () İşçi () Emekli
- () Babanızın öğrenim düzeyi: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul
() Ortaokul () Lise () Üniversite-Yüksekokul

- () Babanızın işi nedir? () Memur () İşçi () Serbest meslek () İşsiz
() Emekli
- () En uzun süre nerede yaşadınız? () İl merkezi () İlçe merkezi () Belde, köy
- () Aile yapısı: () Çekirdek () Yarı geniş () Geniş () Parçalanmış
- () Anne ve babanızın sağ olup olmadığı: () Anne ve baba sağ
() Anne sağ-baba ölü () Anne ölü-baba sağ () Anne ve baba ölü
- () Aile üyeleri ile ilişkileriniz: () Kötü () Orta () İyi
- () Sigara içme: () Hayır () Evet
- () Alkol içme: () Hayır () Evet
- () Uyuşturucu madde kullanımı: () Yok () Var
- () Son bir ayda yaşamınızı olumsuz etkileyen ve size sıkıntı veren bir olay yaşadınız mı? (Boşanma, ölüm, hastalık, fiziksel şiddet, cinsel saldırı, hırsızlık vs.) () Hayır
() Evet,
- () İntihar girişiminin tarihi ve saati:
- () Girişim aracı: () İlaç () Tarım ilacı () Ası () Ateşli silah () Yüksekten atlama () Kesici alet () Diğer:
- () Girişim öncesinde herhangi bir fiziksel hastalığınız var mıydı? () Hayır
() Evet
- () Girişim öncesinde herhangi bir ruhsal bozukluğunuz var mıydı? () Hayır
() Evet
- () Ruhsal bozuklukla ilgili tedavi görüyor muydunuz? () Hayır () Evet
- () Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu? () Hayır () Evet, kez
- () Daha önce girişimde bulduysanız, girişim aracı: () İlaç () Tarım ilacı
() Ası () Ateşli silah () Yüksekten atlama () Kesici alet () Diğer...
- () Ailenizde intihar girişiminde bulunun var mıydı? () Hayır () Evet
- () Ailenizde herhangi bir bedensel hastalığı olan var mı? () Hayır () Evet

- Ailenizde herhangi bir ruhsal bozukluğu olan var mı? Hayır Evet
- İntihar girişiminde bulunma nedeniniz: Ruhsal bozukluk
- Fiziksel hastalık Aile geçimsizliği: (Eş, anne-baba, kardeş, nişanlı, yakın akraba-kayınvalide, kayınpeder)
- Maddi sorunlar Okulla ilgili sorunlar İşle ilgili sorunlar
- Duygusal ilişkilerde sorunlar Madde-alkol alışkanlığı Yalnızlık
- Aniden öyle davrandım

ÖZGEÇMİŞ

Nuryıl Yılmaz 10.06.1977'de Ankara'da doğdu. 1995 yılında Karabük TED Koleji'nden, 2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2003-2004 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümün'de araştırma görevlisi olarak çalıştı. 2005 yılından beri Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Bölümünde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.