



T.C.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İNTİHAR NEDENİYLE DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇOCUK KLİNİĞİ'NE
BAŞVURAN ADOLESANLARDA İNTİHARA
YÖNELTEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

Dr. Ersin YÜKSEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. KENAN KOCABAY

DÜZCE-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlere aktaran, hekimlik mesleğini en iyi şekilde yapmamız adına çaba harcayan Sn. Prof. Dr. Kenan KOCABAY'a, Sn. Prof. Dr. İlknur ARSLANOĞLU'na, Sn. Prof. Dr. Dursun Ali ŞENSES'e, Sn. Doç Dr. Mesut OKUR'a

Tezimin istatistiksel çalışmaları sırasında her daim yardımcı olan, sıkıntılı zamanda çabalarını esirgemeyen hocam Sn. Yrd. Doç. Dr. Şengül CANGÜR'e

Tez çalışmamın başlangıcından itibaren yardımlarını esirgemeyen Sn. Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN'a,

Çalışma süresince öneri ve fikirlerini bizimle paylaşan, gerektiğinde eksiklerimi tamamlayan Sn. Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YEKTAŞ'a

Gündüz mesaide gece nöbetlerde zor zamanları beraberce atlattığımız tüm asistan, hemşire arkadaşlarım ve çocuk kliniğinin çalışanlarına,

Hayatım boyunca destek ve çabalarıyla beni bugünlere kadar getiren, zor zamanlarda her zaman yanımda olan ve bundan sonra da yanımda olacaklarını bildiğim anneme, babama ve ablama,

Yalnız tez çalışma sürecinde değil, gerek özel hayatta gerekse iş hayatında daima olumlu yönde beni motive eden sevgili eşime,

Uzmanlık eğitimimde isimleri sayamadığım, birlikte çalıştığımız herkese teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

İNTİHAR NEDENİYLE DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÇOCUK KLİNİĞİ'NE BAŞVURAN ADOLESANLARDA İNTİHARA YÖNELTEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

İntihar adolesanlarda önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntihar girişimini engellemenin ilk ve en önemli basamağı, intihara yönelten faktörlerin tespit edilmesidir. Çalışmamızda ergenlerde intihar girişimine yönelten sosyoekonomik durum, psikolojik faktörler, dürtüsellik gibi durumların saptanması ve koruyucu yaklaşımlarda bulunmak amaçlanmıştır.

Çalışmamıza Haziran 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Kliniği'ne son 1 hafta içinde intihar girişiminde bulunmuş 10-18 yaş aralığında hastalar alındı. Ciddi muhakeme ve mental anlamda sorun yaşayan, anket sırasında alkol veya uyuşturucu etkisinde kalan, eğitim ve dil problemi olan çocuklar çalışmaya katılmadı. Çalışma Sosyodemografik veri formu, Barratt dürtüsellik ölçeği, intihar niyetini ölçen sorularla değerlendirildi.

Anket çalışmamıza, çalışmamızı kabul etmiş, formları eksiksiz dolduran 52 çocuk katıldı. İntihar girişiminde bulunan bu çocukların okullarına devam ettiği, fakat %63,5'nun okul derslerinde başarısız olduğu saptandı. Okul derslerinde başarısızlık intihar riskini artırmaktaydı. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin %94,1'nin yüksek doz ilaç kullanma yöntemini kullandığı, %65,4'nün girişimden pişman olduğu tespit edildi.

Psikiyatrik hastalık, özellikle depresyon öyküsünün olması intihar riskini artırmaktadır. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar %28,8 civarındaydı.

Çalışmamızın dürtüsellik kısmında intihar girişimi daha fazla olan %25'lik kesim, dikkati daha çabuk dağılan, daha aceleci, daha dürtüsel hareket eden kişilerden oluşmaktaydı. Dürtüsellik intihar girişimi için önemli risklerden biriydi.

Çalışmamızda depresyon, dürtüsellik, okul derslerinde başarısızlık, anne baba ve aile fertleri arasındaki uyumsuzluk, yakınların vefatı önemli risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Ergenlerin bu faktörler ışığı altında intihar girişimlerinin ve niyetlerinin sorgulanması, intihar girişiminin önlenmesi açısından yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Ergen, Dürtüsellik, Barratt dürtüsellik ölçeği, Sosyodemografi

ABSTRACT

INVESTIGATION OF SUICIDE TREND FACTORS IN ADOLESCENTS WHO HAD SUICIDE ATTEMPTS AND ADMITTED TO DEPARTMENT OF PEDIATRICS DUZCE MEDICAL SCHOOL HOSPITAL

Suicide is an important public health issue in adolescents. One of the most important strategies to prevent suicides is identifying the factors that led to commit suicide. In our study, it is aimed to identify the effects of sociodemographic characteristics, psychological factors, impulsivity in suicidal behaviour of adolescents and investigate preventive approaches.

In this study adolescents who were 10-18 years-old had attempted to suicide in last week and hospitalized in the Department of Pediatrics Düzce University Medical School Hospital between June 2015-June 2016 were evaluated. Adolescents who had mental problems and were under the influence of drugs and alcohol, had problems in language and education weren't evaluated. The adolescents were evaluated by sociodemographic data form, Barratt Impulsiveness Scale and suicidal intent scale.

52 adolescents accepted to participate in this study and filled the forms accurately. All of the adolescents who had attempted to suicide were students and 63.5 % of these adolescents had failure at school performances. The failure at school performances increased the risk of suicide. It has been also observed that 94.1 % of suicide attempted adolescents have choosen to take high dose pills and 65.4 % of them were regretful about their attempt.

Psychological illnesses, especially depression, increase the risk of suicide. In this study 28.8 % of adolescents had psychological illnesses histories.

In the impulsivity part of the study, 25% of adolescents who were more likely to attempt suicide had more impulsive behaviours, lost their attention easily and they were quick tempered. Impulsivity was an important factor of suicide.

In our study depression, impulsivity, failure at school performances, death of relatives, conflict in family members were important risk factors of suicide. Analyzing the adolescents in the light of these factors will be effective to prevent the attempts of suicide.

Key words: Suicide, adolescent, impulsivity, sociodemography, Barratt Impulsivity Scale



KISALTMALAR

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TPH: Triptofan Hidroksilaz

SERT: Serotonin Taşıyıcı Reseptör

COMT: Katekol-O-Metil Transferaz

MAO-A: Monoaminoksidaz A

HPA: Hipotalamik Pitüiter Adrenal Eksen

CRH: Kortikotropin Sagılatıcı Hormon

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

GnRH: Gonadotropin Releasing Hormone

FSH: Follicle Stimulating Hormone

LH: Luteinizing Hormone

TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1. Yaşa özel intihar hızları, 2013-2014.....	12
Tablo 2. Bireylerin sosyodemografik özellikleri.....	29
Tablo 3. Bireylerin hastalık durumu ve madde kullanımı.....	30
Tablo 4. İntihar etyolojisine ait sosyodemografik veriler.....	31
Tablo 5. Olguların intihar girişimi ile ilgili özellikleri.....	33
Tablo 6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut puanları ve toplam puan dağılımı.....	34
Tablo 7. Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin alt ölçek ve toplam puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı	35
Tablo 8. Yaş gruplarına göre intihar girişimi ile ilgili parametrelerin dağılımı.....	37
Tablo 9. Barratt Dürtüsellik Ölçeği'ne göre önceki intihar girişimlerinin sayısının dağılımı	38
Şekil 1. İntihar Girişimi Esnasında Kullanılan İlaçlar	39

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Teşekkür.....	i
Özet.....	ii
İngilizce Özet (Abstract).....	iv
Kısaltmalar.....	vi
Tablolar Dizini.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İntihar.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. İntihar davranış tiplerinin sınıflandırılması.....	3
2.1.2.1 Emil Durkheim'in intihar tipleri.....	3
2.1.2.2 Freud (Psikodinamik kuram).....	4
2.1.2.3 Karl Menninger.....	5
2.1.2.4 Schneidmann.....	5
2.1.2.5 Baechler'in intihar tipleri.....	5
2.1.2.6 Ringel.....	6
2.1.2.7 Henseler.....	6
2.1.3 Epidemiyoloji.....	6
2.1.4 Etiyoloji.....	7
2.1.4.1 Genetik yaklaşımlar.....	7

2.1.4.2 Endokrinolojik yaklaşımlar.....	9
2.1.5 Risk faktörleri.....	11
2.1.5.1 Sosyodemografik risk faktörleri.....	11
2.1.5.1.1 Cinsiyet ve yaş.....	11
2.1.5.1.2 Medeni durum.....	12
2.1.5.1.3 Din ve kültürel etkenler.....	13
2.1.5.1.4 Eğitim.....	14
2.1.5.1.5 Sosyoekonomik düzey.....	14
2.1.5.1.6 Göç.....	15
2.1.5.2 Psikiyatrik risk etkenleri.....	15
2.1.5.2.1 Depresyon ve bipolar bozukluk.....	15
2.1.5.2.2 Anksiyete bozuklukları.....	16
2.1.5.2.3 Alkol ve madde bağımlılığı.....	16
2.1.5.2.4 Şizofreni.....	16
2.1.5.2.5 Kişilik bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklar.....	17
2.5.3. Bedensel hastalıklar.....	19
2.5.4. Daha önceki intihar girişimleri.....	19
2.5.5. Aile ve sosyal çevreyle ilgili risk etkenleri.....	19
2.5.6. Çevresel risk etkenleri.....	20
2.2. İntihar Yöntemleri.....	21
2.3. Dürtüsellik ve İntihar.....	21
2.4. Öfke ve İntihar.....	22

3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	23
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	23
3.1.1 Araştırmaya alınma ölçütleri.....	23
3.1.2 Araştırmadan dışlama ölçütleri.....	23
3.2 Veri Toplama Araçları.....	23
3.2.1 Sosyodemografik bilgi formu.....	24
3.2.2 İntihar niyeti ölçeği.....	24
3.2.3 Barratt dürtüsellik ölçeği.....	24
4. BULGULAR.....	28
4.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4.2. Hastalık Durumu.....	29
4.3. İntihar Etyolojisi.....	30
4.4. İntihar Girişimi.....	31
4.5. Dürtüsellik	34
4.6. Yaş Gruplarına Göre İntihar Dağılımı.....	34
4.7. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaçlar	39
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	45
7. KAYNAKLAR.....	46

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, kişinin ölmeyi amaçlayarak kendi kendine yönelik bir saldırganlık halidir. Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de intiharla ilgili istatistiki veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından derlenmekte ve yayımlanmaktadır. Ülkemizde kaba intihar hızı TÜİK verilerine göre 2013 yılında 4.27/100 000, 2014 yılında ise 3.97/100 000 olarak saptanmıştır. En yüksek yaşa özel intihar hızının 2014 yılında erkeklerde yüz binde 15,08 ile 80-84 yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 4,30 ile 15-19 yaş grubunda olduğu görülmektedir (9).

Tamamlanmış intihar çalışmalarına bakıldığında, psikolojik ve epidemiyolojik açıdan değerlendirildiğinde çeşitli risk faktörleri tespit edilmiştir. Bunlar psikopatoloji durumu, ailede intihar davranışı öyküsü, ebeveynler arası veya ebeveyn çocuk arası anlaşmazlıklar, ebeveyn ayrılığı, cinsiyet, stresör yaşam olayları, fiziksel veya cinsel istismar, düşük sosyoekonomik durum, genetik etkenler, okul derslerinde başarısızlık, problem çözme yetersizliği, depresyon, cinsel yönelim ile umutsuzluk gibi etkenlerdir (10).

Son yıllarda intihar eden hastaların öyküleri incelendiğinde intihar eden gençlerin büyük çoğunluğu intihar öncesinde çeşitli bedensel yakınmalarla hastaneye başvurmuş kişilerdir. Adölesanlar depresyonu çoğu kez belirsiz yakınmalarla ifade edebilmektedir. Gençlerdeki bu yakınmaları hafife almak büyük hata olabilmektedir.

Ülkemizde intihar oranları incelendiğinde dünya ortalamasının altında olmakla birlikte doktorlar hastalarla günlük pratikte özellikle acil servislerde bu sorunla sık karşılaşmaktadır. Ayrıca diğer Avrupa araştırma merkezlerinin sonuçlarıyla kıyasladığımızda Türkiye’de, Batılı ülkelere göre intihar artış hızının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (113). Bu nedenle çalışmamızın da ana konusu olan intihara yönelten etmenlerin araştırılması birçok açıdan önemlidir.

Çalışmamızda 12-18 yaş arası ergenleri intihar davranışına yönlendiren etmenleri incelemek, hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek, intihar düşüncesi, anksiyete, dürtüsellik, intihar planı gibi faktörlerin belirlenmesi ve

intihara karşı koruyucu yaklaşımları geliştirmeye yönelik etmenlerin saptanması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.İntihar

2.1.1 Tanım

Suicide, latince de sui (ben) ve cedere (öldürmek) adlı kelimelerin birleşimiyle suicedere'den gelmektedir. Arapça'ya bakıldığında kurban etmek anlamındaki ‘nahr’ kökünden intihar kelimesi türetilmiştir. Türkçe'de “intihar” kelimesi yerine “özkıyım” da kullanılmaktadır. Çalışmamızda intihar kelimesi ağırlıklı olarak kullanılacaktır.

İntiharin tanımı konusunda psikolojik yaklaşımda pek çok farklı görüş bildirilmektedir. Bunların başında Sigmund Freud gelmektedir. Freud intiharı zihinde oluşan dengesizlik sonucu ölüm iç güdülerinin zaferi olarak tariflemektedir. Arkun, intihar düşüncesini canlılarda var olan yaşama iç güdüsüne karşıt bir durum olarak görmekte, intiharı müdahaleye izin vermeyecek biçimde hayatına son verme olarak tanımlamaktadır (115). Delmas'a göre intihar insanın yaşam ile ölüm arasında seçim yapabileceği durumda ölümü seçip kendini öldürmesi şeklinde nitelenmektedir (115). Sosyolojik manada intihar davranışına getirilen en önemli açıklama Emile Durkheim'dan gelmiştir. Durkheim kaza ile ölümü ayırmıştır. Durkheim'ın tanımladığı anlamda ölüme götüreceğini bilerek, kişi tarafından yapılan olumsuz eylemin doğrudan ya da dolaylı olarak getirdiği her ölüme intihar denir (115).

DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)-IV ise ‘Yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi’ şeklinde intiharı sunmaktadır (114).

2.1.2 İntihar davranış tiplerinin sınıflandırılması

2.1.2.1 Emil Durkheim'ın intihar tipleri

Toplumda meydana gelen ‘bunalımlar’ intihar oranlarında farklılık doğurmaktadır. Durkheim devrim, savaşlar gibi sosyal olayların toplumdaki intihar oranlarını düşürdüğünü ifade etmiştir. Durkheim'a göre toplumsal intihar oranını belirleyen,

intihar olayıyla birlikte görülen toplumsal olaylardır. İntiharın nasıl oluştuğunu anlamamıza yardımcı olacak da bu etkidir (108).

Durkheim üç ayrı intihar grubu olduğunu söylemektedir (108).

1. Bencil intiharlar: Bireyin kendi başına kaldığı, zorlukları tek başına halletmesi gerektiği durumlarda bencil intiharların arttığı belirtilmiştir. Durkheim aile bağlarındaki kopukluğun, bencil intihar olaylarında daha fazla artışa neden olduğunu savunmuştur (108).

Siyasal ve sosyal olaylar sırasında, toplumsal bütünleşmenin daha fazla olduğu zamanlarda intihar oranlarının düştüğü tespit edilmiştir. Durkheim bu ortamda bencilliklerin sınırlı olması nedeniyle bu azalmanın yaşandığını ifade etmiştir (108).

2. Elcil (Altruistik) intiharlar: Toplumun katı kurallarının olduğu, ister siyasi ister dinsel manada toplumun emrettiklerini yerine getirildiği intihar olayı olarak tariflenmiştir. Kendini öldüren birey toplumsal bir görevi yerine getirdiği inancıyla bu eylemi gerçekleştirmektedir (108).

3. Kuralsızlık (Anomik) intiharlar: Durkheim'a göre toplum yapısındaki değişiklikler sonucunda bireyin yaşam koşullarını zorlaştıran karmaşıklıklar intihar nedenini oluşturmaktadır. Piyasa ekonomisi içinde kendini göstermiş olan bu intihar türüne beklenmedik zenginleşme ile boşanma örnek olarak gösterilmiştir (108).

2.1.2.2 Freud (Psikodinamik kuram)

Freud'a göre kişiyi intihara götüren dönem sevgi nesnesinin yitimi ile başlar. Kişi, yaşanan bu eksiklik ile üzüntülü bir duygu durumuna girer, toplumla irtibatı azalır. Melankoli ve yas tutma bu sürecin bir sonucudur. Yıkıcı dürtüler ve öldürme düşünceleri, terkedilmeden kaynaklı saldırgan duygular yitirilen sevgi yerine benliğe yönelmiştir. Sonuçta kişi kendi isteği ile kendi canına kıymış olur. Freud'a göre intihar regresyon ve sadizm ile yakın ilişkide bulunmakta, "Başkalarını öldürmeyi düşünmeyen hiç kimse kendi kendisine kıyamaz" ve "İntiharda saldırganlık benliğe yöneltilir." cümlelerini bu bağlamda söylediği ifade edilmektedir (11).

2.1.2.3 Karl Menninger

Menninger daha çok Freud'un temel fikirlerini ayrıntılamaya çalışmıştır.

Menninger'e göre intiharın üç bileşeni vardır.

1. Öldürmek istemek,
2. Öldürülmüş olmak istemek,
3. Ölmek istemek

Menninger'in tarif ettiği şekliyle intihar, kişinin başkalarına karşı duyduğu agresyonu kendisine yöneltmek için kendini öldürmesidir. Kişi bu şekilde kendini cezalandırmaktadır.

Menninger'in ifadesiyle intihar eden bireyin bilinç altında ölme isteği hakimken; girişimde bulunan kişide ölmek istememe hakimdir (116).

2.1.2.4 Shneidmann

Shneidmann intihar girişimine "parasuisid" adını vermiştir. Parasuisidin amacını gizli olan kararsız bir davranış olarak tanımlamıştır. Kişi dayanılmaz acılara katlanmak yerine yaşamına son vermeyi istemektedir. Shneidmann'a göre her intiharın kendi içinde mantığı bulunmaktadır. Sorunların çözümü yaşamına son vermektir (11).

2.1.2.5 Baechler'in intihar tipleri

Baechler'e göre intihar 4 gruba ayrılmaktadır.

Kaçma İntiharları: Bireyin çözümsüz olduğuna inandığı bir sorundan kaçma isteği olarak tanımlanmıştır. Kaçış intiharları, ceza intiharları, yas intiharları olarak tiplendirilmiştir (12).

Saldırganlık İntiharları: Dört alt tipi bulunmaktadır. Bunlar intikam intiharları, cinayet intiharları, şantaj intiharları ve bireyin çevreye ileterek yardım talep ettiği intiharlar (12).

Oyun İntiharları: Bireyin kendi dayanıklılığını göstermek adına giriştiği intihar denemeleri ile daha fazla mutluluk ve heyecan adına yapılan eylemler (12).

Adanma İntiharları: İki alt tipi vardır. Kendini bir şeye adanmak için yapılan intiharlar ile bireyin kendini yüceleştirmeye yönelik (şehitlik mertebesi gibi) gerçekleştirmek istediği intihar tipleri (12).

2.1.2.6 Ringel

İntihar eden kişilerde özel bir klinik durum olduğunu düşünmektedir. ‘Presuisidal sendrom’ adını verdiği bu durum umutsuzluk, olumsuz düşünceler içermektedir. Ölüm fikri iyice yoğunlaşmaktadır (11).

2.1.2.7 Henseler

Henseler’e göre intihar girişiminde bulunan kişi narsistik bir çatışma sonucunda intihara yönelmektedir. Özgüven yitimi olan kişi yalnızlığa, çaresizliğe ve terk edilmişliğe kapılacağından korkmaktadır. Kişi bu korkularına karşı bazı ilkel savunma düzenekleri geliştirmektedir. Bu durumla beraber büyük bir güvene ve rahata kavuşulacağı inancı vardır (11).

2.1.3 Epidemiyoloji

Adolesan ölümlerin sebeplerinin başında gelen intihar hem ülkemiz hem de dünya için önemli bir problem oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ölüm sebeplerinin başında ilk on sıranın içinde yer almaktadır. Dünya’da yaklaşık her gün 1000 kişinin intihar ettiği düşünülmektedir (15). Dünya Sağlık Örgütü’nün verileri incelendiğinde yılda 800.000 insan intihar yoluyla yaşamına son vermektedir. Sadece ülkemizde sınırlı kalmayıp dünyada intihar vakaları giderek artan bir eğilim göstermektedir. Genel topluma baktığımız zaman intihar sıklığı yıllık 100.000 de 10-20 civarındadır. Diğer ülkelerde bu oran 100.000 de 10-40 arasında değişmektedir. İntihar girişimi ise yaklaşık 15 kat daha fazladır. ABD de 100.000 de 12.5, Baltık ülkelerinde 100.000 de 35 in üzerine çıkabilmekte, Mısır gibi ülkelerde 100.000 de 10 un altına düşebilmektedir (17).

Türkiye de intihar istatistikleri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından değerlendirilmektedir. Tamamlanmış intihar oranlarına bakıldığında ülkemizdeki intihar oranları Avrupa ve ABD'ye göre oldukça düşüktür. Ülkemizde kaba intihar hızı 2002 yılında 3,32/100 000, 2008 yılında 4/100 000, 2014 yılında 3,97/100 000 olarak tespit edilmiştir. İntihar sonucu ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. 2014 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu il 11,63/100 000 ile Tunceli, en düşük olduğu il ise 1,06/100 000 ile Bartın olduğu görülmektedir (9).

TÜİK'in 2014 verilerine göre ise en yüksek intihar oranı bayanlarda 4.3/100.000 ile 15-19 yaş aralığında görülmektedir. Ayrıca on beş yaş altı grup hariç, tüm yaş gruplarında erkek intiharlarının kadınlardan fazla olduğu saptanmıştır.

2014 intihar istatistiklerinde intihar nedenleri incelendiğinde en yüksek oranda nedeni bilinmeyen grup (%52,9) bulunmuştur. İkinci sırada ise % 17,9 ile hastalıklar grubu yer almaktadır.

2.1.4 Etiyoloji

2.1.4.1 Genetik yaklaşımlar

İntihar davranışı genlerin birbirleriyle etkileşmesine ilave olarak çevresel faktörlerin de katılması sonucu meydana gelir. Bu alanda genetik etkenlerin rolünü belirleme amaçlı ikiz evlat edinme çalışmaları yapılmıştır. Roy (1995) McGuffin (2001) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda genetik faktörlerin etkisinin diğer psikiyatrik bozukluklardan ayrı olarak %30-50 oranında olduğu gösterilmektedir (21,117).

İntihar davranışının genetik bir temelinin olduğuna dair yapılan ilk çalışmalar ikizler üzerinde yapılan araştırmalardır. Statham ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde görülen intihar riskinin çift yumurta ikizlerine göre 17 kat arttığı gösterilmektedir. Yine Roy ve arkadaşlarının (1991) yaptığı araştırmada eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde %13.2-25, çift yumurta ikizlerinde %0.2-12.8 olarak saptanmıştır. Bu verilerin ışığı altında genetik faktörlerin intihar davranışı üzerine anlamlı oranda etkin olduğu ifade gösterilmiştir (18, 118).

Evlat edinme çalışmaları da genetik ve çevresel faktörlerin intihar davranışı üzerinde etkin olduğunu gösteren araştırmalardır. Bu alanda yapılmış en önemli çalışmalardan biri Schulsinger ve arkadaşlarının(1979) yaptığı çalışmadır. Bu çalışmada intihar girişiminde bulunan 269 evlat edinilmiş hastanın 12'sinin biyolojik akrabalarında intihar girişimi öyküsü varken, kontrol grubunun 2'sinin biyolojik akrabalarında intihar girişim öyküsü tespit edilmiştir (19).

Ailesel yatkınlığın psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Tsuang'ın 1983 yılında yaptığı araştırmada psikiyatrik hastaların birinci derece akrabalarında intihar riskinin normal bireylere göre 8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (23). Bu çalışmayı izleyen sonraki araştırmalarda da kendisi veya kardeşinde intihar öyküsü olan ailelerin çocuklarında intihar davranışı riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (20).

Bugün için yapılan çalışmalarda özellikle triptofanhidroksilaz (TPH), serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), 5HT1A, 5HT1B, 5HT2A gibi serotonin reseptörleri, katekol-o-metiltransferaz (COMT), monoaminoksidaz A (MAO-A) genlerinin intihar davranışıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (41).

İntihar alanında TPH geni ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Şu ana kadar iki TPH geni tespit edilmiş, TPH-2'nin beyne özgün olması nedeniyle intihar çalışmaları için daha iyi bir gen olabileceği ifade edilmiştir. Zill ve ark.'nın 2007 yılında yaptığı araştırmada TPH-2 geninin mRNA düzeyi değerlendirilmiş, intihar vakalarında intihar girişimi olmayan depresif hastalara göre mRNA düzeyleri daha yüksek bulunmuş (25). De Lucas ve ark.'nın 2004 yılında yaptığı çalışmada farklılık bulunamamıştır (26).

İntiharla ilgili en önemli nörokimyasal belirteçler serotonerjik sisteme ait belirteçlerdir. Yapılan çalışmalarda 5-HT2A reseptörü ile ilgili olumlu sonuçlar alınmasına karşın genel olarak serotonin reseptörleri ve intihar davranışı arasında bir ilişki elde edilememiştir (41).

İntihar davranışına etki eden diğer bir enzim MAO-A'dır. Araştırmalar bu enzim ile şiddet davranışı arasında ilişki olabileceği yönündedir. Du ve ark.'nın 2002 yılında yaptığı çalışmada erkeklerde görülen agresif intihar davranışlarının MAO

polimorfizmine ikincil olarak gelişebileceği düşünülmüştür (27). MAO-A gibi COMT enzimiyle ilgili de intihar davranışı ile dürtüsellik, şiddet gibi durumlar arasındaki ilişkiyi gösteren bazı çalışmalar olduğu ifade edilmektedir .

2.1.4.2 Endokrinolojik yaklaşımlar

Vücudumuzda kana salınan hormonlar fizyolojik fonksiyonları düzenlemenin yanında beyin gelişimi, öğrenme ve hafıza gibi işlevlerde de görev almaktadır. Duygu durum bozukluklarının yaşandığı bazı endokrinolojik hastalıklara sekonder gelişen intihar davranışları, hormonların da intihar üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmüştür. Günümüzde hormon-intihar davranışı ilişkisi çerçevesinde daha çok stres cevabında önemli rol oynayan hipotalamik pituitar adrenal eksen (HPA) üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalarda hipotalamik pituitar adrenal eksen(HPA) aktivite artışına paralel olarak deksametazon supresyon testi baskılanmamış, bu durumun intihar davranışında önemli bir kriter olabileceği düşünülmüştür (40).

HPA aks hormonlarından biri olan CRH (kortikotropin salgılatıcı hormon) duygu durumu düzenlemesinde, hafızada önemli bir yere sahiptir. İntihar girişimi olan olgularda CRH düzeyi araştırılmıştır. Traskman Bendz ve ark.'nın 1992 yılında İsveç'te yaptığı çalışmada intihar girişimi olan depresyon hastalarında beyin omurilik sıvısında (BOS) daha düşük CRH düzeyi saptanmıştır (28). Fakat Westrin A ve ark.'nın İsveç'te (2001), Arato M ve ark. (1989) nın Macaristan'da yaptığı çalışmalarda CRH düzeylerinde önemli bir değişiklik bulunmamış, hatta artış bulunmuştur (29,30).

HPA aksında rol alan diğer bir hormon kortizoldür. Yapılan çalışmalarda HPA aksının aktivitesinde artma, bazılarında ise azalma meydana gelmiştir. Pfennig A. Ve ark nın 2005 yılında Almanya'da yaptığı çalışmada intihar davranışı olan 310 depresif hastanın deksametazon supresyon/CRH stimülasyon testi ile değerlendirilmeye alındığı çalışmada düşük kortizol cevabı bulunmuştur (31). Bununla birlikte bazı çalışmalarda deksametazon supresyon testinin baskılandığı, kimi çalışmalarda da değişiklik olmadığı belirtilmiştir. Coryell W ve ark.'nın 2001 yılında ABD'de yaptığı çalışmada deksametazon supresyon testi baskılanmayan depresyonlu hastalarda 14 kat daha fazla intihar riski olduğu saptanmış (32), 2007

yılında İsveç'te Karolinska Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nde Jokinen J. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise intihar olgularında deksametazon supresyon testinin baskılanmamasının bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (33).

İntihar davranışını etkileyen diğer bir hormon tiroid hormonudur. Tiroid hormonu beyin ve nöral gelişim açısından oldukça önemlidir. TSH ve öncülü olan TRH'nın intihar patofizyolojisindeki önemleri çeşitli çalışmalarla araştırılmaktadır. Tiroid bezi hastalıklarında görülen depresyon ve intihara eğilim, antidepresan tedaviye yanıt alınmaması ve sonrasında hipotiroidi gözlenen vakalarda düşük doz tiroid hormonuyla iyileşme görülmesi gibi durumlar tiroid hormonuyla intihar davranışı arasında ilişki olabileceği yönünde bize bazı kanıtlar sunabilmektedir (40).

İntihar davranışı ile tiroid hormonları arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Duval F. ve arkadaşlarının 2010 yılında Fransa'da yaptığı çalışmada intihar girişimi olan depresif hastalarda serbest T4 değerlerinde düşüklük ve TRH ya TSH yanıtında azalma saptanmış, intihar öyküsü olmayanlarda ise serbest T3 ve serbest T4 düzeyleri normal olarak bulunmuştur (34).

Duygu durumunu etkileyen hormonların başında hipotalamustan salgılanan GnRH (gonadotropin releasing hormone) ve GnRH'nın uyardığı hipofizden salgılanan FSH(follicle stimulating hormone) ve LH(luteinizing hormone) gelmektedir. Depresyonu olan kadın hastalarda ve GnRH ekseninde fonksiyon bozukluğu olan ve postmenopozal hastalarda LH düzeyinde düşüklük tespit edilmiştir. Holsen LM. ve arkadaşlarının 2012 yılında ABD'de yaptığı çalışma ve Sherwin BB. ve arkadaşlarının 2003 yılında ABD'de yaptığı çalışmada bu hastalara östrojen tedavisinin eklenmesiyle depresif duygu durumu ve bilişsel fonksiyonlarda düzelme sağladığı saptanmıştır (35,36).

GnRH, LH ve FSH ile intihar davranışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan biri Kim B. ve arkadaşlarının 2013 yılında G.Kore'de yapmış olduğu çalışmaydı. İntihar girişimi olan kadınlarda yapılan çalışmada düşük FSH düzeyleri tespit edilmiş, 45 yaş altı kadınlarda bu özelliğin daha belirgin olduğu ifade edilmiştir (37). Ayrıca Baca Garcia ve arkadaşlarının 2010 yılında İspanya'da yaptığı çalışmada östradiol ve

progesteron seviyelerinin düşük olduğu dönemlerde daha ciddi intihar girişimlerinin olduğu gösterilmiştir (38).

Nörotransmitter olarak görev yapan proteinler olan nöropeptidlerin duygusal düzenlenme ve stres cevapta rol almasından dolayı intihar davranışında rolü olduğu düşünülmüş ve birbiriyle olan ilişkisi birçok yayında araştırılmıştır. Bu nöropeptidlerden biri olan nöropeptid Y'nin beslenme davranışı duygu ve bilişsel yönde önemli rolü bulunmaktadır. 1999 yılında Westrin A. ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada duygu durumu bozukluğu ve intihar girişimi olan hastalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış, plazma nöropeptid Y düzeyleri hasta grubunda daha düşük bulunmuştur (39,40).

Kilo ve iştah düzenlemesine katılan leptin, beslenmede rol alan ghrelin, süt salınımı ve uterus kasılmasını etkileyen oksitosin ve diğer birçok nöropeptid üzerinde çalışma yapılmış, fakat tam bir fikir birliği oluşmamıştır (40).

2.1.5 Risk faktörleri

2.1.5.1 Sosyodemografik risk faktörleri

2.1.5.1.1 Cinsiyet ve yaş

Ölümlerle sonuçlanan intiharları incelediğimizde erkeklerin oranı daha fazla görülmektedir. Halise Devrimci Özgüven ve Sayıl'ın Ankara'da 1998-2001 yılları arasında yürüttüğü bir çalışmada erkeklerde yıllık intihar girişimi oranı 46,89/100000, kadınlarda ise 112,89/100000 şeklinde tespit edilmiştir (113). Sayar ve arkadaşlarının 2000 yılında Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi Acil Servisi'ne intihar nedeniyle getirilen ergen hastalarla ilgili yaptığı bir araştırmada intihar girişimlerinde kız/erkek oranı 6/1 olarak ifade edilmiştir(44). Ankara'da intihar girişimi nedeniyle acil servislere başvuran kişiler tespit edilmiş, daha çok genç grupta artış olduğu farkedilmiştir. (43). 2001 yılında Wunderlich'in Almanya'da ve Lewinsohn'un ABD'de yapmış olduğu araştırmalarda erkeklerdeki intihar girişimlerinin az olmasının nedeninin kadınlarda intihar girişimlerinin sosyal olarak daha kabul edilebilir olması ve erkeklerin başarısız girişimlerini bildirmek istememesi olarak sunulmuştur (109,110).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun(TUİK) verileri incelendiğinde en yüksek yaşa özel intihar hızının 2013 yılında erkeklerde yüz binde 20,97 ile 85 ve üzeri yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 5,52 ile 15-19 yaş grubunda olduğu; 2014 yılında erkeklerde yüz binde 15,08 ile 80-84 yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 4,30 ile 15-19 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Tabloda Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013-2014 yılındaki yaş grupları halinde intihar hızları belirtilmektedir (9). (Tablo-1)

Tablo-1. Yaşa özel intihar hızları, 2013-2014 (TUİK) (9)

Yaş grubu	(Yüz binde)					
	Toplam		Erkek		Kadın	
	2013 ^(r)	2014	2013 ^(r)	2014	2013 ^(r)	2014
Toplam	4,27	3,97	6,23	5,88	2,29	2,05
<15	0,84	1,17	0,75	1,07	0,94	1,29
15-19	6,24	5,57	6,92	6,77	5,52	4,30
20-24	6,68	6,32	9,31	9,06	3,95	3,46
25-29	5,18	4,73	7,91	7,41	2,36	1,97
30-34	4,78	4,81	7,02	7,15	2,50	2,41
35-39	4,57	4,27	6,99	6,46	2,10	2,03
40-44	4,84	4,36	7,52	6,73	2,10	1,97
45-49	5,16	4,87	8,03	8,10	2,23	1,55
50-54	5,56	4,36	8,91	7,28	2,18	1,43
55-59	5,23	4,58	8,75	7,56	1,75	1,60
60-64	5,19	5,01	7,88	7,93	2,65	2,22
65-69	5,39	4,74	8,54	7,37	2,64	2,46
70-74	5,39	4,63	9,80	6,40	1,81	3,19
75-79	6,06	6,14	9,73	10,58	3,24	2,87
80-84	9,83	8,07	19,20	15,08	3,61	3,09
85+	9,92	6,55	20,97	13,16	4,83	3,51

(r) İntihar verileri güncel idari kayıtlarla revize edilmiştir.

2.1.5.1.2 Medeni durum

İntiharın bekarlarda, boşanmışlarda ve ayrı yaşayanlarda daha sık görüldüğü birçok çalışmada gösterilmiştir. Sayıl ve arkadaşlarının 2000 yılında Ankara'da yapmış olduğu bir çalışmada intihar girişimi olanların %30'nun evli, %65'nin bekar olduğu bulunmuştur (74). TUİK'in 2013 yılında yapmış olduğu analizde intihar eden kişilerin %48'inin evli, %39,3'ünün hiç evlenmemiş, %5,5'inin boşanmış, %4,2'sinin eşi ölmüş olduğu görüldü. Medeni durum dağılımının 2014 yılında %47,7 ile evli, %39,1 ile hiç evlenmemiş, %7,3 ile eşi ölmüş ve %4,4 ile boşanmış kişilerden oluştuğu gözlemlendi (9).

Cinsiyete göre medeni durum incelendiğinde, 2014 yılında intihar eden erkeklerin %49,3'ünün evli, %38,8'inin hiç evlenmemiş, intihar eden kadınların ise %43,1'inin evli, %40,2'sinin hiç evlenmemiş olduğu görüldü (9).

Sarah Payne ve arkadaşlarının 2008 yılındaki bir çalışmasında boşanmanın erkek açısından önemli bir risk faktörü olduğu fakat kadınlarda bu risk faktörünün olmadığı, bu durumun erkeklerin boşanma sonrası daha az sosyal desteğe ve daha zedelenebilir olmalarına bağlanarak açıklanmıştır (119).

2.1.5.1.3 Din ve kültürel etkenler

İntihar davranışı üzerinde birçok faktör etkindir. Bu faktörlerin başında toplumsal ilişkiler gelmektedir. Durkheim'ın yaptığı sosyolojik çalışmalar çerçevesinde intihar sosyal bir olgu olarak görülmekte, sosyal yapının içinde bulunan din, aile gibi diğer faktörlerle yakın ilişki halinde olmaktadır (5).

Dini inancın intihara karşı koruyucu olup olmadığı birçok defa tartışılmıştır. Yapılan araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda intihara atfedilen değer, toplumlar arasında değişkenlik göstermektedir. Örneğin Doğu ülkelerinde Brahman ve Budist inancına baktığımızda beden değersizdir; beden, sahibi tarafından her an terkedilebilir (115). Bazı toplumlarda bu şekilde intihara olumlu bir değer atfedilmekteyken, diğer farklı toplumlarda da din olgusunun intihar üzerinde engelleyici bir işlevi olduğu öne sürülmektedir.

Din intihar ilişkisi yakın zamana kadar Katolik ve Protestanlık arasındaki fark üzerinden anlatılmıştır. Durkheim çalışmasında Katolikliğin intiharın önünde kalkan görevinde bulunacağı, Protestanlığın ise onu artıracığı şeklinde vurgu yapmıştır. ABD'de yapılan birçok çalışmada ise bu iki mezhep arasında anlamlı farklılık olmadığı yönündedir. Katolik ölümlerinin intihar dışında başka etkenlere bağlanabileceği ifade edilmiştir (120).

Tüm tek Tanrı'lı dinler insanın kendisini öldürmesini yasaklamaktadır. İslam dininde de bu olgu kuvvetli biçimde görülmektedir. İntihar eğilimi ile dindarlık arasında negatif bir ilişki tespit edilmiş; dindarlık seviyesinde yükselme intihar eğilimini azaltmakta, dindarlık seviyesinde düşme ise intihar oranında artışa yol

açmaktadır (121). İslam'ı ritüellerin bol olduğu bir dini yapı olarak değerlendiren Simpson ve Conklin'in 1989 yılında 71 ülke içinde yapmış olduğu bir çalışmada Hristiyanlık ile intihar arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, islam dini ve intihar arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır. Müslüman nüfusun arttıkça intihar hızının düştüğünü tespit etmişlerdir. Bu sonucun İslam'ın intihara karşı olumsuz yaklaşımından kaynaklandığı düşünülmektedir (122).

Sonuç olarak din ve intihar arasındaki ilişkiyi değerlendirirken intihar davranışı üzerinde birçok etkenin önemli rol oynadığı, dini inancın intihara karşı bireyi koruyup korumadığı toplumlar arasında değişkenlik göstermekle beraber din olgusunun intihar üzerinde önemli etkisi olduğu günümüzde de halen geçerliliğini korumaktadır.

2.1.5.1.4 Eğitim

Düşük eğitim düzeyinin intihar davranışında önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (50). Avrupa'da intihar girişimlerine yönelik bireylerin çoğunluğunda eğitim düzeyinin düşük olduğu bildirilmiştir, kişilerin yarısından fazlası ise yalnız ilköğretim düzeyinde eğitim görmüştü (123). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 yılında yaptığı çalışmada intihar eden kişilerin 2013 yılında %21,2'si ilköğretim mezunuyken 2014 yılında bu oran %24,9 olmuş. İlköğretim mezunlarını 2014 yılında %22,5 ile ilkokul, %19,9 ile lise ve dengi okul ve %10,6 ile okuryazar olup bir okul bitirmeyenler takip etmiş (9). G. Güleç ve G. Aksaray'ın Eskişehir'de 2003 yılında 15-24 yaş arasında yaklaşık 63 kişi ile beraber yapmış olduğu çalışmada intihar girişiminde bulunan gruptaki bireyler, kontrol grubuna göre daha eğitimsiz, düzenli çalışma veya okula devam etme oranları daha düşük olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada intihar girişimi olan grubun ebeveynlerinin eğitim düzeyinin, kontrol grubundaki ebeveynlere göre anlamlı oranda düşük çıkmıştır (105).

2.1.5.1.5 Sosyoekonomik düzey

İntihar davranışları sosyoekonomik düzey ile bağlantılıdır. Düzenli bir işte çalışmak, iş sahibi olmak intihara karşı koruyucu bir özellik taşımaktadır (15). Ankara'da intihar girişimi ile ilgili yapılmış bir çalışmada öğrencilerin ilk sırada

olduğu, emekli kesimin de intihar girişimi ihtimalinin arttığı saptanmıştır (66). Akademik başarının, sosyoekonomik durumun, gelir durumunun dűřük olması da intihar girişimi riskini artırmaktadır (75).

2.1.5.1.6 Gűç

Sosyal dayanıřmada azalma ile beraber gűç olgusu da intiharı etkileyen maddelerden biridir. Ayrıca gűçmenlerin yeni kűltűrlere uyum problemleri, ekonomik kořulların kűtű olması, dil sorunu gibi sebeplerle sađlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları gűsterilmiřtir (124).

2.1.5.2 Psikiyatrik risk etkenleri

2.1.5.2.1 Depresyon ve bipolar bozukluk

Depresyon tűm dűnyada gűrűlen en sık psikiyatrik bozukluktur. űlkemizde yapılan çalıřmada depresyon sıklıđı %8-20 olarak bulunmuřtur (125). İntihar riskinin normal popűlasyona gűre 30 kat fazla olduđu majűr depresyon, intiharın ۆnlenebilir nedenleri arasında en ۆnemli yeri tutmaktadır (14). 2002 yılında Ateřçi ve arkadaşlarının Fırat űniversitesi Tıp Fakűltesi Acil Servisi'nde 60 hasta ile yapmıř olduđu çalıřmada intihar giriřimi olan hastaların çođunluđu depresif bozukluklar tanısı almıřtır (79). Depresyonun bařlangıç ve iyileřme dűnemlerinde intihar riskinin arttıđı tespit edilmiřtir (76). Depresyondaki diđer bir sorun da ۆzsaygının dűřük olmasıdır. ۆzsaygının dűřük olması ile ergenlerde ve yetiřkinlerde kendini ۆldűrme arasında iliřki saptanmıřtır (22).

Duygu durum bozukluklarından biri olan bipolar bozukluk ile intihar dűřűncesi veya giriřimi arasında yakından iliřki bulunmaktadır. Manik dűnemde Dűnya'yı kurtarma dűřűncelerinin eřlik etmesiyle beraber intihar davranıřı olabilmektedir. Bipolar hastalarda daha çok depresyona bađlı olarak intiharlar meydana gelmektedir. Bu grup hastalarda intiharın 30 kez daha sık olduđu tespit edilmiřtir (66). Bipolar depresyon yařayan kiřiler unipolar depresyon yařayan kiřilere gűre daha fazla intihar riski tařımakta, bipolar bozukluk içinde bulunan karma dűnem ve hızlı dűngűlűlűkte intihar için yűksek risk faktűrű içinde deđerlendirilmektedir (46).

2.1.5.2.2 Anksiyete bozuklukları

Anksiyete bozuklukları ve intihar davranışı arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Özellikle panik bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili anksiyete durumlarında intihar oranını artıran birçok çalışma mevcuttur (45). Anksiyete ile duygu durum bozukluğu beraber olduğunda intihar riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (46).

Diğer bir sorun dürtü kontrol bozukluğu ile ilgili olabilmektedir. İntihar girişimlerinin çoğunluğunun dürtüsel olarak gerçekleştiği gösterilmiştir (47). Dürtüsel davranışı olan birinin bir kaygı yaşadığında dürtüselliklerinin artacağı, bu durumda bireyin intihar davranışına yönelebileceği belirtilmektedir (48).

2.1.5.2.3 Alkol ve madde bağımlılığı

Psikiyatrik bozukluklar içinde alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, intihar için en fazla riskli kabul edilen durumlardan biridir. Alkol ve madde bağımlılarının yaklaşık 1/4 'ü intihar nedeniyle hayatlarını kaybetmektedir. Aynı zamanda alkol ve madde kullanımı da adolesanları gün geçtikçe artan oranda tehdit etmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada alkol bağımlılığı tanısı olan hastaların %26'sının en az 1 kez intihar girişimi olduğu, %61,5'nun tekrarlayan girişiminin olduğu , girişimlerin daha çok impulsif tarzda olduğu belirtilmiştir (49).

Madde bağımlılarında özellikle madde bulunamadığında intihar riskinde artış gözlenmektedir. Madde bağımlılarında antisosyal kişilik bozukluğunun da olması, maddenin intravenöz yolla uygulanması, dürtüsellikinin olması intihar riskinde artışa yol açmaktadır (50).

2.1.5.2.4 Şizofreni

Şizofreni duygu durum bozukluklarından sonra en sık intihar oranlarına sahip gruptur (51). Şizofreni hastalarında intiharın nedeninin dağılmış benliğin dürtülerle baş edememesi sonucu olduğu ifade edilmektedir. Koreen ve arkadaşlarının 1993 yılındaki bir çalışmasında hastaların %15'nin ilk 5 yıl içinde psikotik semptomlardan bağımsız intihar girişimi olduğu tespit edilmiştir (54). Paranoid tipte risk artışı olurken, negatif belirtilerin hakim olduğu hasta gruplarında riskin daha

düşük olduğu söylenmiştir (52). Genç, erkek, sosyal desteği zayıf olan, intiharı telkin eden, emir veren varolanları olan, hastalık öncesi yüksek işlevsellik düzeyine sahip hastaların da intihar davranışı açısından daha riskli grup olduğu ifade edilmiştir (53, 46).

2.1.5.2.5 Kişilik bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklar

Kişilik bir insanın kendine özgü olan psikolojik özellikleri, huy haline getirmiş olduğu bilinçli ya da bilinç dışı düşünce ve davranışları olarak tanımlanmaktadır (55). Adler kişiliği kişinin kendine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği davranışlar olarak görmektedir. Freud kişiliği yapısal olarak 3 ögeye ayırmıştır. Bunlar id, ego ve süperego içerir. İd ilkel dürtülerden kaynaklı bilinçdışı davranışlar, ego dış dünya ile karşılaşan parçası, süperego kişilerin ahlak anlayışı, değer yargılarından oluşan kısmını ifade etmektedir (56).

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV)'e göre kişilik bozukluklarının tanı ölçütleri, davranışlar ya da iç yaşantılara ait öğelerdir(57). DSM-IV kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri şunlardır:

- A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde ya da daha fazlasında kendini belli eder.
 1. Biliş
 2. Duygulanım
 3. Kişiler arası işlevsellik
 4. Dürtü kontrolü
- B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
- C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlev alanlarında bozulmaya yol açar.
- D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.
- E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (57).

Kişilik bozukluklarının birçoğunda ego ve süperego işlevlerinde bozukluklar, benlik saygısı sorunları, yargılama bozuklukları saptanmıştır. Bu kişiler özel ve iş yaşamlarında bazı sorunlar yaşamaktadırlar. İç görüden yoksun ve strese karşı dayanma olasılıklarının daha az olduğu ifade edilmiştir. Bununla birlikte yardım arayışında olmadıkları belirtilmiştir (56).

Soloff ve arkadaşlarının 1994 yılında 84 borderline kişilik bozukluğu olan hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada tamamlanmış intiharlardaki kişilik bozukluğu oranı %9-28 arasında, intihar girişimlerinde ise %55 olarak bulunmuştur. (10). Kendine zarar verme dışlandığında borderline kişilik bozukluğu intihar davranışıyla ilişkili bulunmuştur (58). Antisosyal kişilik bozukluğu olanların %5 lik kısmında intihar girişimi olduğu düşünülmüştür. Cezaevlerinde tutuklu kişilerde, özellikle daha öncesinde psikiyatrik tedavi alan kişilerde intihar girişimi daha fazladır (59).

Çalışmalarda umutsuzluğun intihar davranışı üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmüştür. Depresyonun umutsuzluk ve karamsarlık gibi bazı yönlerinin intiharla daha yakından ilişkili olduğu ifade edilmiştir (60). Umutsuzluk ile intihar düşüncesi arasında kuvvetli bir ilişki bulunmakta, depresyon kontrol edildiğinde bu ilişki sürmektedir (61). Çaresizlik içindeki bu bireyler gelecek beklentilerini kaybetmekte, umutsuzluk duygularının yol açtığı boşluk, yalnızlık gibi durumlarla yaşamlarını sonlandırmaktadır (62, 63).

Yeme bozukluğu tanısıyla beraber intihar riskinde artış görülmektedir. Anoreksiya nervozalı hastaların %3-20'si intihar girişiminde bulunurken, bulimiya nervosa da bu oran %25-35 arasındadır (64).

Cinsel kimlik bozuklukları da adolesan dönemde önemli bir intihar sebebi olabilmektedir. Cinsel kimlik bozukluğu yaşayan adolesanlarda kontrol grubuna göre intihar düşüncelerinin %50-70 oranında, intihar girişimlerinin %30 oranında daha fazla olduğu tespit edilmiştir (65).

2.5.3. Bedensel hastalıklar

Başkalarına bağımlı olmaya neden olan hastalıklar intihar riskinde artışa yol açmaktadır. Çeşitli nedenlerle hastaneye yatışlar incelendiğinde epilepsi ile intiharlar arasında direkt bir bağlantı olduğu anlaşılmıştır. Hastaneye yatırılan epileptik hastalarda diğer hastalıklara kıyasla intihar hızı 5-7 kat daha fazla olmaktadır. Kanseri, AIDS ve nörolojik hastalıklar gibi daha ciddi hastalıklarda intihar riskinin arttığı bazı çalışmalarda tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra hepatik ensefalopati, hipotiroidizm gibi bireyin ruhsal durumunu etkileyen hastalıklarda da intihar nedeni olabilmektedir (66). Ayrıca kortikosteroid gibi ilaçların da depresyon nedeni olup intihar riskinde artışa neden olabilmektedir (67).

2.5.4. Daha önceki intihar girişimleri

Yapılan çalışmalarda intihar eden depresyon öyküsü olan hastaların %40 'nda daha önce en az bir defa intihar girişimi olduğu ifade edilmiştir. Tamamlanmış intiharların %19-24'nde önceden intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır, intihar girişimlerinin %10'u on yıl içinde intihar ile son bulmaktadır (68).

Toplum taramaları incelendiğinde intihar girişiminde bulunan adolesanların %10'nun 2 yıl içerisinde 2 yada daha fazla intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (69, 68). Bir intihar girişimi sonrası özellikle ilk 3-6 ay arası en riskli dönem olarak kabul edilmiştir (68). Tekrarlanan intihar girişimleri açısından risk etkenlerini sıralarsak duygu durumu bozukluğunun olması, aile içi stres düzeyinin yüksek olması, tedavide trisiklik antidepressanların kullanılıyor olması şeklinde sayılabilir (70,71).

Tekrarlayıcı intihar girişiminde bulunan kişilerin hemen hemen yarısının kendine zarar veren kişiler olduğu, sıklıkla depresyon, umutsuzluk, kişilik bozuklukları, travmatik yaşam olayları olduğu belirtilmiştir (72).

2.5.5. Aile ve sosyal çevreyle ilgili risk etkenleri

Yapılan çalışmalarda anne-baba psikopatolojisi, kaotik aile ortamı kontrol edilse bile aile öyküsünün intihar riskini artırdığı saptanmıştır (73). Ailede ruh sağlığı bozuk birinin bulunması, madde bağımlılığı, parçalanmış ailelerde, dul veya boşanmış

olanlarda intihar riski daha yüksektir (74). Bir çok çalışmada da benzer şekilde dağılmış ailelerden gelen çocuklarda intihar davranışı artmış olduğu gösterilmiştir. Beautrais'in 2000 yılında Avustralya ve Yeni Zelanda'da yapmış olduğu çalışmada boşanmış ailelerin çocuklarında intihar davranışı riski artarken, vefat sonucu yaşanan ebeveyn kaybında bu risk tanımlanmamıştır (75).

Aile içi şiddet olgusu incelendiğinde kurbanlar üzerinde ciddi ruhsal ve fiziksel tahribatlara yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu araştırmada ise her 6 kadından birinin aile içi şiddete maruz kaldığı, şiddet mağduru kadınların intihara yönelimlerinde artış olduğu ifade edilmiştir (77).

Stresli yaşam olayları ile intihar davranışı arasında bir çok çalışmada ifade edildiği gibi doğrudan bir ilişki vardır. İntihar davranışından 3 ay önce stresli yaşam olaylarında artış olduğu saptanmış, bu olumsuz olayların intihara zemin hazırladığı düşünülmüştür (78).

Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda tam bir oran bildirilememiştir. İstismarla ilgili her hangi bir sosyodemografik grupta veya sosyoekonomik düzeyle ilgili bir bağlantı tespit edilememiştir (80).

Uzun dönemde cinsel istismar mağduru çocuklarda birçok olumsuz durum ortaya çıkmaktadır. Mağdurda yüksek oranda depresyon riski gözlenmekte, benlik saygısı hasara uğramaktadır (81). Bu çocuklarda intihar girişimi ve düşüncesi sıkça görülmektedir (82).

Kişilerin yaşamında tehdit edici, kaygı verici olaylarda intihara neden olmaktadır. Sınav kaygısı ve başarısızlık düşüncesi bunlardan biridir (66). Karşı cinsle yaşanan sorunlar da intihar düşüncesini etkilemektedir. Karşı cinsle ilişki kurmakta zorlanma, hayal kırıklığı yaşama intihar girişimlerine neden olabilmektedir (83).

2.5.6. Çevresel risk etkenleri

İntihar girişimine neden olabilecek araçlara ulaşılabilirliğin artması ile beraber adolesanlarda intihar hızının arttığını ifade eden çalışmalar mevcuttur (84, 85). ABD' de yapılan araştırmada tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntem her iki

cinste de ateşli silahlardır. İntihar girişimlerinde ise aşırı dozda ilaç kullanma en sık yöntem olarak belirtilmiştir. ABD’de silahların yasal olarak kontrol edildiği eyaletlerde daha düşük intihar oranlarına rastlanıldığı ifade edilmiştir (68).

2.2. İntihar Yöntemleri

Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2012 yılı verilerine göre intihar edenlerin %50.7’si kendini asarak intihar etmiştir. İntihar şekilleri sırasıyla %24.9 ile ateşli silah kullanmak, %10.3 ile yüksekten atlamak, %5,1 ile kimyevi madde kullanmak gelmektedir (86).

Yine Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2012 yılı verilerine dayanarak incelediğimizde erkeklerin %51,5’i kendini asarak, %28,8’i ateşli silah kullanarak, kadınların %48,6’sı kendini asarak, %17,3’ü yüksekten atlayarak intihar ettiği görülmektedir (86).

Ergenler arasında en yaygın intihar girişimi incelendiğinde her iki cinsiyette de en sık kullanılan yöntem yüksek dozda ilaç kullanımınıdır.

2.3. Dürtüsellik ve İntihar

Dürtüsel davranışlar, bir tepki vermeden önce yeterince düşünmemek şeklinde kendini gösteren, bilişsel bir fonksiyon olarak tanımlanmakta ve özellikle dışa dönük olarak tanımlanmış kişilerin sahip oldukları davranış biçimi şeklinde yorumlanmaktadır (88).

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin kişilik özellikleri incelendiğinde bu kişilerin öfkeli ve saldırgan bir davranışa yatkın, aşırı duyarlı ve mükemmeliyetçi kişiler olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda ergenlerin daha önceden plan yapmadıkları bildirilmiştir (89). Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada ani intihar girişiminin %67 oranında tespit edildiği, intihar niyetini hemen önce dışa vuranlarda intihar girişimlerinin daha ciddi olduğu saptanmıştır (90).

2.4. Öfke ve İntihar

Öfke özellikleri arasında en çok vurgulanan, öfke ifadesinin öğrenilen bir özellik oluşu ve saldırganlık öğelerini de içeren söylem biçimi yerine daha uygun ve daha olumlu olabilecek ifade biçimlerinin de öğrenilebileceğidir.

Miotto P. ve ark.'nın 2003 yılında yapmış olduğu çalışmada intihar düşüncesi olan ergenlerde yapılan testlerde öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu, erkeklerin kızlara göre daha yüksek puan aldığı ifade edilmiştir (91).

Psikanalitik kurama göre değerlendirildiğinde öfkenin içe dönük olması, öfkenin bastırılması mevcut olan enerjinin içe döndürülmesi olarak tanımlanmakta ve depresyonun nedenleri arasında yer aldığı düşünülmektedir (92, 93).

3.YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmaya Haziran 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne son 1 hafta içinde intihar girişiminde bulunmuş ve Çocuk Acil, Yoğun Bakım veya Çocuk Servisi'ne yatışı yapılan 10-18 yaş aralığında olgular alındı. Örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla 0,05 anlamlılık düzeyinde %80 güç (duyarlılık) ile istenilen intihara yönelten etmenleri incelemek için çalışma prosedürüne uygun olan 52 olgu alınmasına karar verildi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, formları eksik dolduran ya da yarıda kesen 7 olgu araştırmaya alınmadı. Çalışmamızın Hastanemiz Klinik Etik Kurulu'ndan 07.07.2015 tarih, 2015/45 karar no'lu etik kurul onayı alındı.

Çalışmadaki tüm verilerinin tanımlayıcı değerleri (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum) hesaplanmıştır. İntihara yönelten etmenlerin belirlenmesinde Pearson ki kare testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda ölçek puan ortalamaları açısından farklılıkları belirlemek için Independent samples T test ve Kruskal Wallis (post hoc Dunn test) uygulanmıştır. Oranlar arası karşılaştırmada ise Binomial testten yararlanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler IBM SPSS 22'de yapılmıştır.

Çalışmaya katılan olgulara çalışmaya başlamadan önce, yapılan anket uygulamaları ile ilgili bilgi verildi. Yapılan ölçeklerle ilgili olguların soruları olduğunda açıklamada bulunuldu.

3.1.1 Araştırmaya alınma ölçütleri

12-18 yaşları arasında bulunması

Hastaların son 1 hafta içinde intihar girişiminde bulunmuş olması

Psikiyatrik hastalıklar dışında kronik bir hastalık öyküsünün olmaması

3.1.2Araştırmadan dışlanma ölçütleri

Ciddi muhakeme yetersizliği olması

Anket sırasında alkol veya uyuşturucu, yabancı madde etkisinde olma

Eğitim ve dil probleminin bulunması

Mental bozukluk olması

3.2 Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu

Barratt Dürtüsellik ölçeği

3.2.1 Sosyodemografik bilgi formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan çalışmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, alkol veya yabancı madde kullanımı, öğrenim düzeyi, ailenin ekonomik durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı sorgulandı.

3.2.2 İntihar niyeti ölçeği

1973 yılında Beck tarafından geliştirilen, 20 maddeden oluşan, bireyin intihar girişimi sırasında oluşan beklentilerini değerlendirmeye yarayan ölçektir.

İntihar girişiminde bulunan kişilere uygulanan ölçekte girişim sırasındaki çevre koşulları, girişimin amacı, ciddiyeti, sayısı, girişim sırasındaki beklentiler değerlendirilir. Görüşme sırasında her madde ile ilgili yeterli bilgi alındıktan sonra kişi en uygun seçeneği işaretler.

Yaptığımız çalışmada intihar niyeti ölçeğinden faydalanılmış fakat bazı anket sorularının çalışmamızda yer alan olguların yaşına uygun olmadığı değerlendirilerek puanlama yapılamamıştır.

3.2.3 Barratt Dürtüsellik Ölçeği

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir (94,76).

Dürtüsellğin bir çok tanımı yapılmış ve değerlendirme amaçlı çok sayıda ölçek veya yöntemler uygulanmıştır. Barratt Dürtüsellik Ölçeği dürtüsellik yapısının

değerlendirilmesinde hem normal hem de klinik örneklerde en sık kullanılan ölçeklerden birisidir. Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile elde edilen bulgular ölçeğin klinik bulgularla beraber biyolojik parametrelerle de ilişkili olduğunu göstermiştir (94).

Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilen Barratt Dürtüsel Ölçeği bugüne kadar çok defa revizyona uğramıştır. 1995 yılında son formu hazırlanmıştır (95). Basit ve uygulanabilirliği kolay olması nedeniyle bipolar bozukluk, depresyon, dürtü kontrol bozuklukları, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi hasta gruplarıyla yapılan araştırmalarda sıkça kullanılmaktadır (94, 95). Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçe olarak 2008 yılında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (96).

Daha önce 15 maddelik kısa formu çeşitli dillerde çalışılmıştır. Bu sayede saha çalışmalarında, çeşitli psikiyatrik veya psikiyatrik dışı hasta gruplarında yapılacak olan araştırmalarda kısa formun uygulanması amaçlanmaktadır.

Çalışmada ağırlıklı olarak yoğun bakım ve acil hastaları olması nedeniyle, daha kısa sürmesi ve uygulanabilirliği daha kolay olması açısından kısa form tercih edildi.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği kısa formunda plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkat dürtüselligi olmak üzere 3 alt tip ölçeği bulunmaktadır. Dikkat dürtüselligi (konsantrasyon ve dikkat ile ilgili sorunlar) 2, 3, 7, 8 ve 9. sorular ile belirlenir, motor dürtüsellik (aceleci hareket, hızlı tepkiler) 4, 10, 12, 13 ve 14. sorular ile değerlendirilir, plan yapmama (gelecek yöneliminde eksiklik) ise 1, 5, 6, 11 ve 15. sorularla ifade edilir.

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 KISA FORMU

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/Her zaman
1 *	İşlerimi dikkatli planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5 *	Dikkatli düşünen birisiyim				
6 *	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmeme gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11 *	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15 *	Geleceğini düşünen birisiyim				

Değerlendirme

Puanlama:

Plan yapmama (5 madde): 1*, 5*, 6*, 11*, 15*

Motor dürtüsellik (5 madde): 4, 10, 12, 13, 14

Dikkat dürtüselligi (5 madde): 2, 3, 7, 8, 9

*Ters işaretlenmiş maddeler

Maddeler 1 den 4 e kadar puanlanır (nadiren =1, Her zaman=4 gibi). Ters işaretlenmiş maddelerde bunun tam tersi puanlama yapılır. Yorumlama: Kesme puanı belirlenmemiştir. Bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmalıdır (76,94).



4.BULGULAR

Çalışmamız son 1 hafta içinde intihar girişiminde bulunmuş ve Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Kliniği'ne başvuran; Acil, Yoğun Bakım, Çocuk Servisinde yatışı olan 52 çocuk olgu üzerinde yapılmıştır.

4.1. Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamıza dahil ettiğimiz 52 olgunun 47'si kız, 5'i erkektir. Yaşları 10-18 arasında olup yaş ortalaması $15,40 \pm 1,43$ yıldır.

Öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde çalışmamıza katılan olguların 45'i(%86,5) lise eğitimi görmekteyken, 7'si(%13,5) ortaokulda eğitim görmektedir. Dahil edilen anketlerde eğitime ara veren veya eğitim almayan olgular yoktu.

Olguların 38'i(%73,1) anne-baba ile beraber çekirdek aile yaşantısı sürdürürken, 9'u(%17,3) boşanmış anne veya baba yanında kalmakta, 4'ü(%7,7) akraba yanında kalmakta, 1'i(%1,9) ise yuvada kalmaktaydı.

Ailenin ekonomik durumu ile ilgili yapılan çalışmada iyi diyenler 17(%32,7) kişi, orta diyenler 32(%61,5) kişi, kötü durumda olduklarını ifade edenler ise 3(%5,8) kişi olarak belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2. Bireylerin sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Erkek	5	9,6
	Kız	47	90,4
Eğitim durumu	Ortaokul	7	13,5
	Lise	45	86,5
Anne-Baba ile Yaşama Durumu	Birlikte	38	73,1
	Boşanmış	9	17,3
	Akraba yanında	4	7,7
	Yuvada	1	1,9
Ekonomik Durumu	İyi	17	32,7
	Orta	32	61,5
	Kotu	3	5,8

4.2. Hastalık Durumu

Çalışma dahilinde olan ve intihar girişiminde bulunmuş 52 olgu için yapılan araştırmamızda olguların 3 (%5,8)'nün fiziksel bir hastalığı olduğu, 49'nun(%94,2) fiziksel bir hastalığı olmadığı ifade edildi. Daha önceden psikiyatrik hastalığı olduğu veya psikiyatrik tedavi aldığı belirtilen olgu sayısı 15(%28,8) kişi olarak tespit edildi. 37(%71,2) olgunun psikiyatrik tedavi öyküsü olmadığı belirtildi.

Yabancı madde kullanımı ile ilgili sorulan soruda olguların 3(%5,8)'nün yabancı madde kullandığı, 49(%94,2)'nün ise yabancı madde kullanımı olmadığı ifade edildi. Alkol kullanımını ayrı başlık altında sorduğumuz çalışmamızda 5(%9,6) olgunun alkol kullandığı, 47(%90,4) olgunun alkol kullanmadığı görülmektedir (Tablo-3)

Tablo 3. Bireylerin hastalık durumu ve madde kullanımı

		N	%
Fiziksel hastalık durumu	Evet	3	5,8
	Hayır	49	94,2
Psikiyatrik hastalık durumu	Evet	15	28,8
	Hayır	37	71,2
Yabancı madde kullanımı	Evet	3	5,8
	Hayır	49	94,2
Alkol kullanımı	Evet	5	9,6
	Hayır	47	90,4

4.3. İntihar Etyolojisi

Son beş yılda ailede veya arkadaşlarından ölen kişilerin varlığı, son aylarda aile içi problem yaşama durumu, son aylarda arkadaşlar arası problem yaşama durumu, son aylarda kız/erkek arkadaş arasında problem yaşama durumu ve okul derslerinde başarısızlık durumu açısından olgular arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$, Tablo 4).

Son beş yılda aile veya arkadaşları arasında intihar girişimi gözlenmeyen olguların sayısı ($n=37$, %71,2), ailede veya arkadaşlarından en az birinin intihar girişiminde bulunmuş olanların sayısından ($n=15$, %28,8) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,003$).

Son aylarda fiziksel istismar-şiddet gören olguların sayısı ($n=6$, %11,5) anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,001$). Benzer şekilde son aylarda cinsel istismar-şiddet görenlerin sayısı ($n=1$, %1,9), görmeyenlerin sayısından ($n=51$, %98,1) anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,001$).

Daha önce intihar teşebbüsünde bulunmayanların sayısı ($n=34$, %65,4), bulunanların sayısından ($n=18$, %34,6) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0,036$, Tablo 4).

Tablo 4. İntihar etyolojisine ait sosyodemografik veriler

		n	%	P
Son Beş Yılda Ailede veya Arkadaşlarından İntihar Etmiş Kişinin Varlığı	<i>Evet</i>	15	28,8	0,003*
	<i>Hayır</i>	37	71,2	
Son Beş Yılda Ailede veya Arkadaşlarından Ölen Kişilerin Varlığı	<i>Evet</i>	25	48,1	0,890
	<i>Hayır</i>	27	51,9	
Son Aylarda Fiziksel İstismar-Şiddet Görme Durumu	<i>Evet</i>	6	11,5	<0,001*
	<i>Hayır</i>	46	88,5	
Son Aylarda Cinsel İstismar-Şiddet Görme Durumu	<i>Evet</i>	1	1,9	<0,001*
	<i>Hayır</i>	51	98,1	
Son Aylarda Aile İçi Problem Yaşama Durumu	<i>Evet</i>	24	46,2	0,678
	<i>Hayır</i>	28	53,8	
Son Aylarda Arkadaşlar Arası Problem Yaşama Durumu	<i>Evet</i>	24	46,2	0,678
	<i>Hayır</i>	28	53,8	
Kız/Erkek Arkadaş Arasında Problem Yaşama Durumu	<i>Evet</i>	25	48,1	0,890
	<i>Hayır</i>	27	51,9	
Okul Derslerinde Başarısızlık Durumu	<i>Evet</i>	33	63,5	0,070
	<i>Hayır</i>	19	36,5	
Daha Önce İntihar Teşebbüs Etme Durumu	<i>Evet</i>	18	34,6	0,036*
	<i>Hayır</i>	34	65,4	

4.4. İntihar Girişimi

İntihar girişiminde bulunan 52 ergen değerlendirildiğinde, en sık girişim yönteminin yüksek doz ilaç alma (n=48, %94,1) olduğu saptandı. Yüksekten atlama, ası, toksik madde alımı ile intihar girişimi 1'er olgu (%2) olarak tespit edildi.

31(%59,6) olguda intihar anında müdahale imkanı olduğu ifade edildi, 9(%17,3) olguda müdahale imkanının az olduğu, 12(%23,1) olguda ise müdahalenin imkansız olduğu belirtildi.

İntihar girişimi sırasında veya sonrasında olguların %49'u(n=24) iletişim kurmuş ve çevresinden yardım istemişti. %20,4'ü(n=10) iletişim kurabilmiş fakat yardım istememiş, olguların %30,6'sı(n=15) ise hiçbir şekilde çevresi ile iletişime geçmemiş ve yardım istememişti.

İntihar notu bırakmayan olguların sayısı (n=51, %98,1) intihar notu bırakan olgulara göre (n=1, %1,9) anlamlı oranda yüksekti.

İntihar girişiminin amacına yönelik yapılan çalışmada olguların %48'i(n=24) çevreden (insan, ortam vb.) tamamen kurtulmak olduğunu ifade etti. %28'i(n=14) çevresinin değişiminden, %24'ü(n=12) de çevresini etkilemekten kaynaklı bir girişim olduğunu belirtti.

İntihar girişimine başvuran olgulara yöneltilen, girişimin ölümcüllüğü ile ilgili olan sorularda olguların %32,7'si(n=17) kesin ölüm ile sonuçlanmasını beklediğini ifade etti, %26,9'u(n=14) ölüm ile sonuçlanmayacağını, %40,4'ü(n=21) düşük bir ihtimalle ölümle sonuçlanabileceğini belirtti.

Girişimin ciddiyetine baktığımızda olguların %30,8'i(n=16) yaşamını sonlandırma amaçlı intihara başvurduğunu, sorulan diğer bir soruda da %28,8'i(n=15) ölmek istediğini ifade etti. Yaşamını sonlandırma konusunda olguların %46,2'si(n=24) kararsız olduğunu ve ölümü önemsemediğini belirtti. İntihar girişiminde bulunan fakat yaşamını sonlandırmayı düşünmeyen olguların sayısı %23,1(n=12) idi. Takip eden soruda ise olguların %25'i(n=13) ölmek istemediğini ifade etti.

İntihar girişimine yönelik tepkileri değerlendirilen olguların %65,4'ü(n=34) girişimden pişman olduğunu, %25'i(n=13) yaşamayı yada ölmeyi kabullenemediğini, %9,6'sı(n=5) ise hayatta olmaktan pişman olduğunu belirtti.

Çalışmamıza katılan 52 olgunun önceki intihar girişimleri değerlendirildi. 39 (%75) olgunun ilk intihar girişimi olduğu, 8 (%15,4) olgunun öncesinde bir iki defa girişimde bulunduğu, 5(%9,6) olgunun ise üç ve daha fazla girişimde bulunduğu ifade edildi (Tablo 5).

Tablo 5. Olguların intihar girişimi ile ilgili özellikleri

		n	%
İntihar Metodu	İlaç	48	94
	Ası	1	2,0
	Yüksekten atlama	1	2,0
	Toksik madde alımı	1	2,0
İntihar Anında Zamanlama	Müdahale imkanı var	31	59,6
	Müdahale imkanı az	9	17,3
	İmkansız	12	23,1
Girişim Süresince veya Sonrasında Yardım Sağlayacak Tarzda Davranış	İletişim kurmuş	24	49,0
	İletişim kurmuş ama yardım istememiş	10	20,4
	İletişim kurmamış	15	30,6
İntihar Notu	Not var	1	1,9
	Not yok	51	98,1
İntihar girişiminin amacı	Çevre değişimi	14	28,0
	Çevreyi etkileme	12	24,0
	Çevreden tamamen kurtulmak	24	48,0
Girişimin Ölümcüllüğü ile İlgili Beklentiler	Ölüm olanaksız	14	26,9
	Ölüm düşük ihtimal	21	40,4
	Ölüm kesin	17	32,7
Girişimin Ciddiyeti	Yaşamı sonlandırma	16	30,8
	Kararsız	24	46,2
	Yaşamı sürdürebilme	12	23,1
Yaşamın Devamına İlişkin Çelişkiler	Ölmek isteme	15	28,8
	Önemsememe	24	46,2
	Ölmek istememe	13	25,0
Girişime Tepki	Girişimden pişman olma	34	65,4
	Yaşamayı ya da ölmeyi kabullenememe	13	25,0
	Hayatta olduğuna pişman olma	5	9,6
Önceki Girişimlerinin Sayısı	Yok	39	75,0
	1-2 defa	8	15,4
	3'den fazla	5	9,6

4.5. Dürtüsellik

Çalışmaya katılan olguların Barratt Dürtüsellik ölçeği toplam ölçek puanı ve alt boyut puanları aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt boyut puanları ve toplam puan dağılımı

	Plan Yapmama Dürtüsellik	Motor Dürtüsellik	Dikkat Dürtüsellik	Toplam Ölçek Puanı
N	52,00	52,00	52,00	52,00
Ortalama	12,73	9,83	10,85	33,40
Standart Sapma	3,31	3,17	3,69	4,84
Ortanca	12,50	9,00	10,00	33,50
Minimum	5,00	5,00	5,00	23,00
Maksimum	20,00	18,00	20,00	45,00

4.6. Yaş Gruplarına Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeğiyle Saptanan İntihar Puanlarının Dağılımı

Yaş gruplarına göre Barratt Dürtüsellik Ölçeğine göre saptanan toplam ve alt ölçek ortalama puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark yoktu. (Tablo 7).

Tablo 7. Barratt Dürtüsellik Ölçeğinin alt ölçek ve toplam puanlarının yaş gruplarına göre dağılımı

		Yaş grupları			p
		10-15 yaş	16-18 yaş	Total	
Plan Yapmama Dürtüsellik	n	26,00	26,00	52,00	0,280
	Ortalama	13,23	12,23	12,73	
	Standart Sapma	3,61	2,96	3,31	
	Ortanca	13,00	12,00	12,50	
	Minimum	7,00	5,00	5,00	
	Maksimum	20,00	17,00	20,00	
Motor Dürtüsellik	n	26,00	26,00	52,00	0,411
	Ortalama	9,46	10,19	9,83	
	Standart Sapma	3,24	3,11	3,17	
	Ortanca	9,00	9,50	9,00	
	Minimum	5,00	5,00	5,00	
	Maksimum	16,00	18,00	18,00	
Dikkat Dürtüsellik	n	26,00	26,00	52,00	0,155
	Ortalama	10,12	11,58	10,85	
	Standart Sapma	3,69	3,60	3,69	
	Ortanca	10,00	11,50	10,00	
	Minimum	5,00	6,00	5,00	
	Maksimum	19,00	20,00	20,00	
Toplam Ölçek Puanı	n	26,00	26,00	52,00	0,379
	Ortalama	32,81	34,00	33,40	
	Standart Sapma	4,54	5,13	4,84	
	Ortanca	33,00	34,00	33,50	
	Minimum	23,00	25,00	23,00	
	Maksimum	43,00	45,00	45,00	

Olguların yaş gruplarına göre intihar girişimi ile ilgili parametreler incelendi. Yaş gruplarına göre İntihar girişimi ile ilgili İntihar Anında Zamanlama, Girişim Süresince veya Sonrasında Yardım Sağlayacak Tarzda Davranış, İntihar Notu bırakma, Girişimin Ölümcüllüğü ile İlgili Beklentiler, Girişimin Ciddiyeti, Yaşamın Devamına İlişkin Çelişkiler, Girişime Tepki ve Önceki Girişimlerinin Sayısı bakımından anlamlı düzeyde bir farklılık saptanamadı. (Tablo 8).

İntihar girişiminin amacıyla ilgili olarak 10-15 yaş grubundaki olguların %44'ü(n=11) ve 16-18 yaş grubundaki olguların %12'si(n=3) "çevresini değiştirmek" amacıyla intihar girişiminde bulunmuştur. 16 yaşın altında "çevresini değiştirmek" amacıyla intihar girişiminde bulunanların oranı anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p=0,042). (Tablo 8)

Tablo 8. Yaş gruplarına göre intihar girişimi ile ilgili parametrelerin dağılımı

		Yaş grupları				p	
		10-15 yaş		16-18 yaş			
		n	%	n	%		
İntihar Zamanlama	Anında	Müdahale imkanı var	15	48,4	16	51,6	0,859
		Müdahale imkanı az	4	44,4	5	55,6	
		İmkansız	7	58,3	5	41,7	
Girişim Süresince veya Sonrasında Yardım Sağlayacak Davranış	Tarlada	İletişim kurmuş	13	54,2	11	45,8	0,233
		İletişim kurmuş ama yardım istememiş	3	30,0	7	70,0	
		İletişim kurmamış	10	66,7	5	33,3	
İntihar Notu		Not yok	25	49,0	26	51,0	1,000
		Not var	1	100,0	0	0,0	
İntihar Girişiminin Amacı		Çevre değişimi	11	78,6	3	21,4	0,042*
		Çevreyi etkileme	4	33,3	8	66,7	
		Çevreden tamamen kurtulmak	10	41,7	14	58,3	
Girişimin Ölümüllüğü ile İlgili Beklentiler		Ölüm olanaksız	10	71,4	4	28,6	0,087
		Ölüm düşük ihtimal	7	33,3	14	66,7	
		Ölüm kesin	9	52,9	8	47,1	
Girişimin Ciddiyeti		Yaşamı sonlandırma	9	56,3	7	43,8	0,249
		Kararsız	9	37,5	15	62,5	
		Yaşamı sürdürebilme	8	66,7	4	33,3	
Yaşamın Devamına İlişkin Çelişkiler		Ölmek isteme	11	73,3	4	26,7	0,120
		Önemsememe	9	37,5	15	62,5	
		Ölmek istememe	6	46,2	7	53,8	
Girişime Tepki		Girişimden pişman olma	19	55,9	15	44,1	0,399
		Yaşamayı ya da ölmeyi kabullenememe	6	46,2	7	53,8	
		Hayatta olduğuna pişman olma	1	20,0	4	80,0	
Önceki Girişimlerinin Sayısı		Yok	20	51,3	19	48,7	0,805
		1-2 defa	3	37,5	5	62,5	
		3'ten fazla	3	60,0	2	40,0	

Önceki intihar girişimlerinin sayısına ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği'ne göre toplam dürtüsellik puanı dışında plan, motor ve dikkat dürtüsellik alt boyutlarının ortanca değerlerinin anlamlı düzeyde farklı olduğu bulundu. (Tablo 9).

Örn:

Önceden intihar girişimi olmayan olguların plan yapmama dürtüsellik alt boyut ortanca değeri, intiharı 1-2 defa ($p<0.05$) ya da 3'ten fazla ($p<0.05$) deneyen olgulardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Önceden intihar girişimi olmayan olguların motor dürtüsellik alt boyut ortanca değeri, intiharı 3'ten fazla ($p<0.05$) deneyen olgulardan anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Önceden intihar girişimi olmayan olguların dikkat dürtüsellik alt boyut ortanca değeri, intiharı 1-2 defa ($p<0.05$) ya da 3'ten fazla ($p<0.05$) deneyen olgulardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p=0,01$) (Tablo 9).

Tablo 9 Barratt Dürtüsellik Ölçeği'ne göre önceki intihar girişimlerinin sayısının dağılımı

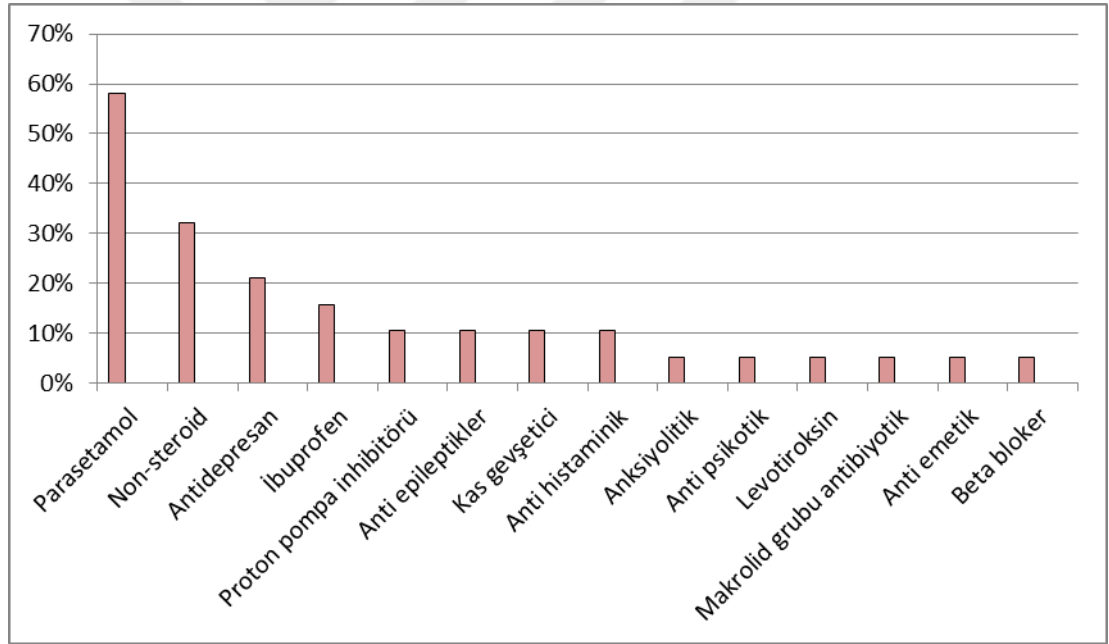
		Önceki Girişimlerinin Sayısı				
		Yok	1-2 defa	3'den fazla	Total	p
Plan yapmama dürtüsellik boyutu	N	39,00	8,00	5,00	52,00	0.004*
	Ortalama	13,56	10,63	9,60	12,73	
	Std. Deviation	3,14	2,83	2,07	3,31	
	Median	14,00*	10,50	10,00	12,50	
	Minimum	5,00	7,00	7,00	5,00	
	Maximum	20,00	16,00	12,00	20,00	
Motor dürtüsellik boyutu	N	39,00	8,00	5,00	52,00	0.038*
	Ortalama	9,26	11,00	12,40	9,83	
	Std. Deviation	3,12	2,88	2,61	3,17	
	Median	9,00	11,00	12,00**	9,00	
	Minimum	5,00	6,00	9,00	5,00	
	Maximum	18,00	15,00	15,00	18,00	
Dikkat dürtüsellik boyutu	N	39,00	8,00	5,00	52,00	0.010*
	Ortalama	9,92	13,38	14,00	10,85	
	Std. Deviation	3,26	3,62	3,94	3,69	
	Median	10,00***	13,00	16,00	10,00	
	Minimum	5,00	8,00	7,00	5,00	
	Maximum	20,00	19,00	16,00	20,00	
Toplam puan	N	39,00	8,00	5,00	52,00	0.119
	Ortalama	32,74	35,00	36,00	33,40	
	Std. Deviation	4,38	5,98	5,96	4,84	
	Median	33,00	36,00	38,00	33,50	
	Minimum	25,00	23,00	27,00	23,00	
	Maximum	45,00	41,00	43,00	45,00	

Çoklu karşılaştırma: * $P<0.05$ “yok –(1-2 defa)”, “yok –(3'ten fazla)”, ** $P<0.05$ “yok –(3'ten fazla)”, *** $P<0.05$ “yok –(1-2 defa)”, “yok –(3'ten fazla)”

4.7. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaçlar

Çalışmamıza katılan 52 olgunun 48'i(%92,3) ilaç ile intihar girişiminde bulunmuştur. Bu olgulardan 38(%79,1) tanesinde kullanılan ilaçlar saptanmıştır. Geriye kalan 10 hasta kullandığı ilaç sorusunu yanıtsız bırakmış veya net ifade edememiştir. En fazla kullanılan ilaç olarak parasetamol tespit edilmiştir (%58, n=22). Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar 2. sırada bulunmaktadır (%32, n=12). Antidepresanlar (%21, n=8), ibuprofen (%16, n=6), anti epileptikler (%11, n=4), proton pompa inhibitörü (%11, n=4), kas gevşeticiler (%11, n=4), anti histaminikler (%11, n=4), anksiyolitikler (%5, n=2), anti psikotikler (%5, n=2), levotiroksin (%5, n=2), antibiyotikler (%5, n=2), anti emetikler (%5, n=2) ve beta blokerler (%5, n=2) intihar girişiminde kullanılan diğer ilaç gruplarını oluşturmaktadır (Tablo-10).

Şekil 1 İntihar Girişimi Esnasında Kullanılan İlaçlar (n=38)



5.TARTIŞMA

Son yıllarda gerek ülkemizde gerekse dünyada ergen intiharlarında anlamlı oranda artış olduğu görülmektedir. Bu artışın nedenlerini değerlendirmemiz de Çocuk Sağlığı ve Çocuk Psikiyatrisi açısından önemlidir. Çalışmamızda Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne son 1 hafta içinde intihar girişiminde bulunmuş ve Çocuk Acil, Yoğun Bakım veya Çocuk Servisi'nde yatışı yapılmış 10-18 yaş arası 52 hastada intihar açısından riskli olabilecek faktörler araştırıldı.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan hastalara ait sosyodemografik özellikler, aile işlevselliği, dürtüsellik ve öfke açısından anketle değerlendirmeler yapıldı.

Ergenlik; fiziksel, biyolojik ve psikolojik değişikliklerin beraber bulunduğu, bağımsızlık ve sorumluluğun arttığı bir geçiş dönemi olarak değerlendirilmektedir. WHO, 10-19 yaş arasını adolesan, 15-24 yaş arasını da gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır. Adolesan ve gençlik dönemi iç içe olduğu için 10-24 yaş arası "Genç İnsanlar" şeklinde tanımlanmıştır (87). 10-18 yaş arası ergenleri dahil ettiğimiz çalışmamızda yaş ortalaması $15,4 \pm 1,43$ olarak tespit edildi.

Literatürde yapılan çalışmaları değerlendirdiğimizde tamamlanmış intiharların erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kızlarda daha fazla saptandığı rapor edilmektedir (42,113). Çalışmamıza katılan, intihar girişimi olan 52 hastanın 47'si(%90,4) kız, 5'i(%9,6) erkekti.

Literatür incelendiğinde okul devamlılığı ve eğitim alma yönünden değerlendirildiğinde intihar girişimi olan olguların okula gitme durumlarının daha düşük olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (105). Çalışmamızda olguların hepsinin okula gittiği, fakat literatürle uyumlu şekilde okul derslerinde anlamlı oranda başarısızlık olduğu gözlemlendi.

Literatürde intihar ve intihar girişimi riskinin düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğunu belirten yayınlar mevcuttur (75). Çalışmamızda ergenlerin %61,5'i(n=32) ailelerinin maddi durumunun orta olduğunu, %5,8'i(n=3) ise kötü olduğunu ifade etmektedir. Çalışmamızda ekonomik yönden sayısal verilere

dayanarak herhangi bir rakam verilmemiş olup olguların maddi durumu ile ilgili kendi düşünceleri ve algısı değerlendirilerek yapılmıştır. Bu durum maddi durumun orta olduğu sonucunun yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Ebeveynler arası uyuşmazlığın değerlendirildiği çalışmamızda olguların %26,9'nun(n=14) anne babasının ayrı, olguların akraba yanında veya yuvada barındığı tespit edildi. Çalışmamızda da literatürde intihar girişiminde bulunan bireylerin anne-baba durumuna benzer bir sonuç çıkmıştır. Yapılan çalışmalara göre sağlıklı grupla değerlendirildiğinde intihar girişiminde bulunan olgularda daha fazla ebeveynler arası uyuşmazlık olduğu saptanmıştır (105).

Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalık öyküsü, özellikle depresyon, intihar girişimini artıran etmenler arasında gösterilmektedir (106). Güleç ve arkadaşlarının Eskişehir'de 2006 yılında yaptığı diğer bir çalışmada da intihar girişiminde bulunan kişilerin %22,2 sinde psikiyatrik hastalık olduğu belirtilmiştir (105). Bizim çalışmamızda psikiyatrik hastalık öyküsü olan bireylerin oranının %28,8(n=15) olarak saptanması, literatürde verilen oranlara benzer bir sonucun ortaya çıktığını göstermektedir.

Çalışmamızda dürtüsellik faktörü intihar nedenleri arasında değerlendirilmiştir. Dürtüsellik faktörü Barratt Dürtüsellik Ölçeği verileriyle değerlendirilmesi yapılmıştır. Toplam puanda yükseklik kişinin dürtüsellik düzeyinde yüksekliği ifade ederken, alt ölçeklere göre incelendiğinde dürtüsellik kişilerin hayatlarının hangi yönlerini etkilediği yönünde ifade verilmiştir (107). Barratt Dürtüsellik Ölçeği alt ölçek verileri 3 alt grupta toplanmıştır. Dikkat dürtüsellik konsantrasyon ile ilgili sorularla, motor dürtüsellik aceleci, hızlı tepki verip vermediği ile ilgili sorularla, plan yapmama gelecek yöneliminde eksiklik yaşayıp yaşamadığı ile ilgili sorularla değerlendirilmiştir.

Barratt ölçeğine göre çalışmamızda yaş gruplarına göre erken ve orta ergenlik ile geç ergenlik arasında karşılaştırma yapılmış, anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Fakat değerlendirmemiz, olguların dikkatleri daha çabuk dağılan, beklentilerinin hemen olmasını isteyen, geleceği planlama konusunda sıkıntı çeken bireyler şeklinde yorumlanmasına yardımcı olabilir.

İntihar girişiminin ciddiyetine bakıldığında tamamlanmış intihar oranlarında erkeklerin daha önde olduğu, intihar girişimlerinin ise kızlarda daha fazla olduğu çeşitli yayınlarda belirtilmiştir (109). Çalışmamız incelendiğinde kızlar erkeklerden çok daha fazla intihar girişiminde bulunmakta, girişimin ciddiyeti değerlendirildiğinde erkeklerde bu oran %20 civarında, kızlarda %32 seviyelerinde tespit edildi. Sayısal veri bakımından fazla sayıda erkek olgunun olmaması, anket yapıldığı dönemde çok sayıda erkek hastanın gelmemiş olması bu sonucu elde etmemize neden olmuş olabilir.

Çalışmamız 10-18 yaş ergen grubunu kapsamakta, Çocuk Acilde, Klinikte, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde ve Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğinde izlenen hastalardan oluşmaktadır. Vakaları erken ve orta ergenlik ile geç ergenlik dönemi arasında kıyaslamaya çalıştık. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı oranda fark saptanamadı. Bu sonucun yaş aralığının birbirine yakın olması ve ergenlik dönemi yaş aralığının son zamanlarda değişikliğe uğraması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmada cinsiyetler arasındaki farklılığın tam yansıtılmaması da anketin kısıtlayıcı yönlerinden biri olmaktadır. Erkek olguların sayısal anlamda düşük olması bu karşılaştırmayı yapmamıza engel teşkil etmektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde çocuk ve gençlerin intihar girişimlerinde en sık kullandığı yöntem yüksek doz ilaç kullanımıdır (111). 2016 yılında Zeynep B. Köder'in Düzce'de yapmış olduğu çalışmada çocuk acil servisine başvuran adli olguların geliş nedenlerine göre bakıldığında, 162(%27,4) ile kaza ilaç alımı birinci sırada, 104(%17,7) ile intihar amaçlı ilaç alımı ikinci sırada olduğu saptandı (4). Bizim yaptığımız anket çalışmasında da olguların %94,1'i(n=48) intihar girişim yöntemi olarak ilaç alımını seçmiştir. İlaç kullanımı olan ve hangi ilaçla intihar girişiminde bulunduğunu tespit ettiğimiz olguların %63,1'inde(n=24) çoklu ilaç kullanımı öyküsü mevcuttur. En sık kullanılan ilaçların parasetamol ve non steroid anti enflamatuar ilaçlar olması dikkati çekmektedir. Bu nedenle evde kolay ulaşılabilir durumdaki ilaçların kontrol altında tutulmasının, yüksek dozlarda kullanımında ölüm riski olan ilaçların reçetesiz verilmemesi veya kutu sayısının azaltılmasının, ergenlerin intihar söylemlerinin aileler tarafından dikkate alınmasının ve klinisyenler tarafından ailelerin bu konuda bilgilendirilmesinin girişim riskini

azaltılabileceđi dűşűnűlmektedir. Aynı zamanda bař etme becerileri dűřűk ve dűrtűsel biçimde intihar giriřimi olan ergenlerle çocuk ergen psikiyatri kliniklerinde bař etme becerilerini artırmaya yűnelik çalıřmalar yapılmasının űnemli olduđu dűřűnűlmektedir.

İntihar niyetinde intihar girişiminin amacı incelendiğinde çalışmamızda ankete katılan ergenler arasında geç ergen yař grubunda olanlar, erken ve orta ergen yař grubunda olanlara gűre çevreden tamamen kurtulmak istediğini belirtmişlerdir. Bunu yaşın daha ileri olmasına bağlı olarak kişilerin tek başına karar verebilme, çevreden daha bağımsız olarak hareket edebilme durumu olarak değerlendirilebilir.

Yaptıđımız çalıřmada intihar giriřiminde bulunan ergenlerden 13'nűn(%25) daha űnce de intihar giriřiminde bulunduđu tespit edildi. İntihar giriřiminde bulunan bu bireylerden 8'i(%15,4) 1-2 defa giriřimde bulunduđunu ifade etti. 5'i(%9,6) ise 3'den daha fazla intihar giriřiminde bulunduđunu sűylemiřtir. Literatűrde yayınlanmıř birçok arařtırma incelendiđinde geçmiřte intihar giriřiminde bulunmak űnemli risk etkenleri arasında sayılmaktadır (75). Bizim çalıřmamızda intihar giriřimlerinin sayısına gűre deđerlendirilen olgular, Barratt dűrtűsellik ۆlçeđine gűre toplam dűrtűsellik puanı dıřında plan, motor ve dikkat dűrtűsellik alt boyutları da deđerlendirilmiř, gruplar arasında anlamlı dűzeyde farklılık olduđu tespit edilmiřtir. Barratt dűrtűsellik ۆlçeđi'nde geçmiřte intihar giriřimi ۆykűsű olmayan olguların motor dűrtűsellik alt boyut ortanca deđer, 3'ten fazla intiharı deneyen olgulardan anlamlı dűzeyde dűřűk olduđu tespit edilmiřtir. Bu durum intihar giriřimi yűksek olan olguların daha acelec, daha dűrtűsel hareket ettikleri řeklinde yorumlanabilir.

Çalıřmamızda ۆykűde geçmiřte intihar giriřimi ۆykűsű olmayan olguların plan yapmama dűrtűsellik alt boyut ortanca deđer, intihar giriřimi ۆykűsű olan olgulardan anlamlı dűzeyde daha yűksek olduđu tespit edildi. Bu sonucun çıkmasının nedeni, olguların kesitsel olarak, belli bir zaman diliminde deđerlendirilmesi ve intihar giriřimi ۆykűsű olmayanların ileriki zamanda tekrar giriřimde bulunup bulunmayacađının bilinmemesi nedeniyle saptanmıř olabileceđi dűřűnűlebilir.

Çalıřmamızdaki dikkat dűrtűsellik bűlűműnde; ۆykűde geçmiřte intihar giriřimi ۆykűsű olmayan olguların dikkat dűrtűsellik alt boyut ortanca deđer, intihar

girişimi öyküsü olan olgulara göre anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Bu da intihar girişiminde bulunan olguların, intihar girişimi öyküsü olmayanlara göre dikkatleri daha çabuk dağılan, düşünce karışıklığına daha tahammülsüz olgular olduklarını bize düşündürmektedir.

İntihar davranışı, ruhsal belirtilerin varlığı, sosyal desteğin yetersiz oluşu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Kişilik bozuklukları, dürtüsellik, umutsuzluk, ailede depresyon ve intihar öyküsü, ebeveyn kaybı veya uyuşmazlığı, fiziksel veya cinsel istismar intihar için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (112,3). İsim verilmesini istememimize rağmen anket çalışmalarında olguların bu konularla ilgili gerçek düşüncelerinin sosyal çevreden etkilenerek ankete tam yansıtılmamış olabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır.

WHO intiharı önleme amaçlı dört uygulama öne sürmüştür;

Sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşım,

Medyanın intihar konusundaki sorumlulukları,

Ruhsal bozukluk yaşayan kişilerin tespiti ve tedavisi,

Ateşli silahlara ve toksik maddelere ulaşımın sınırlandırılması,

İntihar davranışını engellemek adına sağlıklı epidemiyolojik bir bilgi gerekmektedir. Risk etkenlerinin belirlenmesi için ergen intiharlarını önlemeye yönelik; çocuk psikiyatrisi, halk sağlığı, birinci basamak sağlık çalışanları, sosyal araştırmacılar, güvenlik güçleri ile beraber iş birliği içinde uygun bir metodla doğru stratejilerin sunulması önemlidir.

Sonuç olarak, ülkemizde ve dünyada sıklığı giderek artan ergen intiharlarına neden olabilecek faktörleri tespit edebilmek için daha fazla sayıda, daha geniş bir grupta çalışma yapılması daha yararlı olacaktır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Çalışmada intihar girişimi olan hastaların okullarına devam ettiği, fakat 33 kişinin (%63,5) okul başarılarında anlamlı oranda düşüklük tespit edilmiştir. Okul derslerinde başarısızlık, ilerleyen zamanlarda okula devam sürecini olumsuz etkilemekte, okul bırakma da intihar girişimini etkileyen faktörlerden biri olarak göze çarpmaktadır.

2. Öyküde psikiyatrik hastalık öyküsünün olmasının (n=15, %28,8), intihar ile ilişkili riski arttırdığı bu nedenle klinik başvurusu olan ergenlerin pasif ya da aktif doğada ölüm düşüncelerinin ayrıntılı sorgulanması ve var olan psikopatolojinin uygun şekilde tedavi edilmesinin intihar girişim riskini azaltabileceği düşünülmektedir.

3. Anne –baba durumu, intihar girişimini etkileyen önemli maddelerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan olguların 14'nde (%26,9) anne-babanın ayrı, çocuğun akraba yanında veya yuvada olduğu saptandı. Özellikle aile birliği bozulmuş olan, yuvada veya anne-baba ayrı olan ailelerin çocukları daha dikkatli izlenmeli, gerektiğinde sağlık kurumlarına başvurularında kolaylık sağlanmalıdır.

4. Çalışmamızda Barratt Dürtüsel Ölçeği'ne göre önceden intihar girişimi olmayanların (n=39, %75), daha öncesinde 3'ten fazla intihar girişimi öyküsü olanlara (n=5, %9,6) göre motor ve dikkat dürtüsellik alt boyut ortanca değerleri daha düşük çıktı. Özellikle intihar girişimi daha fazla olanlarda aceleci, dikkatleri daha çabuk dağılan bireyler olduğu saptanmış, bu dürtüsel durumların düzeylerine göre psikoterapi veya psikofarmakoloji açısından uygun yaklaşımlarla tedavi edilebileceği düşünüldü.

5. Girişimin ciddiyetini incelediğimizde olguların sadece %25'i (n=13) ölmek istemediğini ve pişmanlığını belirtmiş, geri kalan 39 kişi (%75) ölmek istediğini veya bunu önemsemediğini ifade etti. Tedavi sonrası bu %75 lik kesimin tekrar intihar girişiminde bulunabileceği düşünülerek doktor, emniyet, aile, gerektiğinde arkadaşlarıyla iş birliği halinde olunmalı, sonraki süreçte hastayı tekrar kazanma adına uygun psikiyatrik adımlar atılmalıdır.

7.KAYNAKLAR

1. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry 2006;47:372-394.

2. Lut Tamam, Hüseyin Güleç, Gonca Karataş, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması

Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish Adaptation Study

3. Gülşen Ünlü, Zeynep Aksoy, Eşme Ece Ersan

İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi

Evaluation of child and adolescents with attempted suicide

4. Zeynep Bengül Köder, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servis Başvurularının Adli Olgular Yönünden İncelenmesi, Uzmanlık Tezi Düzce 2016

5. Nuray Atasoy, Özge Saraçlı, Hasan Sankır, Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri

Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları No:2 Zonguldak 2014;7-18

6. Ayşegül Durak Batıgün, İntihar İle İlişkili Bazı değişkenler: Öfke/Saldırganlık, Dürtüsel Davranışlar, Problem Çözme Becerileri,Yaşamı Sürdürme Nedenleri. Kriz Dergisi 2004;12 (2): 49-61.

7. Feza Balkaya, Nesrin H. Şahin, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği Multidimensional Anger Scale Türk Psikiyatri Dergisi 2003;14(3):192-202

8. Nesrin Hisli Şahin, Aziz Onur, H.Nejat Basım, İntihar Olasılığının, Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik ile Yordanması

Türk Psikoloji Dergisi Aralık 2008; 23 (62), 79-88

9. Türkiye İstatistik Kurumu, İntihar istatistikleri 2013, 2014; ISSN 1

Available from: www.tuik.gov.tr.

10. Soloff, P.H. Lis, J.A. Kelly, T. Cornelius, J. Ulrich, R. (1994) Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 151: 1316-1323
11. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. 3. Baskı, Bölüm 3: Özkıyım Kuramları, Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri Yayınları, İzmir, 2008; 97-125.
12. Eskin M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1: Tanım ve Anlama, Ankara, 2003;3-28
13. Sadock BJ ve Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara 2007, sayfa: 2442–2453
14. Roy, A. Suicide and Psychiatric Patients. *Psychiatric Clinics of North America* 1985, 8: 227-241
15. Roy, A. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Psychiatric emergencies, Yedinci baskı 2000, sayfa:2031–2040
16. Saddock, B.J. Saddock, V.A. Klinik Psikiyatri El Kitabı, Güneş Kitabevi, Ankara 2005, sayfa: 382-395
17. Demirel Özsoy, S. Eşel, E. İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003, 4: 175-185
18. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH, Slutske WS, Dunne MP, Martin NG Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998, 28(4):839-855
19. Schulsinger F, Kety S, Rosenthal D, Paul H. Wender, Jorgen Ortmann, Inge Lunde A family study of suicide. *Prevention and treatment of affective disorders*. M Schou (Ed), Orlando: Academic press 1979, S:278-287
20. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, Brodsky B, Fıncıoğulları S, Ellis SP, Mann JJ Peripubertal suicide attempts in

offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2003, 160(8):1486-93

21. McGuffin P, Marusic A, Farmer A What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis* 2001, 22: 61–65.

22. de Man, A.F. Leduc, C.P. Labreche-Gauthier, L. (1992) Correlates of Suicide Ideation in French-Canadian Adults and Adolescents: A Comparison. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 811-816

23. Tsuang MT Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives, and controls. *J Clin Psychiatry* 1983, 44(11):396-7.

24. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, et al, Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 32:521-529 (1993),

25. Zill P, Buttner A, Eisenmenger W ve ark. Analysis of tryptophan hydroxylase I and II mRNA expression in the human brain: A post-mortem study. *J Psychiatr Res* 2007, 41(1-2):168-73.

26. De Lucas V, Mueller DJ, Tharmalingam S ve ark. Analysis of the novel TPH2 gene in bipolar disorder and suicidality. *Molecular Psychiatry* 2004, 9:896–897.

27. 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.

28. Träskman-Bendz L, Ekman R, Regnéll G, Ohman R. HPA-related CSF neuropeptides in suicide attempters. *Eur Neuropsychopharmacol* 1992, 2(2):99-106

29. Westrin A, Ekman R, Regnéll G, TräskmanBendz L. A follow up study of suicide attempters: increase of CSF-somatostatin but no change in CSF-CRH. *Eur Neuropsychopharmacol* 2001; 11(2):135-43.

30. Arató M, Bánki CM, Bissette G, Nemeroff CB. Elevated CSF CRF in suicide victims. *Biol Psychiatry* 1989, 25(3):355-9.

31. Pfennig A, Kunzel HE, Kern N, Ising M, Majer M, Fuchs B, et al. Hypothalamus-pituitaryadrenal system regulation and suicidal behavior in depression. *Biol Psychiatry* (2005); 57(4):336-42.
32. Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry* 2001, 158(5):748-53.
33. Jokinen J, Carlborg A, Mårtensson B, Forslund K, Nordström AL, Nordström P. DST non-suppression predicts suicide after attempted suicide. *Psychiatry Res* 2007; 150(3): 297-303.
34. Duval F, Mokrani MC, Lopera FG, Diep T, Rabia H, Fattah S. Thyroid axis activity and suicidal behavior in depressed patients. *Psychoneuroendocrinology* 2010, 35(7):1045-54
35. Holsen LM, Lee JH, Spaeth SB, Ogden LA, Klibanski A, Whitfield-Gabrieli S, et al. Brain hypoactivation, autonomic nervous system dysregulation, and gonadal hormones in depression: a preliminary study. *Neurosci Lett* 2012; 514(1):57-61.
36. Sherwin BB. Estrogen and cognitive functioning in women. *Endocr Rev* 2003; 24(2):133-51
37. Kim B, Kang ES, Fava M, Mischoulon D, Soskin D, Yu BH, et al. Follicle-stimulating hormone (FSH), current suicidal ideation and attempt in female patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res* 2013; 210(3):951-6.
38. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Perez-Rodriguez MM, Navarro-Jimenez R, Lopez-Castroman J, et al. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. *J Psychiatr Res* 2010, 44(4): 209-14.
39. Westrin A, Ekman R, Träskman-Bendz L. Alterations of corticotropin releasing hormone (CRH) and neuropeptide Y (NPY) plasma levels in mood disorder patients with a recent suicide attempt. *Eur Neuropsychopharmacol* 1999; 9(3):205-11
40. İbrahim Eren, Süleyman Özbek İntihar Patofizyolojisinde Hormonların Rolü , The Role of Hormones in the Pathophysiology of Suicide, *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2014;7(3):79-85

41. Dr Elvan Özalp İntihar Davranışının Genetiği Türk Psikiyatri Dergisi 20(1):85-93, 2009
42. Beautrais, A.L. Women and Suicidal Behavior. Crisis, 27: 153-156, 2006
43. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi 1993;1:56-61
44. Sayar, M.K Öztürk, M. Acar, B. Aşırı Dozda İlaç Alımıyla Girişimde Bulunan Ergenlerde Psikolojik Etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 3: 133-138, 2000
45. Beautrais, A.L. Joyce, P.R. Mulder, R.T. Psychiatric Illness in a New Zealand Sample of Young People Making Serious Suicide Attempts, N Z Med J 1998, 111: 44-48.
46. Kutcher S, Chehil S. İntihar Riskinin Ele Alınması, Sağlık Alanında Çalışanlar İçin El Kitabı. Semerci B (Çeviri Ed.) İstanbul, Sigma Publishing Danışmanlık ve Organizasyon Dış Tic. Ltd. Şti. 2009.
47. O'Donnell, I. Farmer, R. Catalán, J. Explaining Suicide: The Views of Survivors of Serious Suicide Attempts. Br J Psychiatry 1996, 168: 780-786.
48. Fawcett, J. Treating Impulsivity and Anxiety in the Suicidal Patient, Ann N Y Acad Sci. 2001; 932: 94-105.
49. Dilbaz, N. AYTEKİN, Y. Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyeti, Bağımlılık Dergisi 2003; 4: 1-9
50. Kaplan, H.I. Sadock, B.J. Sadock, V.A. Comprehensive Textbook of Psychiatry 2005; sayfa: 2442-2453.
51. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders a meta-Analyses. Br J Psychiatry 1997; 170:205-228.
52. Fenton, W.S. McGlashan, T.H. Victor, B.J. Blyler, C.R. Symptoms, Subtype and Suicidality in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. Am J Psychiatry 1997, 154: 199-204.

53. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(4):204-212
54. Koreen, A.R. Siris, S.G. Chakos, M. Alvir, J. Mayerhoff, D. Lieberman, J. (1993) Depression in First Episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 150: 1643-1648
55. Güleç C, Köroğlu E, *Psikiyatri Temel Kitabı-Cilt 2, Bölüm 50: Kişilik bozuklukları*, s:723-757, 1998.
56. Köroğlu E., *Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Bölüm 1: Temel Psikodinamik Kavramlar*, s:11-27, 2004.
57. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
58. Brodsky, B.S. Malone, K.M. Ellis, S.P. Dulit, R.A. Mann, J.J. Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 1997, 154:1715–1719,
59. Köroğlu, E. *Psikiyatrik Acil Durumlar*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, sayfa: 425-443, 1999
60. Beck, A.T. Steer, R.A. Beck, J.S. Newman, C.F. Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. *Suicide Life Threat Behav.* 1993, 23:139-145,
61. Kazdin, A.E. French, N.H. Unis, A.S. Esveldt-Dawson, K. Sherick, R.B. Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. *J Consult Clin Psychol* 1983, 94: 298-307,
62. Beck, A.T. Kovacs, M. Weissman, A. Hopelessness and Suicidal Behavior: An overview *JAMA*, 1975, 234:1146-1149.

63. Beck, A.T. Brown, G. Berchick, R.J. Stewart B.L. Steer R.A. Relationship between Hopelessness and Ultimate Suicide: a Replication with Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990, 147: 190-195
64. Debra LF, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 2006, 26,769-778.
65. Rutter PA, Soucar E. Youth suicide risk and sexual orientation adolescence 2002; 37(146):289-299.
66. Yüksel, N. İntiharın Nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2001, ek 2: 5-15.
67. Berber MS. Özkıyım. Öztürk O. Uluşahin A. (editörler) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Yenilenmiş 11. Baskı Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. Ankara, 2008; 428-447.*
68. Sadock BJ ve Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8.Baskı Güneş Kitabevi, Ankara 2007, 2442–2453.
69. Shaffer D. Çocuk ve ergende depresif bozukluk ve özkıyım Sadock BJ, Sadock VA (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 2007, 3262-3274
70. Pfeffer, C.R. Klerman, G.L. Hurt, S.W. Lesser, M. Peskin, J.R. Siefker, C.A. Suicidal Children Grow up: Demographic and Clinical Risk Factors for Adolescent Suicide Attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, 30: 609-616.
71. Pfeffer, C.R. Hurt, S.W. Kakuma, T. Peskin, J.R. Siefker, C.A. Nagabhairava, S. Suicidal Children Grow up: Suicidal Episodes and Effects of Treatment during Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33: 225-230.
72. Arensman, E., Kerkhof, J.F. Classification of Attempted Suicide: a Review of Empirical Studies,1963-1993, *Suicide Life Threat Behav.* 1996, 26: 46-67.

73. Gould, M.S. Fisher, P. Parides, M. Flory, M. Shaffer, D. Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. Arch Gen Psychiatry 1996, 53: 1155-1162.
74. Sayıl, I. İntihar Davranışı: Kriz ve Krize Müdahale. Sayıl, I. Berksun, O. Palabıyıkoglu, R. Özgüven, H.D. Soykan, Ç. Haran, S. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara 2000, 165-178.
75. Beautrais, A.L. Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide Among Young People, Aust N Z J Psychiatry 2000, 34: 420-436
76. Litman RE. Suicides: what do they have in mind? Jacobs D, Brown HN. (Editors) Suicide: Understanding and Responding. Madison, CT: International Universities Press 1989; 143-154.
77. WHO. Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. WHO, Geneva 1993,
78. Doruk, A. Özşahin A. İntihar. Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2007, 556-561.
79. Ateşçi, F.C. Kuloğlu, M. Tezcan, E. Yıldız, M. (2002) İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları, Klinik Psikiyatri, 5: 22-27.
80. Hedin LW. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obstet Gynecol 2000; 12:349-55.
81. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, et al. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33:305-12.
82. Livingston R. Sexually and physically abused children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987, 26: 413-5.
83. Alptekin, K. Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin İncelemesi: Bir Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Doktora Tezi 2008.

84. Boyd, J.H. The Increasing Rate of Suicide by Firearms. The New England Journal of Medicine 1983, 308: 872-874
85. Brent, D.A. Perper, J.A. Allman, C.J. Alcohol, Firearms, and Suicide among Youth. Temporal Trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983, JAMA 1987, 257: 3369-3372.
86. Türkiye İstatistik Kurumu, İntihar istatistikleri 2012,
Available from: www.tuik.gov.tr.
87. WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Promoting the health of young people in Custody, 2003;
88. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. JPSP, 1990 Jan; 58(1):95-102.
89. Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents 1988;15:227-233
90. Gidiş D, Kaya N, Çilli AS, Özkan İ, Şahinoğlu U.: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. 1997; 5:37-42.
91. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Petretto D, Masala C, Preti A. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. Psychiatry Res 2003; 120(3):247-55.
92. Türkçapar H. Güriz O. Özel A. Işık B. Dönbak Örsel I. Asosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda öfke ve depresyonun ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg 2004; 15(2): 119-124
93. Tschannen TA, Duckrao PN, Margolis RB, Tomazic TJ. The relationship of anger, depression, and perceived disability among headache patients. Headache 1992; 32:501-503.

94. Spinella M. Normative data and a short form of the Barratt impulsiveness scale. *Int J Neurosci* 2007; 117(3):359-68
95. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6):768-74
96. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt impulsiveness scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008; 18:251-258.
97. Dr. Şermin Gözden Ergenlerdeki İntihar Davranışının Dürtüsellik, Öfke İfadesi ve Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği 2013;
98. Dr. H. Dilek Yalvaç İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi, Uzmanlık Tezi İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi 2006;
99. Dr. İsmail Özver Genç Erişkinlerde İntihar Davranışı ile Problem Çözme, Dürtüsellik ve Atılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği 2010;
100. İntiharın Psikolojik Nedenleri, www.intihar.de/psikolojik
101. Evrim Karatepe, Sema Kandil, Zeynep Göker, Kadir Sarp, Murat Topbaş, Evrim Özkorumak, İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. K.T.Ü. Tıp Fakültesi, Trabzon 2006; 5(6):444-454
102. Göç L. Çocuk suçluluğu ve polisin yaklaşımı. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Projesi, Mayıs 2006,s:15-16.
103. WHO. The Health of young people: a challenge and a promise, Geneva, 1993: 1-5.

104. Zahide YALAKİ Fatma ÇETİN Yıldız DALLAR BİLGE Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye, Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adolesanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi, Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 2015;54(3):127-133
105. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. New Symposium Journal 2006;44(3):141-150.
106. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. Fırat Tıp dergisi ; 17(4):228-232. 2012,
107. Ramirez JM, Andreu JM. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity); some comments from a research project. Neurosci Biobehav Rev ;30:276-291. 2006,
108. Durkheim E: Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1986.
109. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescent and young adults with suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand; 104: 332-339, 2001
110. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Baldwin CL Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. J Am Acad Child Adoles Psychiatry, 40: 427-434, 2001
111. Yalaki Z, Taşar MA, Yalçın N, Dallar Y. Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. Ege Tıp Derg ;50:125-128, 2011
112. Dodig-Curković K, Curković M, Radić J, Degmečić D, Fileković P. Suicidal behavior and suicide among children and adolescents-risk factors and epidemiological characteristics. Coll Antropol; 34:771-777, 2010

113. Devrimci-Ozguven H, Sayıl I. (2003) Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*, 48: 324-329
114. Köroğlu E (Çeviri Ed.) Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
115. Arkun N. İntiharın Psikodinamikleri, 2. Baskı, İ.Ü.Edebiyat Fak. Yayınları, İstanbul 1978; 28-178
116. Kaplan H.I., Sadock B.J., Klinik psikiyatri- Kaplan & Sadock, Çeviri Editörü : Prof. Dr. Ercan Abay, Bölüm 25: Psikiyatrik Aciller: 25.1: İntihar, s:361-366, 2004.
117. Roy A, Segal NL, Sarchiapone M ve ark. (1995) Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, 152: 1075–1076.
118. Roy A, Segal NL, Centerwall BS ve ark. (1991) Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry*, 48(1):29-32.
119. Payne S, Swami V, Stanistreet DL. The social construction of gender and its influence on suicide. *JMH* 2008;5:23-35.
120. Stack S. Suicide: A 15-Year Review of the Sociological Literature. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2000; 30(2):145-176
121. Apaydın H. (2010) Ruh sağlığı-din ilişkisi araştırmalarına bir bakış. *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 2: 59-77.
122. Simpson, M. E., & Conklin, G. H. (1989). Socioeconomic development, suicide and religion: A test of Durkheim's theory of religion and suicide. *Social Forces* 64 , pp. 945-964
123. Devrimci Özgüven, H. (2008) İntihar Davranışının Epidemiyolojisi, *Türkiye Klinikleri*, 1:1-7.

124. Ferrada-Noli M, Asberg M. 1997. Psychiatric health, ethnicity and socioeconomic factors among suicides in Stockholm. *Psychological Reports*, 113-129

125. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C ve ark. (1995) Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Dilek Matbaası, Sivas

