



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

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA İNTİHAR
YORDAYICILARI

Dr. Şenay YILDIZ BOZDOĞAN

UZMANLIK TEZİ

TOKAT

2013

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

**MAJOR DEPRESİF BOZUKLUKTA İNTİHAR
YORDAYICILARI**

Dr. Şenay YILDIZ BOZDOĞAN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Aziz Mehmet GÖKBAKAN

TOKAT

2013

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince yakın çalışma olanağı bulduğum, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen başta Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ruh Sağlığı ve öğretim üyelerinden tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız Yrd. Doç. Dr. Aziz Mehmet Gökbakan olmak üzere eski anabilim başkanımız Doç. Dr. Feryal Çam Çelikel'e, bölümümüz öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Serap Erdoğan Taycan'a ve aramıza yeni katılan Yrd. Doç. Dr. Murat Semiz'e, tezimin istatistiksel analizini yapan Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğr. Gör. Emre Kuyucu'ya, rotasyonlarım süresince eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma, eğitim süresi içerisinde birlikte çalıştığım tüm öğretim üyelerine, özellikle Uz. Dr. Hatice Harmancı olmak üzere tüm asistan arkadaşlarım, hemşire, psikolog ve sağlık personeline, her zaman desteklerini hissettiğim anneme, babama, sevgili eşime ve biricik kızıma teşekkür ederim.

ÖZET

Hastaları, intihar girişiminde bulunan, intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunmayan remisyonda olan Major Depresif Bozukluk (MDB) hastaları olarak üç gruba ayırarak, intihar için risk faktörlerinin belirlenmesini amaçladık.

Çalışmada klinik görüşme sonucunda DSM-IV-TR'ye göre MDB tanısı alan geçmişte intihar girişiminde bulunmuş, intihar düşüncesi olan, intihar girişiminde bulunan remisyonda olan 50'şer kişilik 3 hasta grubu oluşturuldu. Tüm katılımcılara Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu verildi ve DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1) uygulandı. Aynı zamanda tüm katılımcılara Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), Umutsuzluk Çaresizlik Talihsizlik Ölçeği (UÇTÖ) uygulandı.

İntihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan grupların HAM-A, HAM-D, BDÖ, BAÖ, SUKDÖ, UÇTÖ puanları remisyom grubunun ölçek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışmada intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan MDB hastalarında kadın cinsiyet, ilköğretim ve altı eğitim düzeyi, ev hanımı olma veya işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ailede intihar girişim öyküsü bulunma oranları daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda erken hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresinin uzun olması, hastane yatış öyküsü, madde kullanım öyküsü ve kendine zarar verme davranışı intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan MDB olgularında daha sık olarak saptanmıştır.

MDB hastalarında intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan grupların arasında soyodemografik değişkenler ve uygulanan ölçekler açısından fark saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan her hastanın intihar riskinin yüksek olduğu ve yapılan klinik görüşmelerde intihar düşüncesinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Major Depresif Bozukluk, İntihar Girişimi, İntihar Düşüncesi, Risk faktörleri

ABSTRACT

We aimed to assess suicidal risk factors of major depressive disorder (MDD) according to the presence of suicide attempt, suicidal ideation or the absence of suicide attempt in remission.

After having assessed patients with MDD according to DSM-IV TR, We constituted three groups, first with suicide attempt, second with suicidal ideation and third without suicide attempt in remission, each containing 50 patients. Applicants were given sociodemographic and medical information form and Structured Clinical Interview for DSM-IV(SCID-I). All of the cases were assessed using Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Hamilton Depression Scale (HAM-D), Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS), Hoplessness, Helplessness, Haplessness Scale (HSSS).

HAM-A, HAM-D, BDI, BAI, SASS and HSSS scores of patients with suicide attempt and with suicidal ideation were found significantly higher when compared with the group without suicide attempt. We found that female gender, primary school education (or lower), being housewife or unemployed, lower socioeconomic status, family history of suicide attempt were higher in patients with suicide attempt and suicidal ideation. Early age of onset, longer duration of illness, history of hospitalization, history of substance use and self-mutilative behavior were more frequent in our groups with suicide attempt and suicidal ideation.

Depressive patients with suicide attempt and the ones with suicidal ideation did not show significant difference in terms of sociodemographic variables or scale scores. We think that patients with suicidal ideation carry considerable risk of suicide attempt, and any suicidal ideation requires detailed assessment.

Key words: Major Depressive Disorder, Suicide Attempt, Suicidal Ideation, Risk Factors.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLolar	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	3
2.1.1.Tanım	3
2.1.2.Tarihçe	3
2.1.3.Epidemiyoloji	4
2.1.4.Etyoloji	6
2.1.4.a. Psikososyal Faktörler	6
2.1.4.b. Biyolojik Faktörler	7
2.1.4.c. Nöroendokrinolojik Faktörler	8
2.1.5. Major Depresyonun Klinik Özellikleri	9
2.2. İNTİHAR	11
2.2.1. İntiharın Tanımı	11
2.2.2. Epidemiyoloji	12
2.2.3. Etiyoloji	13
2.2.3.a. Kurumsal Görüşler	13
2.2.3.b. Genetik Faktörler	15
2.2.3.c. Nörokimyasal Faktörler	16
2.2.4. İntihar Risk Faktörleri	17
2.3. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK VE İNTİHAR	25
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	27
3.1. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu	27
3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	27

3.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)	28
3.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)	28
3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	28
3.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	29
3.7. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ)	29
3.8. Umutsuzluk Çaresizlik Talihsizlik Ölçeği (UÇTÖ)	29
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	31
5. BULGULAR	32
5.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri	32
5.2. Hasta Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması	35
5.3. Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
5.4. İntihar girişimi olan MDB grubunun intihar davranışı ile ilgili özellikleri	37
5.5. Grupların ölçek ve alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması	38
5.6. Sosyodemografik faktörlere göre Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizli alt ölçek puanlarının dağılımı	39
6. TARTIŞMA	42
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	52
8. KAYNAKLAR	53

KISALTMALAR

MDB: Major Depresif Bozukluk

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin

HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği,

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği,

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği,

SUKDÖ: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği,

UÇTÖ: Umutsuzluk Çaresizlik Talihsizlik Ölçeği,

M.Ö: Milattan Önce

ICD: International Statistical Classification of Disease

MHPG: 3-hidroksi- 5-4hidroksi fenilglükol

5-HIAA: 5-hidroksiindolasetik asit

HVA: Homovalinik asit

NE: Norepinefrin

SSRI: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri

GH: Growth Hormon

GHRH: Growth Hormon Releasing Hormon

HPA: Hipotalamik-putuiter-adrenal

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

TRH: Tiroid Relasing Hormon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SCID: DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
1- DSM-IV-TR'ye göre Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri	9
2-Grupların sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	31
3- Grupların klinik özelliklerinin karşılaştırılması	33
4- Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin karşılaştırılması	34
5-İntihar girişimi olan MDB grubunun intihar davranışı ile ilgili özellikler	35
6- Grupların ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
7- Aylık gelire göre umutsuzluk alt-ölçeği puanlarının dağılımı	37
8- Sosyodemografik faktörlere göre umutsuzluk-alt ölçeği puanlarının dağılımı	38
Puanlarının Karşılaştırılması	

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, karşılanmamış ihtiyaçlarla, umutsuzluk ve çaresizlik duygularıyla, yaşam ve dayanılmaz stres arasındaki çatışma ve ikilem sonucu, kişinin kendi çıkış yollarını tükenmiş olarak algılaması ve kaçış isteği olarak ifade edilmiştir (1).

ABD’de intihar ölüm nedenleri arasında 8. ile 12. sırada yer alırken, lise çağındaki öğrencilerde 2. ya da 3. sırada yer almaktadır (2). Türkiye intihar istatistikleri 2012 verilerine göre kaba intihar hızı 100.000 de 4.29 olarak saptanmıştır. Ülkemizde intihara bağlı ölümlerin batı toplumlarına oranla düşük düzeyde olduğunu göstermektedir buna karşın özellikle gençlerde oranlarda sürekli yükselme mevcuttur, her yıl bu oranda artış görülmektedir (3).

İntihar girişiminde bulunanların neredeyse %95’i bir mental bozukluk tanısı alır. Bunun %80’ini depresif bozukluk, %10’unu şizofreni, %5’ini demans ve deliryum oluşturmaktadır. Mental bozukluğu olan hastaların % 25’inde alkol bağımlılığı tanısı da bulunmaktadır (4). Depresyon intihar riskini artıran psikiyatrik hastalıklar arasında en önde gelmektedir ve toplumdaki intihar etme riskini 20-30 kat artırdığı ileri sürülmektedir (5,6).

Depresif bozukluğu olan hastaların yaklaşık 2/3’ünde intihar düşüncesi vardır ve bu hastalarda yaşam boyu intihar olasılığı %15 civarındadır. Depresyondaki intihar oranının diğer psikiyatrik bozukluklardan üç dört kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (7).

İntihar stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren “normal” bireylerden ağır ruhsal sorunları olan hastalara kadar uzanan geniş bir kitlede görülebilmektedir. Bu nedenle intihar riski olan bireylerin belirlenmesi ve gereken tedbirlerin alınması sağlık çalışanlarının karşılaştığı başlıca sorunlar arasındadır (8).

İntihar girişimleri ile olumsuz aile içi etkileşimler, toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar ve göç gibi sosyoekonomik etkenler ilişkili bulunmaktadır

(9, 10). Ayrıca cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik etkenler intihar girişimini etkilemektedir (11, 12). İntihar girişimlerinde risk etkenlerinin bilinmesinin ve duruma göre önlem alınmasının önemi büyüktür.

Depresyonun tüm bulguları içinde umutsuzluk ile en yakın ilişkisi olan semptom intihar düşüncesidir (13). Depresyonda temel sorunun umutsuzluk olduğunu vurgulamıştır. Umutsuzluğa eşlik eden diğer bulgular ise değersizlik, çaresizlik, mutsuzluk, kararsızlık, eyleme geçememe, işlerini sürdürmemeye ve suçluluk duygularıdır (14).

Psikiyatrik hastalığı olanlarda umutsuzluk düzeyi ile depresyonun ciddiyeti ve intihar düşüncesi arasında güçlü bir ilişki olduğu, hatta umutsuzluk düzeyinin tamamlanmış intihar için büyük risk olduğunu bildiren yayınlar vardır (15, 16).

Yaptığımız çalışmanın amacı intihar girişiminde bulunan, intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunmayan remisyon MDB hastalarının sosyodemografik ve klinik değişkenleri karşılaştırılarak MDB’de intihar risk faktörlerinin belirlenmesidir. Depresyonda UÇTÖ ölçeğini kullanarak intiharla ilişki olduğunu düşündüğümüz umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik kavramlarının ayrıntılı olarak ölçmek ve intihardaki yerini daha iyi anlamaktır. Böylece MDB hastalarında intihar davranışı için koruyucu, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmeye yönelik bilgilere ulaşmak hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJOR DEPRESYON

2.1.1. Tanım

Majör depresyon; derin üzüntü, hayattan zevk alamama ve genel bir ilgi ve istek kaybı gibi temel belirtilerle birlikte uyku, iştah ve cinsellik gibi bir çok alanı etkiler. Klinik olarak konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri, düşünme hızında yavaşlama, dikkat ve yoğunlaşma yetisinde azalma gibi bilişsel belirtilere neden olabilen bir ruhsal bozukluktur (17, 18).

2.1.2. Tarihçe

Depresyon çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük olarak tanımlanmaktadır. İlk olarak Hipokrat (MÖ. 460-357) kara safra anlamına gelen melankoli tanımını kullanmıştır. Melankoliyi iştahsızlık, karamsarlık, uykusuzluk, huzursuzluk ve gerginlik durumu olarak tarif etmiştir (19). Platon (MÖ. 427-342) melankolinin ruhsal hastalık olduğunu, doğa ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını savunmuştur (20).

Galenos (M.S. 131-201) ise melankoliyi; korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk ve tüm insanlardan nefret etme şeklinde tariflemiştir (19). Daha sonra Aretaeus, Soranus ve Galen mani ve melankolinin değişik tanımlarını yapmışlardır. Robert Burton, 1621'de yayınlanan "Melankolinin Anatomisi" eserinde duygulanım bozukluklarına geniş yer vermiştir. Burton, nedensiz melankolileri tanımlamakla birlikte somatoform bozukluk, yas ve aşk melankolileri gibi çok çeşitli tanımlara yer veren çevresel etkenlerin üzerinde durmuştur. Jean-Philippe Esquirol (1840) depresyonun birçok türünün temelinde duygurum bozukluğundan kaynaklandığını ileri süren ilk psikiyatristtir (19).

Emil Kraepelin 1921’de manik-depresif nöbetlerin aynı hastalığın iki farklı şekli olduğunu tanımlamıştır. Kraepelin, depresyonu endojen (iç kaynaklı) ve psikojen (dış kaynaklı) olarak kabul etmiştir. Kraepelin’le başlayan bu yaklaşım biçiminin etkisi günümüzde de sürmektedir (21).

20. yüzyılın ilk yarısında İsviçre doğumlu A. Meyer “psikobiyojoloji” kelimesini kullanarak biyolojik ve psikososyal nedenlere dikkat çekmek istemiştir. Melankoli terimi yerine, biyolojik anlamı olmadığı için “depresyon” (aşağı çökme) terimini tercih etmiştir (19).

1957’de K. Leonhard manik belirtilerin varlığına göre unipolar ve bipolar affektif bozukluk sınıflandırmasını yapmış. 1971 yılında Paykel hastalık belirtilerine göre depresyonu sınıflandırmıştı. Robins ve Guze (1972) primer- sekonder ayrımı yaparak sınıflamayı ayrılandırmıştır. En son olarak Avrupa’da Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-IV sınıflandırması ile bir dil birliğine ve standartlaşmaya gidildiği gözlenmektedir (22-24).

2.1.3. Epidemiyoloji

Depresyon psikiyatrik hastalıklar içinde en sık görülenlerden biridir. Orta yaşlarda özellikle de 25–44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır. 2001 yılında gerçekleştirilen ‘Ulusal Komorbidite Çalışması Replikasyonu’nda (14) major depresyonun yaşam boyu prevalansı %16,2 ve bir yıllık prevalans %22,6 saptanmıştır (25).

Dünya Sağlık Örgütü 14 Avrupa ülkesinden toplanan veriler doğrultusunda bir yıllık majör depresyon prevalansını erkeklerde 100.000’de 16, kadınlarda 1000.000’de 27 olarak bildirmiştir (26).

Yaşam boyu depresyon gelişme olasılığı kadınlarda %10–25, erkeklerde %5–12 arasında değişmektedir. Major depresyon çocukluk döneminde görülme

sıklığı erkek kız oranı eşittir. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha sık görülmektedir (27).

Kadınlarda depresif bozukluklarının daha yüksek görülmesi çeşitli şekillerde açıklanmaya çalışılmıştır. Hormonal farklılıklar, doğumun etkileri, farklı psikososyal stresörler, öğrenilmiş yardım alma yolları, genetik etkenler ve yanlış tanımlar gibi kültürel-toplumsal ya da biyolojik etkenler öne sürülmüştür. Birinci derece akrabalarında depresif bozukluk olan kişilerde 1,5 ile 3 kat daha fazla oranda görülür (28).

MDB komorbid psikiyatrik bozukluk oranı yüksektir; örneğin 'Ulusal Komorbidite Çalışması Replikasyonu'nda MDB olan bireylerin %72,1'inde başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği saptanmıştır. Bunun %59,2'sini anksiyete bozukluğu, %24'ünü madde kullanım bozuklukları, %30'unu dürtü denetim bozuklukları oluşturmaktadır (25).

Komorbidite, depresif belirtilerin daha şiddetli oluşu, tedavi yanıtının daha kötü oluşu ve işlevsellikte daha çok bozulma ile ilişkilidir. Depresyon ayrıca kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, diyabetes mellitus, HIV enfeksiyonu, irritabl barsak sendromu ve inme gibi fiziksel hastalıklar ile de ilişkilendirilmiştir (29).

2.1.4. Etiyoloji

Depresyonun etiyojisinde rol oynayan etkenleri psikososyal, biyolojik ve nöroendokrinolojik olarak üç ana başlık altında incelenebilir.

2.1.4.a. Psikososyal Faktörler

Yaşam olayları ve çevre; Erken çocukluk döneminde anne kaybı depresyon gelişme olasılığı en yüksek olan yaşam olayıdır (18). Yapılan birçok çalışmada evlilik ile ilgili çatışmalar, eş kaybı veya ölümü, iş stresi gibi olumsuz yaşam olayların depresif belirtilerin başlanmasında önemli bir etken olduğu gösterilmiştir (22).

Durkheim “Toplum ile bütünleşemeyen bireyler intihar için çok büyük risk altındadır” diyerek sosyal desteğin ruhsal hastalıklar açısından önemini vurgulamıştır. Sosyal çevresi kalabalık olan ve sosyal ilişkileri iyi olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali daha azdır (30).

Premorbid kişilik özellikleri; Obsesif, oral bağımlı, histriyonik, narsistik kişilik özellikleri ön planda olanlarda depresif bozukluklar daha sık görülmektedir. Antisosyal ve Paranoid kişilik özellikleri olanlarda ise depresif bozukluk daha az görülmektedir (22).

Psikanalitik görüş; Depresyoda temel olan gerçek ya da gerçek olmayan yitim söz konusudur “id psikolojisine” göre depresyonda bilinç dışı sevgi ile birlikte kin nefret gibi ambivalan duygular hakimdir. Kişinin benliğinde içe atılmış sevgi nesnesini kaybettiği duygusu gelişir. Kin nefret gibi duygular süperego tarafından kişinin kendine yöneltilmesi ile özsaygı düşer ve kişi kendini değersiz ve suçlu hisseder (19).

Bilişsel görüş; Beck ve arkadaşları tarafından tanımlanan bu modelde depresyon temelde bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım buna ikincildir. Yaşamın başından itibaren kanıtlanmış olan kişinin kendine, geleceğe ve çevreye karşı

olumsuz şemalar vardır. İşlevselliği olmayan şemaları aktive eden kritik olaylar depresyonun ortaya çıkmasına neden olur (22).

Davranışçı görüş; Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli görüşünü destekler. Depresyon yaşamın ilk yıllarından beri acı verici olaylarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma halidir (18).

2.1.4.b. Biyolojik Faktörler

Genetik etkenler: Aile öyküsünde depresyonun olması depresyona yakalanma riskini arttırmaktadır. Hastaların özellikle birinci derecedeki akrabalarında depresyon riski 2-3 kat artmaktadır. Depresif hastaların birinci derecedeki akrabalarında depresyon oranı % 9.4, kontrol grubunun akrabalarında % 4.5 olarak bulunmuştur (31).

Biyolojik aminler: Yapılan çalışmalarda, duygu durum bozukluğu olan hastaların kan, idrar ve beyin-omurilik sıvılarındaki (BOS) biyojenik amin metabolitlerinde [3-hidroksi-5-4 hidroksi fenilglükol (MHPG), 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) ve homovalinik asit (HVA) gibi] çeşitli bozukluklarının olduğu gösterilmiştir. Elde edilen bu veriler duygu durum bozuklarında biyolojik aminlerin heterojen bozukluklarının olduğu varsayımı ile uyumludur (19, 22, 27, 32).

Depresyon etiolojisinde özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin etkinliğinde bozukluk olduğu en çok kabul gören görüşlerden biridir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri(SSRI) depresyonun tedavisinde ileri derecede etkili olması depresyonun patofizyolojisinde en önemli rol üstlenen biyojenik amin nörotransmitterin serotonin olduğu görüşünü desteklemektedir. Özellikle serotonin düşüklüğü depresyona neden olmaktadır. Depresyonda mezolimbik yolda dopamin işlevinin bozulduğu ve dopamin tip I (D1) reseptörlerinin depresyonda işlevselliğinin azaldığına dair kanıtlar elde edilmiştir (27).

2.1.4.c. Nöroendokrinolojik Faktörler

Hipotalamik-pituiter-adrenal aksı; Çalışmalar depresyonda CRH'ye ACTH cevabının azaldığını, CRH'nin fazla salgılandığı ve sonuç olarak kortizol düzeyinin arttığını göstermektedir. Ayrıca, kortizolün sirkadiyan ritmi de bozulmuştur. CRH salınımındaki artışın melankolik depresyona, CRH ve kortizol salınımındaki azalmanın ise atipik depresyona neden olduğu öne sürülmüştür (33).

Hipotalamik-pituiter-tiroid aksı (HPT); Çalışmalarda TRH'ye TSH'nin cevabının azaldığını, T4 düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir.

Nörofizyolojik çalışmalar; Depresyonda sirkadiyen ritm bozukluğu en belirgin uykuda olur. Uykuya dalma süresinde uzama, REM latensinde azalma, ilk REM periyodunda uzama ve non-REM uyku süresi kısalma, anormal delta uykusu görülür. Delta uyku oranı normalde 1'den büyük iken depresyonda 1'in altına iner. Depresyonda pineal bezden salgılanan melatonin hormon salınımında düzensizlikler saptanmıştır (34).

Nöroanatomik bulgular; Biyojenik araştırmaların sonuçlarına göre duygudurum bozukluklarının limbik sistem, bazal ganglionların ve hipotalamus patolojilerinden kaynaklandığını düşündürmektedir (27).

2.1.5. Major Depresyonun Klinik Özellikleri

Duygudurum değişikliğinin yanısıra uyku, iştah, vücut ağırlığı ve cinsel dürtü gibi vejetatif, dikkat süresi, bellek, algıda olumsuz çarpıtmalar gibi bilişsel, intihar ve cinayet gibi dürtü kontrolünde; motivasyon, haz gibi alanları, yorulabilirlik gibi davranışsal, ve baş ağrıları, mide ağrıları, kas gerginliği gibi bedensel (veya somatik) özelliklerde değişiklikler meydana gelmektedir. DSM-IV-TR MDB tanı ölçütleri tablo1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre Major Depresif Bozukluk Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir.

1. Hastanın ya kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumu. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo almının olması (örn. ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması

4. Hemen her gün, uykusuzluk ya da aşırı uyku olması

5. Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

6. Hemen her gün, yorgunluk – bitkinlik ya da enerji kaybının olması

7. Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının olması

8. Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık

9. Yenileyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım için özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir mikst dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yaşla daha iyi açıklanamaz.

2.2. İNTİHAR

2.2.1. İntiharın Tanımı

İntihar, kişinin istemli olarak kendini öldürme girişimidir. İntihar, Latince'de 'insanın kendini öldürmesi' anlamına gelen 'suicidare'den İngilizceye 'suicide' şeklinde geçmiştir (21). Yüzyıllar boyunca intihar etmek, kahramanlık, cesaret, ruhsal hastalık, zayıflık, korkaklık, günah, delilik, suç bazen de onurlu bir davranış olarak oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Bu farklılığın sebebi, insanın isteyerek ve kasten kendi canına kıymasının toplumdan topluma, din, hukuk, kültür ve zamana örf adet gelenek göreneklere göre değişebilmesinden kaynaklanmaktadır (36).

İntihar kelimesi Arapçada kurban anlamına gelen "nahr" kelimesinden köken almaktadır. Ülkemizde Tanzimat döneminden sonra "intihar" olarak kullanılmaya başlanmıştır (37). Türk Dil Kurumu tarafından "özkıyım" veya "özekıyım" önerilmesine rağmen günümüzde daha çok "intihar" kelimesi kullanılmaktadır.

Littre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tarif eder. Littre'ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanın da bu eylemini intihar olarak kabul etmek gerekir Durkheim ise kaza ile olma şartını tanımın dışına çıkarır (38). Durkheim, intiharı "Ölümlerle sonuçlanacağını bilerek olayın kurbanı tarafından yapılan olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak sonuçlanan her ölüm" diye tanımlamıştır (39).

Delmas ise intiharı, bir insanın yaşamla ölüm arasında bir seçim yapabileceği durumda her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşırıp ölümü tercih edip kendini öldürmesi olarak tanımlamıştır. Bunun yanı sıra kişinin kendi davranışıyla sebep olduğu, fakat tam iradeli ve istekli olmayan ölüm isteği şekillerine ise sözde intihar (pseudo suicide) adını verir. De Fleury ise "Gerçek intihar sayılan davranışta, insan yaşamak isteyeceği yerde, şiddetle ölmek ister, bir bakıma ölüme susamıştır" diyerek tanımlama yapmaktadır (40). Edwin Schneidman ise intihara çok yönlü bir hastalığı sonlandırılması olarak bakmaktadır. Bu esnada sıkıntılı sonu gelmeyen olumsuz olaylar arasında ambivalans hali bulunmaktadır. Bulunduğu kötü durumdan kurtulma

amacına yönelik patolojik bir davranış biçimidir. Kendince intihar edenlerde patolojik davranışın temelinde patolojik bir kişiliğin de bulunduğunu ifade etmektedir (40).

İntihar davranışları, intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak sınıflandırılabilir. Ölümle sonuçlanan intihar eylemlerine tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmayanlara ise intihar girişimi adı verilmektedir (41).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ-WHO) 2007 verilerine göre, dünyada her gün ortalama 3000 kişi intihar yoluyla hayatını kaybetmektedir (42). İntihar genel olarak ölüm olgularının en önde gelen nedenleri arasında 8. ile 12. sırada yer alırken özellikle lise çağındaki öğrencilerde 2. veya 3. önde gelen nedendir (2).

Türkiye'de 1973-2006 yılları arasındaki intihar yoluyla ölüm ortalaması erkeklerde 100000' de 3,08, kadınlarda 100000'de 2,03 ve tüm yaşlarda 100000'de 2,53'dür. Bu oranlar birçok Avrupa ülkesi ve ABD'ye göre düşük olmakla birlikte ülkemizde intiharla ölüm oranı artmaya devam etmektedir. 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; 2012 yılında kaba intihar hızı 100.000'de 4.3'e ulaşmıştır (3).

Ülkemizde 2012 yılında 3225 intihar olayı gerçekleşmiş olup, bu girişimlerin 2315'i erkek, 910'u kadınlar tarafından gerçekleştirilmiş ve kadınlarda en yüksek intihar oranının 15-19, erkeklerde 25-29 yaş arasında olduğu saptanmıştır (3). Dünyada erkek ve kadın oranları karşılaştırıldığında, erkeklerde intihar oranı kadınlara göre 3,5 kat daha yüksektir (44). Veriler, intihar hızının özellikle geç ergenlik ve genç erişkinlik döneminde yükselme eğiliminde olduğunu ve ülkemizde önemli bir sorun oluşturduğunu göstermektedir (3).

Türkiye İntihar İstatistikleri 2012 verilerine göre tüm intiharların %80.7'si erkekler, % 19.3'ü kadınlar tarafından gerçekleştirilmiş olup erkeklerdeki intihar kadınlara göre yaklaşık 4 kat daha yüksektir. İntihar girişim oranlarına bakıldığında % 72'sinin kadın, %28'sinin erkek olduğu saptanmış olup kadınların intihar girişim oranı erkeklere göre yaklaşık 3 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (3).

2.2.3. Etiyoloji

2.2.3.a. Kurumsal Görüşler

Psikososyal açıdan intihara ilişkin birçok kuramsal yaklaşımlar vardır. Her bir kuram, intiharın tanımını yaparak intiharın farklı yönlerini açıklamaya çalışmıştır,

Durkheim'in Toplumsal Kuramı; Durkheim intiharı salt toplumsal bir olgu olarak göstermektedir. İntiharı kişi ile toplum arasındaki ilişki bozukluğunun sonucu olarak değerlendirmiştir. İntihar oranının evli olanlar, çocuk sahibi olanlarda, çalışanlarda, dinine bağlı olan kişilerde daha düşük olduğunu açıklamıştır. Toplumsal değişimlerin arttığı reform dönemlerinde, toplum değerlerinin bozulduğu dönemlerde de intihar olaylarının arttığını saptamıştır (44). Durkheim intiharı toplumsal ilişkilere göre egoistik, alturistik, anomik intiharlar olmak üzere 3 gruba ayırmıştır (45).

Psikanalitik kuram; Freud, intiharı çökkünlük ile ilişkilendirmiş ve çökkünlük sonrası ortaya çıkan en ağır durum olarak değerlendirmiştir. Depresyonda bilinç dışı nesne kaybı, ambivalans ve benlik içindeki regresyonu üç ön şart olarak belirtmiştir. Kişi gerçek ya da bilinç dışı olarak yaşadığı nesne kaybı yaşamakta, kişi o nesneyi içine almakta (introjeksiyon), onunla bütünleşmekte, daha sonra kaybedilen nesneye duyduğu ambivalan duyguları nedeniyle düşmanca duygularını nesneye değil kişinin kendi yöneltmektedir. Güçlü üstbenlik bu saldırgan dürtüleri dışa vurmasına izin vermemesi de benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır. Üstbenliğin yoğun sıkıştırılmalarına, hırpalamalarına maruz kalması sonucu benlik

üstbenliğin baskılarına dayanamaz ve intihara yönelebilir (46). Sonuç olarak kişi kendi isteği ile kendi canına kıymış olur.

Menninger'in İntihar Anlayışı; Menninger, "Man Against Himself" isimli eserinde intiharı, 'içe çevrilmiş öldürme isteği' olarak tanımlar ve başka bir kişiye duyulan öfkenin sonucunda 'içe alınan bu kişiyi cezalandırma' şeklinde yorumlar. Menninger intiharda; öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği olmak üzere üç ana neden olduğunu öne sürmektedir. Ona göre intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme isteği hâkimken, intihar girişiminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme isteği hâkimdir (47).

Ringel'in Presuisidal Sendrom Kuramı; Ringel, intiharı salt bir hastalık olarak görür. İnsanların ancak ruhsal bozukluk sonucu kendini öldürebileceğini düşünmüş. Bu ruhsal bozukluğa 'presuisidal sendrom' olarak adlandırmış. Sendromun temel belirtilerini daralma ve kısıtlanma, ketlenmiş ve kişinin kendine yönelik saldırganlığı ve intihar düşlemleri olarak açıklamıştır (44).

Henseler'in Narsistik Kuramı; Henseler'e göre intihar narsistik bir çatışmanın sonucudur. Narsistik sorunları olan kişi özgüven ve özdeğerlilik gibi kendilik duygularında bozukluklar gösterir, savunma düzeneklerinin yetersiz kalması sonucunda kişi ölümü, kendilik duygusundaki bozukluğun onarımı, narsistik yaralanmalardan kurtuluşu, özlenen biçimdeki bir dinginlik olarak algılamaya başlar (44).

Shneidmann'ın Kuramı; İntiharı kişinin dayanılmaz acılara katlanmak yerine hayatına son vermeyi seçtiği patolojik bir davranış biçimi olarak tanımlamaktadır. Schneidman'a göre intihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan şaşırılmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir (44).

Bencil (egotic) intiharlar; Bilinçsel daralma, sabit düşünme, dünyaya at gözlüğüyle bakma gibi işlevsel olmayan özelliklerden kaynaklandığı gibi; kişinin depresyonda kendisini aşağılaması, sadece kendi mutsuzluğu, sıkıntıları ve çektiği

acılar üzerinde yoğunlaşması, ruhsal süreçlerden de kaynaklanabildiği vurgulanmaktadır (48).

Çiftli (dyadic) intiharlar: Bireyin yakınları, çevresindekilerle olan ilişkilerinde doyurulmayan gereksinimleri belirleyici olup, burada bireyin ilişki bağlamında yaşadığı hayal kırıklıkları, öfkesi, mutsuzlukları, engellenmeleri ve doyurulmayan istekleri bireyin kendi canına kıymaya neden olduğu vurgulanmaktadır (48).

Soyutlanma (ageneratic) intiharları: Kişinin etrafındakilerden, kendi soyundan, neslinden ve belki de tüm insanlıktan soyutlanması (yalnızlık intiharları) olarak tanımlanmaktadır (48).

Kind'in Nesne İlişkileri Kuramı; Nesne ilişkileri kuramına göre; eylemin birinci amacı ölmek değil, bir ilişkiyi ve bu ilişkinin odağında bulunan bir nesneyi değiştirmektir. Kind, intiharın çatışmalı bir ilişkiden kaynaklandığını; bu nedenle intihar sorununu anlamak için ilkel nesne ilişkilerini anlamak gerektiğini iddia eder (44).

2.2.3.b. Genetik Faktörler

Yapılan araştırmalarda intihar davranışında ailesel yüklülüğün olduğu gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan ruhsal bozukluğu olan bireylerin birinci derecede akrabalarında intihar riski dört kat daha fazladır (49).

Yüzyıllık kayıtların taranarak yapıldığı bir çalışmada tamamlanmış intihar olgularının ailelerinde intihar davranışı öyküsünün ruhsal hastalıklardan da fazla olduğu saptanmış (50).

Yapısal olarak bazı bireylerin intihar davranışına eğiliminin daha fazla oldukları ve bu yapısal yatkınlığın impulsivite, agresiflik gibi genetik geçişi olan kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği savunulmuştur (51).

2.2.3.c. Nörokimyasal Faktörler

İntiharla ilgili en önemli nörokimyasal bulgular serotonerjik sisteme ait bulgulardır. Son yıllarda TPH2 geni ve intihar davranışı arasındaki bağlantıyı irdeleyen çalışmalar gündemi oluşturmaktadır. Serotonin taşıyıcı reseptör geni (SERT) ile ilgili olarak S allelinin intihar davranışı ile özellikle de şiddet içeren intihar davranışı ile ilgili olduğu gösterilmiştir (50). BOS'ta serotonin metaboliti olan 5 hidroksi indol asetikasit (5-HIAA) düzeyi intihar davranışında bulunan bireylerde bulunmayanlara göre düşük bulunmuştur (52, 53).

Bazı araştırmacılar intiharı dürtüsel bir davranış olarak nitelendirmektedir. Zayıf dürtü kontrolü ile düşük serotonin düzeyleri ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca kişilik bozukluğu olan hastalarda düşük BOS 5-HIAA düzeyleri ile yaşam boyu saldırganlık arasında ilişki bildirilmiştir (54).

Reseptör düzeyinde yapılan çalışmalarda intihar olgularında presinaptik bölgede 5-HT_{2A} reseptörlerinin azaldığı gözlenirken, bazı çalışmalarda ise postsinaptik 5-HT_{2A} reseptörlerinin arttığı dikkati çekmiştir. Reseptör düzeyindeki bu artışın serotonin salıverilmesindeki azalmaya yanıt olarak gelişebileceği üzerinde durulmaktadır (55). SERT geni S allelinin şiddet içeren intihar davranışı ile ilgili olduğu saptanmıştır (56).

Trombosit monoamin oksidaz (MAO) düzeylerini incelenerek yapılan bir çalışmada trombositlerdeki monoamin oksidaz (MAO) düzeyleri düşük olan bireylerde, yüksek olan bireylere göre ailede intihar yaygınlığı öyküsünün 8 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Bu sonuç, depresyon hastalarında trombosit MAO işlevindeki değişim ile ilgili çok kuvvetli bir bulgu olarak görülmüştür (54).

MAO-A'nın özellikle erkek cinsiyetinin, impulsivite, saldırganlık, antisosyal kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu, COMT geninin ise intihar, öfke ve impulsivite ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (57, 58). Bazı çalışmalarda

intihar olgularında kortizol düzeyinde artış aynı zamanda idrarda 17-hidroksikortikosteroid düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir (59).

2.2.4. İntihar Risk Faktörleri

a)Yaş ve Cinsiyet:

İntihar davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda intihar girişimi 1-4 kat erkeklerden daha fazla olmasına rağmen, erkeklerde kadınlara oranla 3-4 kat daha fazla tamamlanmış intihar görüldüğü bildirilmektedir (60, 61).

Türkiye’de 15 yaş üstü intihar girişimi sıklığı, erkeklerde yüz binde 31.9, kadınlarda yüz binde 85.6, tamamlanmış intiharlar ise erkeklerde yüz binde 9.9, kadınlarda ise yüz binde 5.6 düzeyindedir (62).

Türkiye’de intihar edenler yaş grubuna göre incelendiğinde, kadınların 15-34, erkeklerin ise 15-49 yaş grubunda yoğunlaştıkları görülmektedir. İntihar eden erkeklerin yaklaşık yüzde 31’i, kadınların ise yüzde 55’i 30 yaşından küçüktür (3).

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 (63).

Türkiye’de tüm bölgelerde erkek intihar oranları kadınlarınkinden fazla olmaktadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlarda kadın intiharlarının erkek intiharlarından fazla olduğu görülmektedir (60). Şenol ve arkadaşları Kayseri’de yaptığı çalışmalarında kadın/erkek oranını 1,7 olarak bulmuşlardır (64). Ambade ve arkadaşları bir çalışmada intihardan ölümlerin oranını erkeklerde %62,5, kadınlardaysa %37,5, oran olarak ta 1,7:1 bulunmuştur (65). Çin’de kadınların intihar hızı erkeklerden %25 fazla olduğu bildirilmiştir (67).

Türkiye intihar istatistikleri (TÜİK) 2012 verilere göre intihar girişiminde bulunanların %28'i erkek %72'i kadın olduğu saptanmış olup yaş grubuna göre incelendiğinde, kadınların 15-34 yaş grubunda yoğunlaştıkları görülmüştür (3).

Kadınlarda intihar girişimlerinin, erkeklerde ise tamamlanmış intiharların daha fazla olmasının nedenlerini açıklamak için birkaç görüş öne sürülmüştür. Bu görüşlerden biri sosyalleşme kuramıdır. Bu kurama göre erkek ve kadın cinsiyet rolleri cinsiyetler arasındaki bu farklılığın sorumlusudur. Tüm toplumlarda kadın ve erkeklikle ilgili bazı ortak yargılar bulunmaktadır. Örneğin, erkekler daha etkin kadınlarsa daha edilgendir. Kadın ve erkek intihar davranışlarının da bu toplumsal yargılara uyduğu öne sürülmüştür (48). Kadınların erkeklere göre yardım ve tedavi almaya daha istekli olmaları, semptomlarının ciddiyetini daha kolay kabul etmeleri, daha az impulsif olmaları ayrıca kadınlarda alkol ve uyuşturucu bağımlılığının daha nadir olması gibi etkenler tamamlanmış intihar açısından kadınları korumaktadır (67).

b)Medeni Durum, Eğitim, Meslek ve Çevre

ABD'de çiftlerin çocuk sahibi olduğu evliliklerinin intihar riskini anlamlı ölçüde azalttığı bildirilmektedir (64). ABD'de evlilerde intihar oranı 11/100000, evlenmemiş kişilerde oran bunun neredeyse iki katı kadardır. Erkek olmak burada oranları yükseltmektedir. Boşanmış erkeklerde oran 69/100000, boşanmış kadınlarda daha düşüktür 18/100000'dir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekâr, dul veya yalnız yaşamaktadır (68).

Ülkemizde evlilik problemlerinin kronikleşme eğiliminde olması ve evliliğin batılı ülkelere oranla bireyler üzerinde daha sınırlayıcı etkileri olması sebebiyle, evlilerde de (daha çok evli kadınlarda) yüksek intihar girişim oranları bulunmaktadır (3, 69).

Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin eğitim seviyesinin çoğunlukla düşük olduğu saptanmıştır. İntihar 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 (63).

Türkiye'de yapılan çalışmalara göre intihar girişiminde bulunanların çoğunlukla ev kadını ve öğrenci gibi ekonomik özgürlüğü kısıtlı olan kişiler olduğu görülmüştür (70, 71).

İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar önde gelmektedir. Doktorlar arasında psikiyatristler birinci sırada iken, onları göz doktorları ve anestezi uzmanları takip etmektedir (72, 73).

c) Ailesel Faktörler

Ailede psikiyatrik hastalık, madde bağımlılığı veya intihar öyküsü aile bireyleri için intihar riskini arttıran faktörlerdir (41, 74).

Özellikle de birinci derecede akrabalarda intihar öyküsünü varlığının tekrarlayan intihar girişimleri için öngörücü olduğu düşünülmektedir (75). Anne babadan ayrı yaşama, boşanmış olma, aile içi şiddet, fiziksel veya cinsel istismara uğrama, sosyal desteklerinin yetersiz olması, ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olması gibi etkenler intihar davranışı için görüş birliğinin olduğu risk etkenleridir (75, 77).

d)Psikiyatrik Hastalık

İntihar davranışı ile en çok ilişkili olduğu saptan psikiyatrik bozukluk duygudurum bozukluklarıdır. İntihar edenlerin %60-70'ini, geçmişinde belirgin depresyonu olan hastalar oluşturmaktadır (2).

Bazı çalışmalarda intihar olgularının %95 (%80 depresyon, %10 şizofreni, %5 demans veya deliryum)'ine psikiyatrik bir tanının konduğu ileri sürülmektedir (78). Bu olguların %25'inde ikinci tanı olarak alkol bağımlılığı bulunmaktadır. Olguların %60'nın intihar davranışından önceki dört ay içinde değişik bedensel ve ruhsal yakınmalarla çeşitli hekimlere başvurduğu saptanmıştır (78). Depresyonda olan kişilerde ise intihar etme riski yaklaşık %10 olarak bulunmuştur (63).

e)Kişilik özellikleri

Bazı kişilik özelliklerinin intihar için risk oluşturabileceği bildirilmiştir. Bu kişilik özellikleri nörotisizm, agresyon, dürtüsellik, kuşkuculuk, umutsuzluk, özeleştiricilik, mükemmeliyetçilik, suçluluk, alınganlık ve irritabilitedir (79-82). Esneklik, atılganlık ve özgüven stabilitesi gibi özelliklerinin koruyucu kişilik özellikleri olduğu ileri sürülmüştür.

Borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu kişilik bozuklukları arasında en çok intihar ile ilişkilendirilmiş bozukluklardır. Bu kişilik bozuklukları duygusal oynaklık, saldırganlık ve dürtüsellik ile karakterizedir (83).

f)Yaşam Olayları

İntihar davranışlarının ortaya çıkmasında olumsuz yaşam olaylarının çok önemli bir rolü vardır. İntihar davranışlarının tamamına yakınında, 1 yıl içinde özellikle de son birkaç ayda bir veya daha fazla stresli yaşam olayının yer aldığı saptanmıştır.

Olumsuz yaşam olaylarının psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olarak intihar riskini arttırdığını gösteren çalışmalar vardır (78, 84). 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 (85-89). Kişinin yaşadığı zorlayıcı olayları çözümsüz olarak algılaması ile intihar riski artmaktadır (88).

Stres-diatez modeline göre intihar riskinin oluşabilmesi için bireyin sorun çözme becerisinin düşük olmasıyla birlikte çözümü zor bir problemle de karşı karşıya kalması gereklidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sorun çözme beceri düzeyleri düşük olguların başına çok sayıda travmatik yaşam olayının gelmesi halinde intihar eylemi riskini yüksek olarak değerlendirmek gerektiği bildirilmektedir. İnsanları intihara ya da bunu düşünmeye ve girişimde bulunmaya sürükleyen şeyin, yaşadıkları travmatik olaylar değil, bunlarla baş etme güç ve becerilerinin olduğu vurgulanmaktadır (85).

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 (90).

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 (91).

g)İntihar Planı ve Önceki İntihar Davranışı

Daha önceki intihar girişimlerinin varlığı intiharın en güçlü yordayıcılarından. İntihar düşüncesi ve planının varlığı intihar girişimi riskini arttıran faktörlerdir (94). Retrospektif yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi olan kişilerin %34'ünün intihar planı yaptığı, intihar planı yapan kişilerin %72'sinin de intihar girişiminde bulunduğu, intihar düşüncesi olup planı olmayanların %26'sının plansız intihar girişiminde bulunduğu saptanmış (93).

Tamamlanmış intiharların %19-24'ünde daha önce gerçekleştirilmiş intihar girişimleri vardır ve intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içerisinde intihar ile son bulmaktadır (19, 94). Daha önce intihar girişiminde bulunanların sonraki girişimlerinde mortalitenin daha yüksek olduğu bulunmuştur (95, 96).

İntihar girişiminin tekrarlanmasında ki başlıca risk etkenleri aile içinde stresin fazla olması, remisyona girmemiş affektif bozukluğun olması, taburculuktan sonra yapılması planlanan aile terapisine devam edilmemesi, tedavideki trisiklik antidepresanların kullanılması olarak belirtilmektedir (97-99).

h)Fiziksel Hastalık

İntihar vakalarının %32'sinde intihardan önceki son altı ayda fiziksel bir hastalık olduğu gösterilmiş (1). Özellikle yaşlılarda birden fazla fiziksel hastalığı olanlarda intihar riski daha çok artmaktadır (100).

AIDS, Huntington hastalığı, Multiple skleroz, böbrek hastalıkları, sistemik lupus eritematozis, peptik ülser ve spinal kord yaralanmaları ile intihar arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Ayrıca kanserler (özellikle deri kanserleri), kalp ve akciğer hastalıkları, epilepsi ve diğer merkezi sinir sistemi hastalıkları ile de ilişki görülmüştür (100).

h)Umutsuzluk

Umutsuzluk, kişinin gelecekle ilgili olumsuz, kötümser bir tutum içinde olması ve geleceğe dair motivasyonunu kaybetmesidir. Umutsuzluğun intihara niyetle güçlü bir bağlantısının bulunduğu bildirilmekte, intiharın en güçlü yordayıcıları arasında bulunduğu belirtilmektedir (101).

Yapılan çalışmalarda, intihar düşüncesi ile ilişkili bulunan en önemli değişkenin umutsuzluk olduğu belirtilmektedir (102). İntihar girişimi bulunan bireylerin umutsuzluk puanlarının girişimde bulunmayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (103).

İntiharla ilgili çalışmalarda genç olmak (15-24 yaş arası), umutsuzluk ve yalnızlık hislerini yoğun olarak yaşamak ve yaşama sürdürme nedenlerinin az olması önemli risk etkenleri olarak görülmektedir (105). Umutsuzluk bilişsel açıdan ele alındığında, intihar girişiminde bulunan bireylerin intihara, çoğu kez çaresizlikleri ya da umutsuzlukları için bir çıkış yolu olarak baktıkları; kişinin hayata bakış tarzı umutsuzlukla kaplıysa, intihar etme riskinin de yükseldiği bildirilmektedir (104).

Umutsuzlukla birlikte olan en önemli psikiyatrik bozukluklardan birisi depresyondur. Depresyonun tüm bulguları arasında umutsuzlukla en yakından ilişkili olan ise intihar düşünceleridir.

Hastanede yatarak sağaltılan ve intihar girişiminde bulunmuş olgular üzerinde yapılan bir çalışmada, hem depresyon hem de umutsuzluğun intihar eğilimiyle bağlantılı olduğu, umutsuzluk kontrol edildiğinde ise depresyonla intihar eğilimi arasındaki bağlantının yok olduğu ama tersinin söz konusu olmadığı belirlenmiştir (105).

Depresyonun klinik semptomları arasında intiharla bağlantısı en sık görülen umutsuzluğun sadece değerlendirme yapılan zamanla sınırlı bir semptom olmayıp, uzun süre sonra bile gerçekleşebilecek intihar açısından da ipucu

verebileceği öne sürülmekle birlikte bunun kültürel faktörlere bağlı olarak değişebileceği bildirilmiştir (107).

Umutsuzluğa eşlik eden diğer bulgular ise değersizlik, çaresizlik, mutsuzluk, kararsızlık, eyleme geçememe, işlerini sürdürmemeye ve suçluluk duygularıdır. Çaresizlik; kişinin sosyal rollerde ve birçok durumda kendine güvenin olmaması, kişisel inisiyatifine inanmaması hayatı kontrol edemeyeceğini düşünülmesi ile karakterize olan güçlü bir inançtır. Talihsizlik ise; kişinin yaşamını ve yaşadığı olayları, kendisi dışında var olan kötü bir şansın kontrol ettiğine dair inancıdır. Yapılan tanımlardan da anlaşıldığı üzere bu üç kavram birbiri ile ilişkili olumsuz duygu ve düşüncelerden meydana gelmekte ve özellikle umutsuzluk ve çaresizlik sıklıkla depresyon ve intihar tablolarına eşlik etmektedir (35).

1)Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkolizm intihar için önemli bir risk faktörüdür Alkol kullanım bozukluklarında hayat boyunca intihar sıklığı %2.2-3.4 arasındadır (79). Alkol bağımlılarında ise %15'inden fazlasında intihar eylemi görülmektedir ve bunların intihar oranı yüz binde 270 civarında hesaplanmaktadır (78, 30). Alkol bağımlılarının %40'dan çoğu intihar girişim öyküsü olan bireylerdir. Alkol bağımlısı olup intihar edenlerin %40'dan çoğunun hastaneye son yatışlarından sonraki bir yıl içerisinde bunu yaptıkları gözlenmektedir.

Yapılan araştırmalar alkoliklerin hastanedeyken depresif olduklarını ve 2/3'ünün intihar ettiği sırada DDB belirtisi gösterdiğini bildirmişlerdir. Erkek alkol bağımlılarının büyük bir kısmında anti sosyal kişilik bozukluğu vardır (73). Yapılan bir araştırmada, alkol kullananların kullanmayanlara göre daha sık intihar etmesiyle ilgili olarak, 1. beyindeki bazı kimyasal ileticileri etkilemesi, 2. depresyonla birlikteliği, 3. kişilik bozukluklarıyla birlikteliği, 4. olumsuz hayat olayları yaşayarak (iş kaybı, aile birliğinin dağılması) bir kısır döngüye girmeleri şeklinde dört sebep ileri sürülmüştür (48).

2.3. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK VE İNTİHAR

Depresyon intihar riskini artıran psikiyatrik hastalıklar arasında en önde gelmektedir ve toplumdaki intihar etme riskini otuz kat artırdığı ileri sürülmektedir (5). Unipolar depresyon, bipolar bozukluğa göre daha yüksek intihar riskine sahiptir (4).

Depresyonun en önemli komplikasyonu intihardır. Majör depresyon tanısı almış kişilerde yaşam boyu intihar insidansı %15 olarak bulunmuştur (108). Ölümle sonuçlanan özkıyımların yaklaşık %70'inde depresif bozukluk saptanmıştır (109). Depresif bozukluk tanısı almış hastalar muhtemelen depresif atağın sonu veya başında intihar eyleminde bulunurlar. Çalışmalar depresif hastaların 1/3'ünden fazlasının intiharı hastaneden ayrıldıktan ilk 6 ay içinde gerçekleştirdiğini göstermektedir. Hastaneden çıkılan ilk aylar risklidir (73).

Herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan hastaların bir kısmında intihar davranışı gözlenirken, aynı tanıyı alan diğer hastalarda bu davranışın ortaya çıkmaması, araştırmacıların intihar davranışını tanımlama veya yordama ile ilişkili olarak birçok model öne sürmesinde rol oynamıştır (109).

Depresyonda intihar riskini artıran birçok faktör bulunmaktadır. Depresyon şiddetinin intihar davranışındaki etkisi konusunda çelişkili yorumlar yapılmaktadır. Depresyon şiddetini, intihar davranışında bulunanlar ile bulunmayanlar arasında karşılaştıran araştırmalarda, anlamlı farklılık olduğunu gösterenler ile farkın anlamlı olmadığını gösteren araştırmalar mevcuttur (111-114).

Sarchiapone ve arkadaşlarının unipolar depresyonu olan hastalarda yapılan çalışmada kadın olmak, çalışmamak, yalnız olmak ve çocukluk çağı duygusal ihmali hikayesi intihar girişimi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (114).

İntihar davranışı ile depresyon arasındaki ilişki yönünden umutsuzluk önemli bir rol oynamaktadır (5). Yapılan çalışmalarda depresif hastalardaki umutsuzluk duygusunun, depresyonun şiddeti ve intihar riskinin belirlenmesinde etkili olduğu

hatta ilişkisi en fazla gözlenen değişkeninin umutsuzluk olduğu bulunmuştur (106, 115-117).

Depresif hastaların şikayetleri ve belirti şiddeti arttıkça umutsuzluğun arttığı klinik araştırmalarla belirlenmiştir. Diğer yandan depresyonun tüm bulguları arasında umutsuzlukla en yakından ilişkili olan ise intihar düşünceleridir (106).

Depresyonun klinik semptomları arasında intiharla bağlantısı en sık görülen umutsuzluğun sadece değerlendirme yapılan zamanla sınırlı bir semptom olmayıp, uzun süre sonra bile gerçekleşebilecek intihar açısından da ipucu verebileceği öne sürülmekle birlikte bunun kültürel faktörlere bağlı olarak değişebileceği bildirilmiştir (108). Araştırmaların bir kısmında intihar girişimi ile depresyon, yalnızlık duygusu ve düşük benlik saygısı arasında önemli ilişki bulmuşlardır (119).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmada Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 01.03.2013 ve 01.09.2013 tarihleri arasında Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ve yapılan klinik görüşme sonucunda DSM-IV-TR'ye göre MDB tanısı alan intihar girişiminde bulunmuş, intihar düşüncesi olan, intihar girişiminde bulunmayan remisyonda olan 50'şer kişilik 3 hasta grubu oluşturuldu. Hastaların değerlendirmelerinde, remisyon ölçütleri olan sekiz haftalık sürede atak geçirmemiş olanlar ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nden 12 puan ve altında olanlar çalışmaya katıldı. MDB tanılı hastalarda DSM-IV-TR'ye göre SCID-I ile değerlendirildi. MDB tanısı almış olgular içinden, eş tanısı olmayan, en az ilkökul düzeyinde eğitim almış olanlar çalışmaya seçilmiştir. Görüşme yapmayı veya ölçekleri doldurmayı engelleyecek düzeyde bedensel bir hastalığı ya da bilişsel yetersizliği olanlar çalışma dışında bırakıldı. Her üç gruba da bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldıktan sonra sosyodemografik ve tıbbi bilgi formu ile çalışma ölçekleri uygulandı. Araştırma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 13-KAEK-070 proje numarasıyla onay alındı.

3.1. Sosyodemografik ve Tıbbi Bilgi Formu:

Araştırmacılar tarafından hazırlanan, yaş, cinsiyet, eğitim yılı, evlilik durumu, meslek, yaşadığı yer, aile tipi, hastalık süresi ve başlangıç yaşı, intihar düşüncesi, intihar girişim öyküsü, intihar girişim şekli, hastane yatış sayısı, intihar girişim şekli, intihar girişim sayısı, soygeçmişte intihar girişim öyküsü sorgulanıp kaydedildiği bir formdur (Ek 1).

3.2. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders):

Majör DSM-IV eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 1994) tarafından

yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (119, 120).

3.3. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D):

HAM-D, depresyonun düzeyini ve şiddet değişimini ölçmede kullanılmıştır. Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş ve onun gözetiminde Williams tarafından 1978'de yapılandırılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (121).

3.4. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A):

Hamilton tarafından geliştirilmiştir. Ölçek deneklerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Hem bedensel, hem de ruhsal belirtileri ölçen toplam 14 soru içermektedir ve beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmada kesme puanı hesaplanmamıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (122, 123).

3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

BDÖ, toplum tabanlı çalışmalarda ve klinik araştırmalarda en çok kullanılan araçlardan biridir. Depresyonda görülen vegetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşan ölçeğin amacı, depresyonun derecesini objektif olarak sayılara dökmektir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır (124).

3.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125).

3.7. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ):

Kendi kendini değerlendirme ölçeği olan SUKDÖ ile depresyon hastalarında klinik araştırma amaçlı olarak, sosyal işlevsellik düzeyi ölçülebilmektedir. Bosc ve arkadaşları (1997) tarafından, klinik araştırmalarda kullanılmak üzere depresyon hastalarında “sosyal işlevsellik” düzeylerinin saptanması amacıyla geliştirilmiştir. SUKDÖ, 21-maddeli bir kendini-değerlendirme ölçeğidir ve sosyal işlevselliğin dört ana alanını (İş, boş vakit, aile ve çevreyi düzene koyma ve onunla baş etme yeteneği) sorgulamaktadır. Her kişi toplam 0-3 aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Testin depresif belirtilerde meydana gelen değişikliklere hassas ve güvenilirliğinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Akkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (126).

3.8. Umutsuzluk Çaresizlik Talihsizlik Ölçeği (UÇTÖ):

UÇTÖ, umutsuzluğu ve çaresizliği ayrı ayrı ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen umutsuzluk ölçeğinden esinlenilerek ve bu ölçekte iç içe geçmiş durumda olan alt boyutları birbirinden ayırmak amacıyla geliştirilmiştir. Lester, Beck Umutsuzluk Ölçeğinde umutsuzluk ve çaresizlik kavramlarının iç içe geçmesi ve karışması sebebiyle her bir kavram için 10’ar maddelik yeni bir ölçek geliştirilmiştir. Bu iki alt boyuta Rotter (1966) ve Levenson (1974)’nın Kontrol Odağı ölçeklerinden yola çıkarak talihsizlik alt boyutunu da eklemiştir. Cevaplama şeklini katılımcıların iki cevap arasında sınırlandırmamaları

ve daha geniş bir varyans elde edilebilmesi amacı ile 6'lı Likert-tipi (1= kesinlikle katılmıyorum, 6 = kesinlikle katılıyorum) cevaplama şekline dönüştürmüştür. Tüm bu çalışmalar sonucunda 30 maddelik Umutsuzluk, Çaresizlik, Talihsizlik Ölçeği elde edilmiştir (127).

4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analiz “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 19.0 for Windows” programı kullanılarak yapıldı.

Çalışmamızda gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılımlarının normallik değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normallik değerlendirilmesi sonucuna göre Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama \pm standart sapma şeklinde verilmiştir. Kategorik değişkenler ise frekanslar ve yüzdeler şeklinde verilmiştir. Gruplarının değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışmamızda $p \leq 0.05$ düzeyi anlamlı/önemli olarak kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

5.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda MDB hastalarından oluşan intihar girişiminde bulunan, intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunmayan remisyonda olan 3 grup bulunmaktadır.

İntihar girişiminde bulunan MDB grubunda yaş ortalaması $32,12 \pm 11,99$ olan 40 (%80)'i kadın, 10'u erkek toplam 50 hasta bulunmaktadır. İntihar düşüncesi olan MDB grubunda yaş ortalaması $34,94 \pm 13,81$ yıl olan 33'ü kadın (%66), 17'si erkek (%34) toplam 50 hasta bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunmayan remisyon MDB grubunda yaş ortalaması $38,68 \pm 11,20$ yıl olan 34'ü kadın (%68), 16'sı erkek (%32) toplam 50 hasta bulunmaktadır. İntihar girişiminde bulunan grubun yaş ortalaması ($32,12 \pm 11,99$), intihar girişiminde bulunmayan grubun yaş ortalamasına ($38,68 \pm 11,20$) göre düşük bulundu ($p=0.032$).

İntihar girişiminde bulunan MDB, intihar düşüncesi olan MDB ve intihar girişiminde bulunmayan remisyonda olan MDB grupların sırasıyla ortalama eğitim süreleri $7,90 \pm 3,10$, $7,76 \pm 2,83$, $8,52 \pm 3,64$ yıl olup üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.607$).

Aylık gelir düzeyi 1500 TL ve altı olanlarının yüzde oranları intihar girişiminde bulunan grupta %52, intihar düşüncesi olan grupta %64 ve remisyon grubunda %24 olarak bulundu. İntihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan gruplarının aylık gelir düzeyleri remisyon grubunun aylık gelir düzeyine göre anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

İntihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan gruplarda sırasıyla 33 olgu (%66) ve 34 olgu (% 68) ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu bulunurken remisyon grubunda 25 olgunun (%50) ilkokul ve ortaokul mezununu olduğu

bulundu. Lise ve üniversite mezunlarının oranları intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan gruplarda olgu sayısı sırasıyla 17 (% 34) ve 16 (%32), remisyon grubunda ise 25 (% 50) olarak bulundu. Öğrenim durumu değişkenini göre gruplar arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$).

Meslek gruplarına bakıldığında çalışma gruplarında kadınların fazla olması nedeniyle olguların çoğunun ev hanımı olduğu saptandı. İntihar girişiminde bulunan 27 hasta (% 54), intihar düşüncesi olan 22 hasta (%44) ve remisyon grubunda 24 hasta (%48) ev hanımıydı aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. İntihar girişiminde bulunan grupta 5(%10) olgu, intihar düşüncesi olan grupta 3 (% 6) olgu işsiz mevcut iken remisyon grubunda işsiz olan yoktu.

Her üç grup arasında yaşanan yer, medeni durum açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. Her üç grubun sosyodemografik özellikleri tablo 2’de verilmektedir.

Tablo 2. Grupların sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		MDB -İntihar Girişimi olan (n=50)	MDB-İntihar Düşüncesi olan (n=50)	MDB-Remisyon (n=50)	P
Cinsiyet	Kadın	40(80,0)	33(66,0)	34(68,0)	0.246
	Erkek	10(20,0)	17(34,0)	16(32,0)	
Yaş		32,12±11,99 ^a	34,94±13,81	38,68±11,20	0.032
Yaşanılan Yer	Köy	2(4,0)	7(14,0)	3(6,0)	-
	İlçe	15(30,0)	17(34,0)	12(24,0)	
	Kent	33(66,0)	26(52,0)	35(70,0)	
Meslek	Ev Hanımı	27(54,0)	22(44,0)	24(48,0)	-
	Maaşlı	9(18,0)	14(28,0)	13(26,0)	
	Serbest	1(2,0)	4(8,0)	3(6,0)	
	Emekli	2(4,0)	2(4,0)	4(8,0)	
	Öğrenci	6(12,0)	5(10,0)	6(12,0)	
	İşsiz	5(10,0)	3(6,0)	-	
Öğrenim Durumu	İlkokul	22(44,0)	22(44,0)	24(48,0)	0.021
	Ortaokul	11(22,0)	12(24,0)	1(2,0)	
	Lise	13(26,0)	14(28,0)	16(32,0)	
	Üniversite	4(8,0)	2(4,0)	9(18,0)	
Eğitim Yılı		7,90±3,10	7,76±2,83	8,52±3,64	0.607
Medeni Durum	Evli	33(66,0)	30(60,0)	33(66,0)	-
	Bekar	13(26,0)	17(34,0)	11(22,0)	
	Boşanmış	4(8,0)	1(2,0)	2(4,0)	
	Dul	-	2(4,0)	4(8,0)	
Aile Tipi	Çekirdek	41(82,0)	40(80,0)	42(84,0)	-
	Geniş	9(18,0)	9(18,0)	7(14,0)	
	Parçalanmış	-	1(2,0)	1(2,0)	
Çocuk Sayısı	≤2	39(78,0)	39(78,0)	35(70,0)	0.563
	>2	11(22,0)	11(22,0)	15(30,0)	
Aylık Gelir	500-1000	12(24,0)	9(18,0)	4(16,7)	0.001
	1001-1500	14(28,0)	25(50,0)	8(31,3)	
	1501-2000	15(30,0)	8(16,0)	20(28,7)	
	2001+	9(18,0)	8(16,0)	18(23,3)	

^a MDB ile arasında anlamlı fark bulundu.

5.2. Hasta Gruplarının Klinik Özelliklerinin Karşılaştırması

İntihar girişiminde bulunan olgularının ortalama hastalık süresi $5,44\pm 5,09$ yıl, intihar düşüncesi olan olguların ortalama hastalık süresi $4,34\pm 6,06$ yıl, remisyon olgularının ortalama hastalık süresi $3,46\pm 3,20$ yıl olarak saptanmış olup, intihar girişiminde bulunan grubun hastalık süresi intihar düşüncesi ve remisyon grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,028$).

İntihar girişiminde bulunan, intihar düşüncesi olan ve remisyon gruplarının ortalama hastalık başlangıç yaşı sırasıyla $26,90\pm 11,17$, $30,8\pm 11,53$, $35,52\pm 11,14$ olarak saptanmış olup, remisyon grubunun ortalama hastalık başlangıç yaş verileri diğer iki grubun ortalama hastalık başlangıç yaş verilerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti ($p=0,001$).

Gruplar arasında hastalık başlangıç yaş aralığı açısından anlamlı fark bulundu ($p=0,001$). Başlangıç yaş aralığı 14-20 yaş olan olgu sayısının intihar girişimi olan grupta diğer iki gruba göre daha fazla olduğu görüldü.

Hastaneye yatış ($p=0,001$), madde kullanımı ($p<0,001$), kendine zarar verme davranışı ($p<0,001$) gibi klinik değişkenler intihar girişimi bulunan ve intihar düşüncesi olan gruplarda istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulundu. Grupların klinik özellikleri tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Grupların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

		İntihar Girişiminde Bulunan (n=50)	İntihar Düşüncesi Olan (n=50)	Remisyon (n=50)	P
Hastalık Süresi		5,44±5,09 ^a	4,34±6,06	3,46±3,20	0.028
Başlangıç Yaşı		26,90±11,17 ^b	30,68±11,53	35,52±11,14	0.001
Hastalık Başlangıç Yaş Aralığı	14-20	23(46,0)	10(20,0)	6(12,0)	0.001
	21-50	23(46,0)	35(70,0)	38(76,0)	
	51+	4(8,0)	5(10,0)	6(12,0)	
Hastane Yatışı	Var	19(38,0)	10(20,0)	4(8,0)	0.001
	Yok	31(62,0)	40(80,0)	46(92,0)	
Alkol Kullanımı	Var	9(18,0)	11(22,0)	6(12,0)	0.413
	Yok	41(82,0)	39(78,0)	44(88,0)	
Madde Kullanımı	Var	20(40,0)	12(24,0)	1(2,0)	<0.001
	Yok	30(60,0)	38(76,0)	49(98,0)	
Kendine Zarar Verme Davranışı	Var	28(56,0)	15(30,0)	2(4,0)	<0.001
	Yok	22(44,0)	35(70,0)	48(96,0)	

^a İntihar Düşüncesi ve MDB ile arasında anlamlı fark bulundu.

^b MDB ile arasında anlamlı fark bulundu.

5.3. Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çalışma grupları arasında daha önce psikiyatrik hastalığı olması, fiziksel hastalık olması, ailede psikiyatrik hastalık olması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

İntihar girişimi olan ve intihar düşüncesi olan gruplarının 6' şar olgusunda da ailede intihar girişim öyküsü saptanırken, remisyon grubunda aile intihar girişim öyküsü saptanmadı. Ailede MDB öyküsünün varlığı açısından gruplar arasında fark saptanmadı.

Her üç grup arasında sosyal destek açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Özellikle sosyal desteğin remisyon grubunda diğer iki gruba göre

daha fazla olduğu görüldü. Grupların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerine ait veriler ve bunların karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir

Tablo 4. Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin karşılaştırılması

		İntihar Girişiminde Bulunan (n=50)	İntihar Düşüncesi Olan (n=50)	Remisyon (n=50)	P
Özgeçmiş Psikiyatrik Hastalık	Var	39(78,0)	33(66,0)	28(56)	0.065
	Yok	11(22,0)	17(34,0)	22(44)	
Soygeçmiş Psikiyatrik Hastalık	Var	18(36,0)	23(46,0)	26(52,0)	0.267
	Yok	32(64,0)	27(54,0)	24(48,0)	
Fiziksel Hastalık	Var	14(28,0)	11(22,0)	15(30,0)	0.267
	Yok	36(72,0)	39(78,0)	35(70,0)	
Aile MDB	Var	16(32,0)	19(38,0)	23(46,0)	0.353
	Yok	34(68,0)	31(62,0)	27(54,0)	
AİGÖ	Var	6(12,0)	6(12,0)	-	-
	Yok	44(88,0)	44(88,0)	50(100,0)	
Sosyal Destek	Var	19(38,0)	23(46,0)	38(76,0)	<0.001
	Yok	31(62,0)	27(54,0)	12(24,0)	

5.4. İntihar girişimi olan MDB grubunun intihar davranışı ile ilgili özellikleri

İntihar girişimi olan MDB grubunda 44 olgu (%88) ilaç içerek, 3 olgu (%6) silahla, 1 olgu (%2) kimyasal madde ile geri kalan 2 olgu (% 4) ise yöntemleri kullanarak intihar girişiminde bulunmuş. İlaç içerek intihar girişiminde bulunan 44 olgudan 33'ü psikotrop ilaç kullanmıştır. İntihar girişim öncesi 40 olguda (%80) ailede tartışma öyküsünün mevcut olduğu, intihar girişim sonrası 31 olgunun (%62) çevreye haber vermediği saptandı. İntihar girişimi olan MDB grubunun intihar davranışı ile ilgili özellikleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. İntihar girişimi olan MDB grubunun intihar davranışı ile ilgili özellikleri

		İntihar Girişimi olan MDB (n=50)
İntihar Girişim Şekli	İlaç	44(88,0)
	Silah	3(6,0)
	Kimyasal Madde	1(2,0)
	Hepsi	2(4,0)
İntihar Girişiminde Kullandığı İlaçlar	Psikotrop ilaç	31(70,5)
	Diğer	13(29,5)
İntihar Girişim Öncesi Ailede Tartışma Öyküsü	Var	40(80,0)
	Yok	10(20,0)
İntihar girişim Sonrası Çevreye Haber Verme	Var	19(38,0)
	Yok	31(62,0)

5.5.Grupların ölçek ve alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması

Çalışma gruplarına klinisyen tarafından uygulanan HAM-D ve HAM-A ve alt ölçekleri açısından karşılaştırıldığında intihar girişimi olan ve intihar düşüncesi olan gruplarının ölçek puanları remisyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.001$).

BDÖ, BAÖ, SUKDÖ, UÇTÖ, ölçek ve alt ölçek puanları gruplara göre karşılaştırıldığında intihar girişimi olan ve intihar düşüncesi olan gruplarının ölçek puanları remisyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($P<0.001$). Grupların ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Grupların ölçek ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	İntihar Girişiminde Bulunan (n=50)	İntihar Düşüncesi Olan (n=50)	Remisyon (n=50)	P
HAM-D	30,40±5,56	31,20±6,54	7,12±3,67	<0.001
HAM-A(T)	24,64±5,81	25,78±5,90	7,52±4,54	<0.001
HAM-A(P)	10,74±2,66	10,66±2,54	3,22±2,26	<0.001
HAM-A(S)	13,90±3,88	15,12±4,51	4,26±2,88	<0.001
BDÖ	33,44±12,03	33,12±9,36	10,24±6,2	<0.001
BAÖ	32,48±13,69	31,52±15,0	13,48±9,7	<0.001
SUKDÖ	29,00±8,81	30,50±10,5	40,40±8,7	<0.001
UÇTÖ -UMUTSUZLUK	36,06±10,68	38,78±7,96	25,80±7,7	<0.001
UÇTÖ-ÇARESİZLİK	35,42±6,88	37,32±6,12	30,12±7,1	<0.001
UÇTÖ -TALİHSİZLİK	34,22±7,40	34,94±8,02	27,08±5,9	<0.001

İntihar Düşüncesi ve İntihar Girişimi ile Arasında Anlamlı Fark Bulundu.
Veriler Ort±SS veya n(%) şeklinde verilmiştir.

5.6. Sosyodemografik faktörlere göre Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik alt ölçek puanlarının dağılımı

Sosyodemografik değişkenlere göre umutsuzluk alt ölçek puanlarına bakıldığında aylık geliri 500-1000 TL ve 1001-1500TL olanların, 2001TL ve üzeri olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmaya ait veriler tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Aylık gelire göre umutsuzluk alt ölçek puanlarının dağılımı

		n (150)	Ort±SS	p
Aylık Gelir	500-1000 ^a	25	38,88±10,82	0.001
	1001-1500 ^b	47	34,97±9,34	
	1501-2000	43	32,76±11,52	
	2001+	35	28,77±8,15	

^a 2001+ ile arasında anlamlı fark bulundu.
^b 2001+ ile arasında anlamlı fark bulundu.
Veriler Ort±SS veya n(%) şeklinde verilmiştir.

Öğrenim durumu ile talihsizlik alt ölçek puanları karşılaştırıldığında ilkokul ve ortaokul mezunları ile üniversite mezunları arasında talihsizlik alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.007$). Bununla birlikte iki ve daha az çocuk sahibi olanların talihsizlik alt ölçek puanları 2'den fazla çocuğa sahip olanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır ($p=0.001$).

500-1000 TL ve 1001-1500 TL aylık geliri olanların, 2000 TL üzeri aylık geliri olanlara göre talihsizlik ölçek puanları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p=0.002$). Öğrenim durumu, çocuk sayısı ve aylık gelire göre talihsizlik alt ölçek puanlarının dağılımı tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Sosyodemografik faktörlere göre talihsizlik alt ölçeği puanlarının dağılımı

		n (150)	Ort±SS	P
Öğrenim Durumu	İlkokul ^a	68	33,02±8,26	0.007
	Ortaokul ^b	24	34,75±5,73	
	Lise	43	31,04±8,15	
	Üniversite	15	26,46±6,55	
	Geniş	25	33,20±7,50	
	Parçalanmış	2	23,50±7,77	
Çocuk Sayısı	≤2	113	33,27±8,01	0.001
	>2	37	28,43±6,71	
Aylık Gelir	500-1000 ^c	25	36,52±6,95	0.002
	1001-1500 ^d	47	33,04±8,56	
	1501-2000	43	30,97±7,75	
	2001 ve üzeri	35	28,97±6,60	

^a İlkokul ile Üniversite arasında anlamlı fark bulundu.
^b Ortaokul ile Üniversite arasında anlamlı fark bulundu.
^c 500-1000 TL ile 2001 TL ve üzeri arasında anlamlı fark bulundu.
^d 1001-1500 ile 2001 TL üzeri arasında anlamlı fark bulundu.

Çaresizlik alt ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

6.TARTIŞMA

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan, intihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunmayan remisyonda olan Major Depresif Bozukluk hastalarının sosyodemografik ve klinik değişkenleri karşılaştırılmıştır. Aynı zamanda tüm hastalara UÇTÖ uygulanarak intiharla ilişki olduğunu düşündüğümüz umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik kavramlarının ayrıntılı olarak değerlendirerek intihardaki yerini anlamaya çalıştık.

Çalışmaya her üç grupta majör depresif bozukluk tanısıyla ayaktan veya yatarak takibi yapılan toplam 150 hasta alınmıştır. Genel olarak sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, 107 hastanın kadın (%71.3) , 43 hastanın erkek (%28.7) olduğu, hastaların yaş ortalamasının 35.7 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluğun orta yaşlarda ve özellikle de 30–45 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalık olduğu, kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla sık görüldüğü, depresif bozuklukların yaşamları süresince erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemekte olduğu bildirilmektedir (19). Çalışmamızın sonuçları cinsiyet ve yaş dağılımı, literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grupta yaş ortalaması 32.12 ± 11.99 olan 40 kadın (%80), 10 (erkek %20), intihar düşüncesi olan grupta yaş ortalaması 34.94 ± 13.81 yıl olan 33 kadın (%66), 17 erkek (%34) ve remisyon grubunda yaş ortalaması 38.68 ± 11.20 yıl olan 34 kadın (%68) , 16 erkek (%32) olmak üzere toplam 150 hasta bulunmaktadır. Gruplar arasında intihar girişiminde bulunan olgularının yaş ortalaması diğer iki grubun yaş ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Yaş ortalamaları arasındaki bu anlamlı farklılık, özkıyım girişimlerinin daha çok genç yaşlarda, özellikle kadınlarda görüldüğünü bildiren çalışma sonuçlarıyla (129) ve MDB'nin görülme olasılığının 25-44 yaşları arasında en yüksek olduğunu bildiren yayınlarla (27, 128).

Daha önce yapılan intiharla ilgili çalışmalarda intihar girişimlerinin ergenlik dönemi ve orta yaş üstü-yaşlılıkta sık görüldüğü bildirilmektedir (129). Türkiye

intihar istatistikleri 2012 verilere göre intihar girişiminde bulunanların % 28'i erkek %72'i kadın olduğu saptanmış olup yaş grubuna göre incelendiğinde, kadınların 15-34 yaş grubunda yoğunlaştıkları görülmüştür. Amerika'da 2000-2008 yılları arasında zehirlenme merkezine başvuran vakalarla yapılan çalışmada da yaş ortalamasının 30 olduğu saptanmıştır (3, 130). Bu bulgular bizim sonuçlarımıza benzerdir.

Her üç grupta da kadınların erkeklerden daha fazla oranda bulunmaktadır. Kadın erkek oranları intihar düşüncesi olan (33/17), remisyon grubunda (34/16) benzer iken intihar girişiminde bulunan grupta (40/10) kadın erkek oranı diğer iki gruptan yaklaşık 2 kat daha fazladır. Bu sonuçlar intihar girişim oranlarının kadınlarda daha fazla olduğunu bildiren ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırma sonuçlarıyla uyum göstermektedir (3, 61, 131, 132).

İntihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla görülmesi, kadınların isteklerini elde etme, kendilerini ifade edebilme ve kabullenilme açılarından daha yetersiz durumda bulunmalarına da bağlanabilir. 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 (64, 132, 133).

Kadınların yaşadıkları olaylardan erkeklerden daha fazla etkilendiklerini, kadınların yardım isteme davranışı açısından erkeklere göre daha açık ve rahat oldukları fikrini de desteklemektedir (87).

Medeni durum açısından her üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda her üç grupta evli olanların bekarlardan daha fazla olması önceki çalışmalarla uyumlu olmasa da, ülkemizde yapılan çalışmaların bulgularıyla örtüşmektedir. Ülkemizde evlilik problemlerinin kronikleşme eğiliminin olması ve evliliğin batılı ülkelere oranla bireyler üzerinde daha sınırlayıcı etkileri olması sebebiyle, evlilerde (daha çok evli kadınlarda) yüksek intihar girişim oranları bulunmaktadır (3, 69). Bu çalışmada olguların çoğunluğunu evli kadınlar

oluşturmaktadır. Evliliğin kadın cinsiyette depresyona duyarlılığı artırdığı öne sürülmüştür (133).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan olgularının ortalama hastalık süresi (5.44±5.09), intihar düşüncesi olan (4.34±6.06) ve remisyon olgularının (3.46±3.20) hastalık sürelerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu veriler bize hastalık süresi ile intihar riskinin arttığını göstermektedir. Literatürde hastalık süresi ile intiharı ilişkilendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gelecekteki çalışmalarla birlikte, ortalama hastalık süresinin intihar düşüncesi ya da girişiminin ortaya çıkması üzerindeki etkileri daha belirgin şekilde ortaya çıkabilecektir.

TÜİK 2012 verilerine göre, intihar girişiminde bulunanların %68'inin ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (3). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grubun %66'nın, intihar düşüncesi olan grubun %68'inin, remisyon grubunun %50'sinin ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu ortaya konmuştur. İntihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan grupların sonuçları benzer olmakla birlikte remisyon grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalar da benzer sonuçlar bulunmuştur (3, 63, 134)

Bu bulgular MDB'de eğitim seviyesi düştükçe intihar girişimi oranının arttığını göstermektedir. Eğitim açısından yaklaşıldığında intihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik duygusu, umutsuzluk ve gerginlik sebebiyle, düşünme yeteneklerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda da mevcut çıkış yollarını, alternatifleri yararsız düşündükleri hesaba katıldığında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir (135, 136).

Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireyler arasında kadınların %12'sinin, erkeklerin ise %20'sinin işsiz olduğu, Türkiye'de ise intihar girişimlerinin ekonomik olarak daha bağımlı olan ev hanımı, öğrenci gibi bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (12, 71, 137).

Çalışmamızda intihar girişimi olan olgularının %54'ü ev hanımı olduğu saptandı. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmasa da, bu oran diğer iki gruba göre daha yüksekti. İntihar girişiminde bulunan grubunun %10'u, intihar düşüncesi olan grubun % 6'sı işsiz iken remisyon grubunda işsiz olan yoktu. Bu çalışmada, ekonomik olarak bağımlı ev kadınları ve işsizlerde, ekonomik kaygılar ve sıkıntılar bireyde çaresizlik duygusu yaratmış, umutsuzluğa yol açmış ve intihar girişimine sebep olmuş olabilir. Çalışmamızdaki bulgular Çayköylü ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermekte, bununla birlikte çalışmayanlarda depresyonun daha az görüldüğüne ilişkin verilerle göre farklılık göstermektedir. İşsizlerde umutsuzluk nedeniyle intihar düşüncesinin ortaya çıkmış olabileceği gibi, intihar düşüncesi gibi yoğun depresif temaların kişinin mesleki işlevselliği üzerine olumsuz etkileri olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda intihar girişiminin olduğu grupta özellikle madde kötüye kullanım oranları diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesinin olduğu gruplarda alkol kullanım oranı remisyon grubuna göre yüksek çıkmıştır. Alkol ve madde kötüye kullanımının MDB'de intihar girişimi artışı ile ilişkisi olduğu birçok çalışmada vurgulanmış olup çalışmamızda bu veriler literatür ile uyumludur (138-140).

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması intihar girişimi için risk etkenleri arasında sayılmaktadır. İntihar girişimi, aynı zamanda düşük eğitim düzeyi ve olumsuz çevre koşullarında yaşama ile de ilişkilendirilmektedir (141, 143).

Aylık gelir düzeyi 1500 TL ve altı olanların yüzde oranları intihar girişimi olan grupta %52, intihar düşüncesi olan grupta %64 ve remisyon grubunda %24 olarak bulundu. İntihar girişimi ve intihar düşüncesi olan gruplarının aylık gelir düzeyleri remisyon grubunun aylık gelir düzeyine göre anlamlı derecede düşük bulundu.

Yapılan çalışmalarda işsizlik ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğu, intiharların düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olabileceği gösterilmiştir

(12,87). Ekonomik ve sosyal koşulların insan ruh sağlığı üzerindeki etkilerini konu edinen yazılarda kendini öldürme olaylarının düşük sosyoekonomik düzeylerdeki toplumsal katmanlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir (143, 144).

Psikiyatrik bir bozukluk nedeni ile hastaneye yatış, intihar için önemli risk faktörlerinden biri olup risk kadınlarda erkelere göre daha fazla olduğu görülmüştür (74, 145). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grupta %38'inin, intihar düşüncesini olan grupta %20'sinin geçmişte yatarak tedavi gördüğü ve remisyon grubuna göre anlamlı derecede farklılık saptandı.

Olguların intihar girişiminde kullandıkları yöntemlere bakıldığında 44(%88) olgunun ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kullanılan ilaçların %70.5 'inin psikotrop ilaç olduğu bulunmuştur. Literatür ve TÜİK 2012 verilerine benzer şekilde, ilaç veya toksik madde kullanımı ilk sıradadır (3, 146-148). İlaçların her evde bulunması ve ulaşılabilirliği en kolay olan yöntem olması neden olabilir. Kullanılan ilaçların çoğunluğunun psikotrop ilaç olması hekimin tedavide tercih ettiği ilaçların toksitesini bilmesi açısından önemlidir.

İntihar girişimleri, genellikle stres yaratan yaşam olaylarından sonra olmaktadır (97). Tetiği çeken mekanizmanın olumsuz yaşam olayları olduğu bilinmektedir (78). Çalışmamızda 40 olguda (%80) intihar girişim öncesi ailede tartışma öyküsünün mevcut olduğu saptandı. Özellikle, tekrarlayıcı olumsuz yaşam olayları MDB belirtilerinin şiddetlenmesine yol açarak intihar riskinin artmasına neden olabilmektedir.

MDB hastalarının sıklıkla alkol ve madde kötüye kullanımı, birden çok fiziksel hastalık ve çeşitli kişilik bozuklukları şeklinde eş tanılara sahip oldukları belirlenmiştir (149). Madde kullanım bozukluğu olan gençlerde intihar davranışı, yapılan çalışmalarda %5.5, intihar davranışı olan gençlerle yapılan çalışmalarda ise madde kullanım bozukluğu %5.4 oranında görülmüş, aralarındaki bu ilişki anlamlı olarak değerlendirilmiştir (152).

Madde kullanım oranlarına baktığımızda intihar girişiminde bulunan olguların %40'ı, intihar düşüncesi olan olguların %24'ü ve remisyon olguların ancak %2'si olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki bulgular ile yapılan diğer çalışmalarla uyumlu bulunmuştur (150). Diğer çalışmalardan farklı olarak bizim çalışmamızda alkol kullanımını açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Foster ve arkadaşları bireyin önceki kendine zarar verme davranışını temel risk faktörü olarak tanımlamışlar, özellikle kendine zarar verici davranışı takip eden ilk 12 ayda intihar girişimi riskinin normal popülasyona oranla 50-100 defa daha riskli olduğunu, intihar girişimi nedeniyle ölenlerin yaklaşık olarak yarısında kendine zarar verme davranışı öyküsünün bulunduğunu ve bu oranın genç yaş grubunda üçte ikiye çıktığını belirtmişlerdir (152).

11583 hasta ile yapılan bir çalışmada %39'unda tekrarlayıcı kendine zarar verme davranışının olduğunu, intihar için en riskli grubun ise tekrarlayıcı kendine zarar verme girişimi olan kadınlar olduğunu göstermişlerdir (99).

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan grubunun %56'sının, intihar düşüncesi olan grubunun %30'unun kendine zarar verme davranışında bulunduğu saptanmış olup bu veriler literatürle uyumludur.

Düşkünlüğe yol açan hastalıklar yüksek oranda intihar eylemini tetikler. İntihar vakalarında bedensel hastalıkların sıklığı %25 ile %70 arasında değişir. Fiziksel hastalıklar depresyona sebep olarak, psikiyatrik hastalıkları başlatarak veya relaps oluşturarak ve organik mental bozukluklar yaparak yargılama bozukluğu, dürtüsellik ve intihara yönelik eyleme yol açmalarıyla intihar riskini artırır (1). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan olguların %28'inde fiziksel hastalığının mevcut olduğu diğer iki gruplar ile arasında fark saptanmadığı bulunmuştur.

İntihar davranışının ailesel geçiş eğilimini bildiren birçok çalışma mevcut olup, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında ailesel yatkınlığın önemi vurgulanmaktadır

(153, 154). Goodwin ve arkadaşları (2004) özellikle ruhsal hastalık birlikteliğinde bu ilişkinin güçlendiğini belirtmiştir (156). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan gruplarının ailede intihar girişimi oranı %12 bulunurken remisyona grubunda ailede intihar girişim öyküsü bulunmamaktadır. Bu veriler ailede intihar girişim öyküsü olan MDB hastalarının ölüm düşüncelerini ve intihar girişimi riskinin arttığını göstermiştir.

İntihar riskinin yüksek olduğunun en önemli göstergelerinden biri daha önceki intihar girişimleridir (97). Bir çalışma, intihar girişiminde bulunanların %40'ının daha önce en az bir kez girişimde bulunmuş olduklarını bildirmiştir (156). Bizim çalışmamızda 7 olgunun (%14) 2 kez intihar girişiminde bulunduğu, 10 olgunun (%20) da ikiden fazla intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Majör depresyonla ilişkili olarak, geçmişteki intihar davranışları kişinin gelecekte intihar davranışında bulunma olasılığını artırmaktadır. Depresyon yaşam boyu ataklarla süren bir hastalıktır. Umutsuzluk, kötümserlik, benlik saygısında düşme ve suçluluk duyguları intihar düşünce ve eylemlerini uyarır (133). Bireyler intihar ve kendine zarar verici davranışları sorunlarla baş etme mekanizması olarak kullanmış ve bunu alışkanlık haline getirmiş olabilir (154). Eş zamanlı ruhsal bozukluğun varlığı da intihar girişiminin tekrarlama riskini artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan olguların %62'sinin ve intihar düşüncesi olan olguların %54'ünün sosyal desteğinin olmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda intihar eğilimi olan bireylerin sosyal destek kaynaklarının koruyuculuğundan yoksun oldukları ve yaşamla bağlarının zayıf, benlik değerlerinin düşük olduğu, problem çözmede ve stresle baş etmede yetersiz oldukları saptanmıştır (158, 159). Sosyal desteğinden hoşnut olmayan gençler arasında intihar riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir (160).

Aile içinde iletişim sorunlarının varlığı, gevşek aile bağları, kaotik ortam ve ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olması da intihar riskini artırmaktadır (76, 87, 161). Sosyal desteği olmayan bireyler kendini soyutlanmış hisseder ve yalnızlık duygusuna kapılır. Birey içine yuvarlandığı anlamsızlık, boşluk, mutsuzluk ve umutsuzluk duyguları arasında yaşamdan kopmaktadır. Kişi yalnızlık anlarında

hayatla bağını kopararak yaşamına son verir. İntihar aslında, bireyin yalnızlık yükünü kaldıramadığının net bir göstergesidir. Çalışmamızdaki sonuçlarda literatürle uyumlu olarak sosyal destek varlığının intihardan koruyucu bir faktör olduğunu desteklemektedir.

Boden ve ark. (2006) toplum temelli 25 yıllık bir uzunlamasına kohort çalışmasında anksiyete bozukluklarının intihar eğilimi için güçlü bir risk faktörü olduğunu göstermişler (162). Tek bir anksiyete bozukluğu intihar düşüncesini 2.8 kat, girişimini 1.9 kat artırdığını bulmuşlardır. Bu çalışmanın dışında anksiyete bozukluklarının intihar riskini artırdığı belirten başka çalışmalar da vardır (163, 164). Bu çalışmalardan farklı olarak Chioqeta ve Stiles (2007) ise anksiyete ve intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir (165). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan grupların HAM-A ve BAÖ puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Çalışmamızdaki bu sonuçlar MDB'de eşlik eden anksiyete belirtilerinin intihar düşüncelerini ve intihar girişim riskini artırdığını göstermektedir.

Sosyal işlevsellik, kişinin iş, ev, sosyal yaşam ve haz aldığı etkinliklerindeki işlevsellik yetisi olarak tanımlanmaktadır. Depresyon ve sosyal işlevsellik kaybı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır (166, 167). Sosyal yaşamdan izole olan bireyler, aile, dini gruplar ve diğer topluluk organizasyonlarına aktif bir şekilde katılmayanlara göre intihara daha fazla eğilimlidir. Ayrıca kentlerde sosyal izolasyonla birlikte bireylerin yalnızlaşması, intihar riskini artıran en büyük etkenlerinden biridir (168,169). Bizim çalışmamızda da SUKDÖ puanları intihar girişimi ve intihar düşüncesi olan gruplarda anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ve sonuçlar literatür ile uyumludur.

İntihar konusuna ilişkin çalışmalara bakıldığında, umutsuzluk faktörünün de depresyon ve intihar davranışlarıyla yakından ilişkili olduğu görülmekte ve önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (170-172). Son yapılan çalışmalarda da depresyonda umutsuzluk faktörünün intihar için önemli bir risk faktörü olduğunu desteklemektedir (173, 13).

Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan grupta umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik alt ölçek puanları remisyona göre anlamlı çıkmıştır. Bu sonuçlar literatür ile uyumlu olarak umutsuzluk faktörünün önemli intihar yordayıcısı olduğunu göstermektedir.

Umutsuzluk ve talihsizlik alt ölçek puanları aylık geliri 1500 TL ve altı olanların, aylık geliri 2001 TL ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Bu sonuçlar düşük aylık gelirin umutsuzluk ile bağlantılı olduğunu ve MDB'de intihar risk faktörleri arasında olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Ülkemizde ise Durak ve arkadaşları (1993), umutsuzluğa ilişkin olarak yapmış oldukları bir çalışmada, ilkokul mezunlarının, üniversite mezunlarından daha fazla umutsuzluk puanlarına sahip olduklarını belirtmektedir. Bizim çalışmamızda ise ilkokul ve ortaokul mezunlarının üniversite mezunlarına göre talihsizlik alt ölçek puanları daha fazla bulunmuştur (174).

Kalabalık ailelerde ve sosyal desteklerin varlığında intihar riskinin azaldığı öngörülmektedir. Çocuk sahibi olma veya çocuk sayısının fazla olması intihar düşüncesi ve intihar girişimini azalttığı belirlenmiştir (78, 164, 175). Çalışmamızda iki ve daha fazla çocuk sahibi olanların talihsizlik ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar bize literatürle uyumlu olarak çocuk sayısının fazla olması intihar düşüncelerini ve intihar girişimini azalttığını göstermiştir. Çocuk sahibi olma önemli yaşamı sürdürme nedenlerinden biri olup, bireyin umutsuzluk ve yalnızlık hislerini azaltarak intiharda koruyucu bir faktör olarak görülmüştür.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları ve güçlü yönleri vardır. Öncelikle bir izlem çalışması olmayıp kesitseldir. Örneklem sayılarının az olması ve sağlıklı kontrol grubunun olmaması kısıtlılıklar arasında yer almaktadır. Sağlıklı kontrol grubu yerine intihar girişimi ya da düşüncesi bulunmayan remisyonda depresif bozukluğa sahip hastalar alınarak karşılaştırma yapılması planlanmıştır. İntihar davranışında

önemli rol oynayan Eksen 2 tanılarını araştırılmaması çalışmanın sınırlayıcı faktörlerindedir.

Ülkemizde intihar risk faktörlerini irdeleyen birçok çalışma olmasına rağmen MDB hastalarında intihar risk faktörlerini araştıran çok az çalışma vardır. Bizim çalışmamız, intihara ilişkin risk faktörlerini aydınlatmada, gelecekteki çalışmalara öncü olabilir. Depresyonun en önemli komplikasyonu olan intiharın ayrıntılı bir şekilde araştırılması ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması için uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan, intihar düşüncesi olan ve remisyonda olan MDB hastalarının sosyodemografik ve klinik değişkenleri karşılaştırılmıştır.

Çalışmada intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan MDB hastalarında kadın cinsiyet, ilköğretim ve altı eğitim düzeyi, ev hanımı olma ve işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, ailede intihar girişim öyküsü bulunma oranları daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda erken hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresinin uzun olması, hastane yatış öyküsü, madde kullanım öyküsü ve kendine zarar verme davranışı intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan MDB olgularında daha sık olarak saptandı. İntihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan MDB olgularında anksiyete, umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik düzeyleri remisyon MDB olgularına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Genel olarak baktığımızda MDB'de umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik duygularının yoğun olması intihar için risk faktörleri olarak görülmekle birlikte bu duyguların birbirine yakın ilişkili olması nedeniyle aralarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak bu kavramların daha iyi araştırılarak intiharın daha iyi anlaşılması ve koruyucu önlemlerin alınması için daha büyük örneklem gruplarının olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak MDB hastalarında intihar girişiminde bulunan ve intihar düşüncesi olan grupların arasında sosyodemografik değişkenler ve uygulanan ölçekler açısından fark saptanmamıştır. İntihar düşüncesi olan her hastanın intihar riskinin yüksek olduğu ve yapılan klinik görüşmelerde intihar düşüncesinin daha da ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

8. KAYNAKLAR

- 1- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. Baltimore-Maryland: Williams & Wilkins Co, 1994: 803-811.
- 2- Sadock BJ. ve Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Çeviri Ed. Aydın H, Bozkurt A, Bölüm 29: Özkıym. Güneş Kitabevi, 2007; 2442–2453.
- 3- TÜİK, İntihar Girişim İstatistikleri TR31 İzmir, 2012.
- 4- Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. 2005; 382-395.
- 5- Haran S, Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleriyle ilişkisi. Kriz Dergisi 1995; 3: 247-251.
- 6- Crump C, Sundquist K, Sundquist J. ve ark. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. Psychol Med. 2013; 23: 1-11.
- 7- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ. ve ark. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry, 1993; 150: 935–940.
- 8- Haran S, Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar fikirleriyle ilişkisi. Kriz Dergisi 1995; 3: 247-251.
- 9- Sır A, Özkan M, Altındağ A, Özen Ş. ve ark. Diyarbakır'da intihar ve intihar girişimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999; 10 (1): 50–57.
- 10- Mc Clure GMG. Changes in suicide in England and Wales, 1960–1997. Br J Psychiatry, 2000; 176: 64–67.

- 11- Foster T, Gillespie K, McClelland R. ve ark. Risk factor for suicide independent of DSM III-R Axis I Disorder: Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 1999; 175: 175–179.
- 12- Dome P, Kapitany B, Faludi G. ve ark. Does economic environment influence the strength of the positive association between suicide and unemployment? *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67 (12): 1074-1075.
- 13- Bagge CL, Lamis DA, Nadorff M. ve ark. Relations Between Hopelessness, Depressive Symptoms and Suicidality: Mediation by Reasons for Living. *J Clin Psychol*, 2013; 70(1):18-31.
- 14- Melges FT. Types of hopelessness in psychological process. *Arch Gen Psychiatry*, 1969; 20: 690-699.
- 15- Lester D, Walker RL Hopelessness, helplessness, and haplessness as predictors of suicidal ideation. *Omega J Death Dying* 2007; 55: 321-324.
- 16- Zhang J, Li Z. The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for. *Compr Psychiatry*. 2013; 54 (7): 790-796.
- 17- Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. çev. Ed. Koroğlu E, 4. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- 18- Öztürk M.O. *Duygulanım Bozuklukları, 'Ruh Sağlığı ve Bozuklukları'* 12. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2011; 337-420.
- 19- Sadock BJ ve Sadock VA. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. Baskı. Çeviri Ed. H Aydın, A Bozkurt, *Duygudurum Bozuklukları*. Güneş Kitabevi, Ankara, 2007; 1559-1718.

- 20- Köknel Ö. Depresyon: Ruhsal çöküntü. Altın Kitaplar Yayınevi. İstanbul, 1989.
- 21- Ceylan E, Oral T. Duygudurum Bozuklukları. Atlan Matbaacılık. İstanbul, 2001.
- 22- Işık E. Duygu Durumu Bozuklukları, Depresyon ve Bipolar Bozukluk. 1. Baskı, İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası, 2003; 467-540.
- 23- Çiftler İ: Depresyon kavramının gelişimi: Depresyon Monografı Serisi/1, Hekimler Yayın birliği, Ankara, 1993.
- 24- ICD- 10: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzu. Çev. Eds: Öztürk MO, Ulug. Türkiye sinir ve Ruh Sağlığı derneği, Ankara, 1994.
- 25- Kessler RC, Berglund P, Demler O. ve ark. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication. JAMA, 2003; 289: 3095-3105
- 26- Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S ve ark. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Bri Jour Psychiatry, 2004; 184 (5): 386-392
- 27- Köroğlu E, Yazıcı O. Major depresyon, bipolar 1 ve bipolar 2 bozuklukları. Köroğlu E, Güleç C (Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007: 240-279.
- 28- Yazıcı O, Oral ET, Vahip S. Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2008; 79-99.
- 29- Richards D. Prevalance and clinical course of depression: A review. Clin Psychol Rev, 2011; 31: 1117-1125.

- 30- Blazer D. Mood Disorders: Epidemiology in Comprehensive Textbook of Psychiatry, six edition, ED(s) Kaplan H, Sadock J. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995; 38.
- 31- Rothschild AJ. Mood disorders. Harvard Guide to Psychiatry, Nicholi Jr. AM. (Ed), 3. baskı, Cambridge, Harvard University Press, 1999; 281-307.
- 32- Duman R, Heninger G, Nestler E. A molecular and cellular theory of Depression. Arc. Gen. Psychiatry 1997; 54: 597-606.
- 33- Antonijevic IA. Mood disorders-is it time to endorse different pathophysiologies Psychoneuroendocrinoloji 2006; 31: 15.
- 34- Kaplan & Sadock. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII'de Ed.s; BJ Sadock, VA Sadock, Proveniono I. Chronobiology. Philadelphia; lipincott / Williams & Willkins, 2005; 161-171.
- 35- Shneidman ES. Definition of Suicide. Wiley Press, New York, 1985.
- 36- Taştan, Z. Yusuf Atılgan'ın eserlerinde intihar. Milli Eğitim, 2007.
- 37- Oral G, İntihar ve Adli Bilimler, Yeni Symposium 1997; 35(2-3): 46-57
- 38- Weis, M. and E. S. Arieti. Suicide, In: A handbook of Psychiatry, New York: BasicBooks Inc. Publishers, 1974; 743-765.
- 39- Durkheim E, İntihar, Çev. Ed. Prof. Dr. Özer Ozankaya, Cem Yayınları, 2002.
- 40- Uluduz, D. and M. Uğur, Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi. Yeni Symposium, 2001;39: 19-25.

- 41- Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R. ve ark. Kriz ve Krize Müdahale: İntihar Davranışı. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları 2000; 6: 165-197
- 42- World Health Organization 2007.
- 43- Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatr Serv 2001; 52: 368-75.
- 44- Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir, 1995.
- 45- Durkheim E. Ozankaya Ö. Toplumbilimsel inceleme intihar. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986.
- 46- Odağ C. Nevrozlar-2. Depresif Nevroz. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001.
- 47- İntihar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004; 361-366.
- 48- Eskin M. İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama, Ankara. 2003; 3-28.
- 49- Doruk A, Özşahin A. İntihar. Köroğlu E, Güleç C. (Ed.). Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği. Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007; 240-279.
- 50- Özalp E. İntihar Davranışının Genetiği, Türk Psikiyatri Dergisi, 2009; 20(1): 85-93.
- 51- Brent DA. ve Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet, 2005; 133 (1): 13-24.

- 52- Nordström P, Samuelsson M, Asberg M. ve ark. CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994; 24: 1-9
- 53- Pandey GN. Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *The Neurobiology of Suicide*: New York Academy of Sciences, 1997; 182-200.
- 54- Kaplan H.I. ve Sadock B.J. Klinik psikiyatri-Kaplan & Sadock, Çeviri Ed. Abay E. Bölüm 25. 1: İntihar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004; 361–366.
- 55- Turecki G, Briere R, Dewar K. ve ark. Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (9): 1456–1458.
- 56- Baca-García E, Salgado BR, Segal HD. ve ark. A pilot genetic study of the continuum between compulsivity and impulsivity in females: the serotonin transporter promoter polymorphism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2005; 29 (5): 713-717.
- 57- Du L, Faludi G, Palkovits M. ve ark. High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. *Neuroreport*, 2002; 13: 1195–1198
- 58- Ono H, Shirakawa O, Nushida H. ve ark. Association between catechol-O methyltransferase functional polymorphism and male suicide completers. *Neuropsychopharmacology*, 2004; 29: 1374–1377
- 59- Sarandöl A. İntihar. *Birinci Basamak için Psikiyatri*, 2003, 1: 32–45.
- 60- Uçan Ö. Türkiye’de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması, *Kriz Dergisi* 2005; 13: 15-26

- 61- Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK. ve ark. Genel Bir Hastanede İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 2005; 13: 1-10.
- 62- Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk faktörleri: Bir Gözden Geçirme. *Kriz dergisi* 2004; 12: 39-52. 10, 19, 27.
- 63-Devrimci-Özguven H. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J. Psychiatry-Special Topics*, 2008; 1 (3): 1-7.
- 64- Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L. ve ark. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 19-29.
- 65- Ambade VN, Godbole HV, Kukde HG. Suicidal and homicidal deaths: a comparative and circumstantial approach. *J Forensic Leg Med*. 2007 14(5):253-260.
- 66- Jacob DG. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association. 2003.
- 67-Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Mann JJ. ve ark. Suicidal behavior in young women. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 317-31.
- 68- Yalvac D. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. 2006.
- 69- Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2: 204-212
- 70- Sayıl I, Oral A, Güney S. ve ark. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1993. 1: 56-61.

- 71- aykyl A, Coşkun İ, Kırkpınar İ. ve ark. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*, 1997; 5: 37-42.
- 72- Roy A. Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th edition, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, 2031-2040.
- 73- Sayıl I, Kesebir S. Editörler: Sadock BJ, Sadock VA, *Psikiyatrik Acil durumlar*. Çeviri: Kaplan & Sadock (*Klinik Psikiyatri /zet Psikiyatri*), 2005; 9: 382-395
- 74- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 765-772.
- 75- Lizardi D, Sher L, Sullivan GM. Association between familial suicidal behavior and frequency of attempts among depressed suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 406-410.
- 76-Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nestedcase-control study. *BMJ* 2002; 325: 7355-7374.
- 77-Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull* 2007; 54: 306-369.
- 78- Doruk A. ve zşahin A. İntihar. Kroğlu E, Gle C (Ed). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007; 556-561.
- 79- Roy A. Family history of suicide and neuroticism: a preliminary study. *Psychiatry Res* 2002; 110: 87-90.

- 80- Beevers CG, Miller IW. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 126-137.
- 81- Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L. ve ark. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000; 55: 18-26.
- 82- De Man AF, Becerril Gutierrez BI. The relationship between level of self-esteem and suicidal ideation with stability of self-esteem as moderator. *Can J Behav Sci* 2004; 34: 235–238.
- 83- Linehan MM, Rivzi SL, Welch SS. ve ark. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. In: Hawton K, Van Heeringen K, (eds). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000, 147–178.
- 84- Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res* 2011; 15: 1-15.
- 85- Eskin M, Akoğlu A, Uygur B. Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17: 266-275.
- 86- Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W. ve ark. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. *Int J Gen Med*. 2012; 5: 323-330
- 87- Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 2003; 11: 13–24.

88- Milnes D, Owens D, Blenkiron P. Problems reported by self-harm patients perception, hopelessness, and suicidal intent. *J Psychiatric Res*, 2002; 53: 819–822.

91- Sayıl I, Canat S, Tuğcu H. Onaltı intihar olgusunun psikolojik otopsi yöntemi ile değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 2003; 11: 1–6.

90- Heikkinen M, Aro H, Lonnqvist J. Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1994; 377: 65–72.

91- Brodsky BS ve Stanley B. Developmental effects on suicidal behavior: The role of abuse in childhood. *Clin Neurosci Res*, 2001; 1: 331–336.

92- Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M. ve ark. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. 2013; 21(6): 281-295.

93- Nock MK, Borges G, Bromet EJ. ve ark. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154.

94- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal ad nonfatal repetition of self-harm. *Br J Psychiatry* 2002; 181-183.

95- Rygnestad, T. A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988; 389-394.

96- Cullberg J. Wasserman D, Stefansson C. Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988; 598-603.

97-Brent D. ve ark. Adolescent psychiatric inpatients'risk of attempt upon six month follow-up. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993; 95-105.

98- Pfeffer C. ve ark. Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1994; 225-230.

- 99- Pfeiffer C. ve ark. Suicidal children grown up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1991; 609-616.
- 100- Conwell Y, Thompson C. Suicide behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 333-356.
- 101- Weishaar ME. ve Beck AT. Hopelessness and suicide. *International Review of Psychiatry*, 1992; 4:177-184.
- 102- Brezo J. Paris, J. ve Turecki, G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: asystematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 2006; 113, 180-206.
- 103- Page R, Yanagishita M, Suwanteerangkul J. ve ark. Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of Taiwanese, Philippine and Thai Adolescents. *School Psychology International*. 2006; 27: 583-598.
- 104-Minkoff K, Bergman E, Beck, A. T. ve ark. Hopelessness, depression and attempted suicide, 1973.
- 105- Dilbaz N, Seher G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 134-138.
- 106- Durak Batıgün A. İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri. Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 29-39.
- 107- Ak M, Özmenler KN, Bozkurt A. Depresyon Hastalarında Belirti şiddeti ve Umutsuzluğun İntihar Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kriz Dergisi* 2006; 14: 1-7.

- 108- Fawcett J, Sheftner W, Clark D. ve ark. Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry* 1987; 144 (1): 35-40
- 109- Öztürk MO. Duygulanım Bozuklukları, 'Ruh Sağlığı ve Bozuklukları' 12. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s: 428-448. 2011
- 110- Van Heeringen K. The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *Can J Psychiatry*, 2003; 48: 292-300.
- 111- Holmstrand C, Nimeus A, Traskman-Bendz L. Risk factors of future suicide in suicide attempters - A comparison between suicides and matched survivors. *Nord J Psychiatry* 2006; 60(2): 162-167.
- 112- Raja M, Azzoni A. Suicide Attempts: Differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord.* 2004; 82 (3): 437-442.
- 113- Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ. ve ark. Prospective Study of Risk Factors for Attempted Suicide Among Patients with DSM-IV Major Depressive Disorder. *Br. J. Psychiatry.* 2005; 186: 314-318.
- 114- Sarchiapone M, Carli V, Cuomo C. ve ark. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depress Anxiety* 2007; 24(4): 268-272.
- 115- Westefeld JS. College and university student suicide: Trends and implications. *The Counseling Psychologist*, 1990; 18(3): 464-476.
- 116- Nordstrom P, Schalling D, Asberg M (1995) Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta psychiatr Scand*, 92(2): 156-160.

117- Uncapher H, Gallagher-Thompson D, Osgood NJ. ve ark. Hopelessness and suicidal ideation in older adults. *Gerontologist*, 1998; 38(1): 62-70.

118- Pokorny AD, Characteristics of 44 patients who subsequently committed suicide. *Archives of General Psychiatry* 1966; 2: 314-323.

119- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press.

120- Özkürkçigil A, Aydemir Ö, Yıldız M. Ve ark. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 1999; 12: 233-236.

121- Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ. ve ark. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanılmış. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4: 251-259

122- Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. ve ark. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1998; 9: 114-117.

123- Hamilton M. The assesment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-55.

124- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7: 3-13

125- Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 1998; 12: 163-172.

126- Akaya C, Sarandöl A, Danacı AE. ve ark: Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(3): 292-299.

127- Gençöz F, Vatan S, Lester D. Umutsuzluk Çaresizlik ve Talihsizlik Ölçeği'nin Türk Örneğinde Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Kriz Dergisi 2006; 14: 21-29.

128- Hawton K, Catalan J. Attempted Suicide: a practical guide to its nature and management. Çeviri: Birsen Ceyhun Hekimler Yayınlar Birliği, Ankara, 1995; 4: 44. 47.

129- Özsoy SD, Eşel E. Özkıyım (İntihar). Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 175-185.

130- Spiller HA, Appana S, Brock GN. Epidemiological trends of suicide and attempted suicide by poisoning in the US: 2000–2008. Legal Medicine 2010; 12(4): 177-183.

131- Uçan Ö. Türkiye'de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması, Kriz Dergisi 2005; 13: 15-26

132- Hawton K. Sex and suicide. Br J Psychiatry, 2000; 177: 484–485.

133- Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Bölüm13: Duygudurum Bozuklukları. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara 2001; 208–255.

134- Sengül CB, Serinken M, Sengül C. ve ark. Acil Servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2008; 8(3): 127–131.

135- Jamison KR. Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yayınları, 2004.

- 136- Al-Habeeb AA, Sherra KS, Al-Sharqi ve ark. Assessment of suicidal and self-injurious behaviours among patients with depression. *East Mediterr Health J.* 2013; 19(3): 248-54.
- 137- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo ve ark. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992.
- 138- Tondo L, Lepri B, Baldessarini RJ. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 419-428.
- 139- Azorin JM, Kaladjian A, Besnier N. ve ark. Suicidal behaviour in a French Cohort of major depressive patients: characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2010; 123: 87-94.
- 140- Maclean J, Kinley DJ, Jacobi F. ve ark. The relationship between physical conditions and suicidal behavior among those with mood disorders. *J Affect Disord* 2010.
- 141- Welch SS. A Review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Servs*, 2001; 52 (3): 368–375.
- 142- Platt S, Hawton K, Kreitman N. ve ark. Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychological Medicine*, 1988; 18: 405–418.
- 143- Seidman E. ve Rapkin B. Economics and psychological dysfunction: Toward a conceptual framework and prevention strategies. In Fenler RD, Jason LA, Moritsugu JN (eds.). *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York: Pergamon Pres. , 1983, 175-198. 70

144- Pritchard C. Suicide- The ultimate rejection? A psycho-social study. Buckingham: Open University Press, 1997.

145- Lieb M, Palm U, Meyer S. ve ark. Risk Factors for Inpatient Suicide Psychiatr Prax. Epub ahead of print German, 2013.

146- Oktik N, Top A, Sezer S, Bozver U. Muğla ili intihar ve intihar girişimlerinin sosyolojik olarak incelenmesi. Kriz Dergisi 2003; 11: 11-9.

147- Birkhead GS, Galvin VG, Meehan PJ. ve ark. The emergency department in surveillance of attempted suicide: findings and methodologic considerations. Public Health Rep. 1993; 108: 323-31.

148- Karacaoğlu E, Ketten A, Akçan R. ve ark. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Olguların İncelenmesi. Adli Tıp Dergisi, Journal of Forensic Medicine, 27: 1.

149- Wasserman D. Suicide. An unnecessary death. London. Martin Dunitz, 2001; 822-825.

150-Riihimaki K, Vuorilehto M, Melartin T. ve ark. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. Psychol Med. 2013; 10: 1-12.

151- Beatures, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000; 34: 420–436.

152- Zahl DL, Hawton K. Repetition of self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11, 583 patients. Brit J Psychia 2004; 185: 70-75.

- 153- Nakagava M, Kawaski C, Yamada T. ve ark. Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt; a retrospective chart review, *BMC Psychiatry*; 2009; 5: 9; 32
- 154- Pedersen NL, Fiske A. Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behaviour: twin study findings. *Eur Psychiat*, 2010; 25: 264-267.
- 155- Goodwin RD, Beautrais AL, Fergusson DM. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Res*, 2004; 126(2): 159-65
- 156- Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1985; 142(9): 1061-1064.
- 157- Yılmaz N. Sivas İlinde İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikopatoloji ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Uzmanlık Tezi-2010*.
- 158- Holma KM, Melartin TK, Haukka J. ve ark. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(7): 801-808.
- 159- Palabıyıköğlü R, Azizöğlü S, Özayar H. ve ark. İntihar girişiminde bulunanların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 1993b; 1: 69-75.
- 160- D'Attilio JP, Campbell BM, Lubold P. ve ark. Social support and suicide potential: preliminary finding for adolescent populations. *Psychol Rep* 1992; 70: 76-78.
- 161- Lorensini S, Bates G. Relationship difficulties and unemployment in attempted suicide in an australian regional center. *Psychological Reports* 2002; 90: 923-929.

162- Boden J, Fergusson D, Horwood L. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *PsycholMed* 2006; 37: 431–441.

163- Atay M.İ, Eren İ, Gündoğar D. Isparta İl Merkezinde İntihar Girişimi, Ölüm Düşünceleri Yaygınlığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23(2): 89-98

164- Sareen J, Houlihan T, Cox BJ. ve ark. Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the national comorbidity survey. *J Nerv Ment Dis*, 2005; 193: 450-4

165- Chioqueta AP, Stiles TC, The relationship between psychological buffers, hopelessness and suicidal ideation: Identification of protective factors. *Crisis*, 2007; 28 (2): 67-73.

166- Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. ve ark. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*, 1992; 267(11): 1478-1483.

167- Broadhead WE, Blazer DG, George LK. ve ark. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 1990; 264(19): 2524-2528.

168- Szanto K, Dombrovski AY, Sahakian BJ. ve ark. Social emotion recognition, social functioning, and attempted suicide in late-life depression *J Geriatr. Psychiatry*. 2012; 20(3): 257-65.

169- Bomyea J, Lang AJ, Craske MG. ve ark. Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res*. 2013; 30: 209(1): 60-65.

170- Beck AT, Brown G, Berchick RJ. ve ark. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. focus. psychiatryonline. Org. 2006; 4(2), 291-296.

171- Hung Kuo W. Gallo J. ve Eaton W. Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: A13-year community-based study. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 2004; 39: 497-501.

172- Neufeld E. ve O'Rourke N. Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. Canadian Journal of Psychiatry, 2009 54(10): 684-692.

173- Hawton K, Casanas I, Comabella C. ve ark. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013; 147(1-3): 17-28.

174- Durak A, Yasak-Gültekin Y, Şahin NH. İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikoloji Dergisi, 1993; 8: 7-20.

175- Alptekin K. Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin İncelemesi: Bir Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Doktora Tezi 2008.

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Tarih:

Cinsiyeti: K E Yaşı:

Yaşadığı yer: Köy İlçe Kent

Mesleği: Ev hanımı Maaşlı Serbest Emekli Öğrenci İşsiz

Eğitim düzeyi: İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

Eğitim yılı:

Evlilik durumu: Evli Bekar Boşanmış Dul

Aile tipi: Çekirdek Geniş Parçalanmış

Çocuk sayısı: 1 2 3 4 5 Daha fazla

Aylık gelir: 500- 1000TL 1000- 1500TL 1500-2000TL 2000TL üzeri

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK BİLGİ FORMU

Bugünkü DSM-IV tanısı:

Hastalık süresi (yıl olarak):

Hastalığın başlangıç yaşı:

Hastalık başlangıç yaş aralığı: 13 yaş ve altı 14-20 yaş 21-50 yaş 50 yaş üzeri

Ne zamandır ötimide:

Şu anki ilaçları: DDD AD AA Anksiyolitik Diğer:

MDB nedeniyle yatışı: Var (...) Yok

EKT öyküsü: Var Yok

Alkol kullanımı: Var Yok

Madde kullanımı: Var Yok

Kendine zarar verme davranışı: Var Yok

Kendine zarar verme düşüncesi: Var Yok

Başkasını öldürme düşüncesi: Var Yok

İntihar girişim öyküsü: Var (...) Yok

Psikiyatrik özgeçmiş: Var Yok Varsa, tanısı:

Psikiyatrik soygeçmiş: Var Yok Varsa, tanısı:

Kr. fiziksel hastalık: Var Yok Varsa, tanısı:

Ailede MDB öyküsü: Var Yok

Ailede intihar girişim öyküsü: Var (...) Yok

Aile dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı? Var Yok

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK - İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNUNANLAR BİLGİ FORMU

Bugünkü DSM-IV tanısı:

Hastalık süresi (yıl olarak):

Hastalığın başlangıç yaşı:

Hastalık başlangıç yaş aralığı: 13 yaş ve altı 14-20 yaş 21-50 yaş 50 yaş üzeri

Şu anki ilaçları: DDD AD AA Anksiyolitik Diğer:

MDB nedeniyle yatışı: Var (...) Yok

EKT öyküsü: Var Yok

Alkol kullanımı: Var Yok

Madde kullanımı: Var Yok

Kendine zarar verme davranışı: Var Yok

Kendine zarar verme düşüncesi: Var Yok

Başkasını öldürme düşüncesi: Var Yok

İntihar girişim öyküsü: Var (...) Yok

İntihar girişim şekli: İlaç Ası Silah Kimyasal madde Diğer

İntihar girişiminde kullandığı ilaçlar: Psikotrop ilaç Diğer

İntihar girişiminden önce ailede tartışma öyküsü: Var Yok

İntihar girişiminden sonra çevreye haber verme Evet Hayır

Psikiyatrik özgeçmiş: Var Yok **Varsa, tanısı:**

Psikiyatrik soygeçmiş: Var Yok **Varsa, tanısı:**

Kr. fiziksel hastalık: Var Yok **Varsa, tanısı:**

Ailede MDB öyküsü: Var Yok

Ailede intihar girişim öyküsü: Var (...) Yok

Aile dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı? Var Yok

MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK - İNTİHAR DÜŞÜNCESİ OLANLAR BİLGİ FORMU

Bugünkü DSM-IV tanısı:

Hastalık süresi (yıl olarak):

Hastalığın başlangıç yaşı:

Hastalık başlangıç yaşı aralığı: 13 yaş ve altı 14-20 yaş 21-50 yaş 50 yaş üzeri

Şu anki ilaçları: DDD AD AA Anksiyolitik Diğer:

MDB nedeniyle yatışı: Var (...) Yok

EKT öyküsü: Var Yok

Alkol kullanımı: Var Yok

Madde kullanımı: Var Yok

Kendine zarar verme davranışı: Var Yok

Kendine zarar verme düşüncesi: Var Yok

Başkasını öldürme düşüncesi: Var Yok

İntihar düşüncesi: Var (...) Yok

İntihar düşüncesinin içeriği: İlaç Ası Silah Kimyasal madde Diğer

Psikiyatrik özgeçmiş: Var Yok Varsa, tanısı:

Psikiyatrik soygeçmiş: Var Yok Varsa, tanısı:

Kr. fiziksel hastalık: Var Yok Varsa, tanısı:

Ailede MDB öyküsü: Var Yok

Ailede intihar girişim öyküsü: Var (...) Yok

Aile dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı? Var Yok