

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**İNTİHAR VE İNTİHARA TEŞEBBÜS YÖNTEMLERİ,
NEDENLERİ ve ÇÖZÜM YOLLARI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Erhan KOZATEPE**

İSTANBUL, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**İNTİHAR VE İNTİHARA TEŞEBBÜS YÖNTEMLERİ,
NEDENLERİ ve ÇÖZÜM YOLLARI**
(Yüksek Lisans Tezi)

Hazırlayan;
Erhan KOZATEPE

Öğrenci No;
1107461040

Danışman:
Prof.Dr.Mehmet Fikret GEZGİN

İSTANBUL, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “İntihar ve İntihara Teşebbüs Yöntemleri, Nedenleri ve Çözüm Yolları” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Erhan KOZATEPE

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

Enstitümüz İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Programı yüksek lisans öğrencilerinden 1107461040 numaralı Erhan KOZATEPE “Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği, “İntihar ve İntihara Teşebbüs Yöntemleri, Nedenleri ve Çözüm Yolları” konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun tarih ve sayılı toplantısında seçilen ve Fakülte binasında toplanan biz jüri/ izleme komitesi üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (.....) dakika süre ile aday tarafından takdim edilmiş ve sonuçta adayın tez hakkında **oy birliği/çokluğu** ile **kabul/ret** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü’ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir. / /

Danışman

Üye

Prof. Dr. MEHMET FİKRET GEZGİN

Yrd. Doç. Dr. Şefika DEMİRKAN

Üye

Yrd. Doç. Dr. Gönül İpek ALKAN

Adı ve Soyadı : Erhan KOZATEPE
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : İşletme Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Özkıym, İntihar, Psikolojik Travma, Kişilik Bozukluğu, Ruhsal Bozukluk, Kaygı, Stres, Depresyon

ÖZ

İNTİHAR VE İNTİHARA TEŞEBBÜS YÖNTEMLERİ, NEDENLERİ VE ÇÖZÜM YOLLARI

Bir insanın nasıl olup da canına kıydığı ya da kıymaya yeltendiği merak ve hayret konusu olmuştur. Tarih boyunca intihar edenlere " akıl hastası " gözüyle bakılmıştır. Bütün dini inanışlar intiharı kabul etmemiş, büyük günahlardan biri olarak görmüşlerdir. Psikologlar, psikiyatrlar ve sosyal bilimciler intiharla ilgili sayısız teoriler üretmişlerdir. Birçok ülkede intihar önleme ve psikolojik krizlere müdahale merkezleri kurulmuştur. İntihar kavramını farklı açıklayanlar olmuştur. İntihar; bir insanın tercihi olarak ani bir kriz, travma sonucu ya da psikolojik bir hastalığın etkisiyle canına kıyma eylemidir. Bireyler toplumsal yaşam içerisinde veya psikiyatrik hastalıklarda yoğun kaygı ve stres yaşarlar.

Çalışmada intihar nedenleri ve yöntemleri incelenmiş, farklılıklar değerlendirilmiş ve çözüm yolları ortaya konmuştur. İntihar eyleminin öncesinde önlenmesi için yapılması gerekenler tespit edilmiştir. İntihar fikrini eyleme dönüştüren etkenler değerlendirilmiş, etkenlere yönelik yapılması gerekenler ortaya konmuştur. İntihar teşebbüsünde bulunan bireylerin toplum içerisindeki rolleri değerlendirilmiştir.

Name and Surname : Erhan KOZATEPE

Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

Degree and Date : Master,2015

Major : Business Administration

Key Words : Suicide, Psychological Trauma, Personality Disorders, Mental Disorders, Anxiety, Stress, Depression

ABSTRACT

SUICIDE AND ATTEMPTED SUICIDE CAUSES, METHODS AND SOLUTIONS

A person wonders how he would have committed suicide or the attempt and making astonishing. Throughout history, those who commit suicide "mentally ill" was regarded as. All religious beliefs did not accept suicide, it has been mentioned as one of the greatest sins. Psychologists, psychiatrists and social scientists have produced numerous theories of suicide. Many countries have established suicide prevention and crisis intervention centers for psychological. Suicide has been describe in different ways. Suicide; as a result of trauma or a sudden crisis of the person, the psychological effect of a disease is to end his life. Individuals within a social life or psychiatric illness in intensive care and stress.

In the study, suicide causes, methods have been examined, evaluated and remedy differences. It has been determined what needs to be done for the prevention of suicide. The idea of suicide into action that converts the factors evaluated, and what needs to be done for factors, it has been revealed. The roles of individuals in society in a suicide attempt were evaluated.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	v
GRAFİKLER LİSTESİ.....	vi
RESİMLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

İNTİHAR VE İNTİHAR TEŞEBBÜS NEDENLERİ

1. İNTİHAR TANIMLARI	4
2. ÜLKEMİZDE İNTİHARIN TARİHSEL GELİŞİMİ	8
2.1. Türkiye’deki İntiharların İlk İstatistiki Kayıtları	10
2.2. Türkiye’deki Kayıtlara Geçen İlk İntihar Araştırmaları	11
2.3. Türkiye’deki İntiharların Değişkenlere Göre İlk İncelemeleri	12
3. ÜLKEMİZDE İNTİHARLAR.....	17
3.1. Türkiye’deki İntihar Sayılarının Yıllara Göre Grafiksel Gösterimleri	18
3.1.1. 2008 Yılı İntihar Sayıları	18
3.1.2. 2009 Yılı İntihar Sayıları	19
3.1.3. 2010 Yılı İntihar Sayıları	20
3.1.4. 2011 Yılı İntihar Sayıları	21
3.1.5. 2012 Yılı İntihar Sayıları	22
3.2. 2008 – 2012 Yılları Arası İntihar Sayılarının Genel Değerlendirmesi	23
3.3. Türkiye ‘de 2008 – 2012 Yılları Arası Yaş Gruplarına Göre İntiharların Değerlendirmesi	24
3.4. Türkiye ‘de 2008-2012 Yılları Arasındaki İntiharların Bölgesel Değerlendirmesi	26
4.İNTİHARA TEŞEBBÜS YÖNTEMLERİ.....	35
4.1. İntihara Teşebbüs Yöntemleri.....	35
4.2. Türkiye’de 2008-2012 Yılları Arasında İntihar Şekilleri	37
4.3. Dünyada 2012 Yılında İntihar ve İntihar Teşebbüsleri.....	40

İKİNCİ BÖLÜM

İNTİHAR TEŞEBBÜSÜNÜN NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. İNTİHAR TEŞEBBÜSÜNÜN NEDENLERİ	42
1.1. Biyolojik ve Genetik Nedenler	45
1.1.1. Biyolojik Nedenler	45
1.1.2. Genetik Nedenler	46
1.2. Psikolojik ve Sosyal Nedenler	47
1.2.1. Psikolojik Teoriler ve Nedenler	47
1.2.2. Sosyal Nedenler	51
1.3. Sosyo-Demografik Nedenler.....	52
1.3.1. Yaş	54
1.3.2. Cinsiyet	60
1.3.3. Irk	61
1.3.4. Evlilik.....	63
1.3.5. Din.....	66
1.3.6. Meslek	71
1.3.7. Ekonomi	74
1.4. Fiziksel Hastalıklar	77
1.5. Psikiyatrik Bozukluklar.....	78
1.5.1. Depresif Bozukluklar	82
1.5.2. Alkol Kullanım Bozuklukları.....	84
1.5.3. Diğer Madde Kullanım Bozuklukları	86
1.5.4. Şizofreni	89
1.5.5. Kişilik Bozuklukları	92
1.5.6. Anksiyete Bozuklukları.....	97
2. İNTİHAR OLGUSUNA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	100
2.1. Ortak Veri Tabanı Oluşturulması	100
2.2. İhbar Hattı Oluşturulması	101
2.3. Takip ve Rehabilitasyon Üniteleri Kurulması	101
2.4. Sosyal Yaşam ve Üretim Tesislerinin Oluşturulması	103
2.5. Kurumlar Arası İletişimin Sağlanması	103
SONUÇ	104
KAYNAKÇA	107
ÖZGEÇMİŞ	115

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 1. Daimi İkametgaha Göre İntihar Yöntemleri (%).....	13
Tablo 2. 2008-2012 Yılları Arası Yaş Grubuna Göre İntiharlar.....	25
Tablo 3. Batı Marmara Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	26
Tablo 4. Doğu Marmara Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	27
Tablo 5. Ege Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	28
Tablo 6. Batı Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	28
Tablo 7. Orta Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	29
Tablo 8. Akdeniz Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	30
Tablo 9. Batı Karadeniz Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	31
Tablo 10. Doğu Karadeniz Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	32
Tablo 11. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	33
Tablo 12. Ortadoğu Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	34
Tablo 13. Güneydoğu Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012.....	35
Tablo 14. 2008-2012 Yılları Arasında İntihar Eylemlerinde Kullanılan Yöntemler.....	38
Tablo 15. Dünyada Yaşlılarda İntihar Hızı (Yüzbinde, 1990).....	59

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik No.	Sayfa No.
Grafik 1. 2008 Yılı Bölgelere Göre Grafikselsel Gösterimi	19
Grafik 2 2009 Yılı Bölgelere Göre Grafikselsel Gösterimi	20
Grafik 3. 2010 Yılı Bölgelere Göre Grafikselsel Gösterimi	21
Grafik 4. 2011 Yılı Bölgelere Göre Grafikselsel Gösterimi	22
Grafik 5. 2012 Yılı Bölgelere Göre Grafikselsel Gösterimi	23
Grafik 6. TÜİK 2008-2012 Yılları Arası Toplanan 5 Yıllık Veriler Işığında Genel Değerlendirmeyi Gösteren Grafik	24
Grafik 7. 2008-2012 Yılları Arasında İntihar Eylemlerinde Kullanılan Yöntemleri Gösteren Grafik	39

RESİMLER LİSTESİ

Resim No.	Sayfa No.
Resim 1. Dünyada İntihar Oranları Haritası (Her 100.000 Kişide)	41
Resim 2. Psikiyatri Hastalarını İntihara Yönelten Resim.....	80

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
APD	:	Anadolu Psikiyatri Dergisi
Ark	:	Arkadaşları
BRSHH	:	Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
C.	:	Cilt
Çev.	:	Çeviren
ÇÜ	:	Çukurova Üniversitesi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
DİE	:	Devlet İstatistik Enstitüsü
Ed.	:	Editör/Editörler
EGM	:	Emniyet Genel Müdürlüğü
İÜ	:	İstanbul Üniversitesi
JNGK	:	Jandarma Genel Komutanlığı
İİBF	:	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
KD	:	Kriz Dergisi
KPD	:	Klinik Psikiyatri Dergisi
MÜ	:	Marmara Üniversitesi
s.	:	Sayfa
S.	:	Sayı
SBE	:	Sosyal Bilimler Enstitüsü
TC	:	Türkiye Cumhuriyeti
TDK	:	Türk Dil Kurumu
TPD	:	Türk Psikiyatri Dergisi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
USA	:	Amerika Birleşik Devletleri
vb.	:	Ve Benzeri
YUT	:	Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
YYLT	:	Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

-Çalışma Konusunun Seçimi: İntihar gibi zor, acı ve karamsar bir konu üzerinde çalışmak ya da tez yazmak oldukça güç bir iş. Telaffuzunun bile çok zor olduğu intihar olayı, kişinin kendi kendini kasıtlı olarak öldürme eylemi olarak açıklanmaktadır. İntihar ya da özkıyım olarak literatüre geçmiş olan bu kelime aslında bir protesto veya bireyleri ya da toplumu cezalandırma eylemidir. Devlete, topluma, dine, yerleşik kültüre, sisteme, aileye karşı bir protestodur. Toplumsal sorunları benliğinde duyan insanların bireysel çıkış noktası olarak gördüğü bir eylemdir. Kendisini toplumun bir parçası göremeyen bireylerin kendilerini toplumun dışına atma veya toplumu kendisinden mahrum bırakarak cezalandırma yöntemidir. Hangi sebeple ya da gerekçe ile olursa olsun hedefine ulaşmış bir intihar teşebbüsü gerek bireysel anlamda gerekse toplumsal anlamda bir kayıp demektir.

Her gün yazılı veya görsel medyadaki haberler ya da 112 Çağrı Merkezine gelen telefonlarla, intihar eden veya intihar teşebbüsünde bulunan kişiler için istenilen ambulanslara sık sık tanık olmak, konunun seçiminde etkin olmuştur. Toplumsal yaşam içerisinde de karşılaşılan, birebir şahit olunan intiharın bıraktığı izler ve intihar karşısındaki çaresizlik, konu seçimindeki asıl etkindir.

İntihar önemli bir halk sağlığı sorunudur. İnsanın var oluşundan bu yana bütün toplumlarda ölümlerin nedenleri arasında kendine yer bulmuştur. Toplumsal değer sisteminde farklı algılanan ve insanlık tarihi kadar eski olan intihar olgusu genel olarak kabul görmeyen ve negatif etki yüklü bir olgudur. Sebepleri bakımından farklılıklar gösteren intihar eylemi tarihin ilk çağlarına kadar uzanmaktadır. İntihar olaylarının biyolojik, dinsel, töresel, toplumsal, ekonomik ve siyasal kökenleri vardır. Tüm dünyada ölümlerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Dünyada ortalama olarak her üç saniyede bir kişi intihar girişiminde bulunmaktadır, her kırk saniyede ise bir kişi intihar sonucu yaşamını yitirmektedir.

İntihar, toplumsal nedenleri ve sonuçları olan kişisel bir eylemdir. Tüm dünyada intihar hakkında kamusal hizmet veren gerek resmi gerekse özel kuruluşlar

istatistiksel kayıtlar hazırlamış, intihara giden yollar değerlendirilmiş ve intiharı önlemeye yönelik tedbirler alınmaya çalışılmıştır.

-Çalışmanın Amacı: İntihara teşebbüs aşamasına gelmiş bireylerin hedefi aslında özkıyım değildir. Temelde yatan amaç bireyin içinde bulunduğu durumdan kaçmak istemesi, o duruma kitlelerin dikkatini çekmek istemesi ya da cezalandırmak istemesidir. Bireyin içinde bulunduğu durumdan başka, etkin bir yöntemle kaçışı, bireyi intihara sürükleyen nedeni ya da nedenleri geniş kitlelere ulaştırıp dikkatleri konu üzerine çekebilmenin yollarının gösterilmesi veya kişisel ilişkilerin güçlendirilmesi, kendini ifade edebilme yeteneğinin geliştirilmesi ve bu hizmetleri sağlayacak temel sağlık ve danışmanlık birimlerine ulaşımının sağlanması intiharı engelleyebilecektir. İntihar olgusunu tüm detayları ile açıklamak, intihar teşebbüsünden önceki aşamaların tespiti, intihara sürükleyen nedenlerin incelenmesi ve bu nedenlere göre tedbirler alınması amaçlanmalıdır. Türkiye’deki intihar ve intihar girişimlerini vaka incelemeleri ışığında irdeleyerek nedenleri konusunda genellemeler yapmaktır.

-Çalışmanın Önemi: Bu çalışmada intihar; tanımları,nedenleri ve yöntemleri ile birlikte araştırılmıştır. İnsanlık tarihi kadar eski olan bir eylemin bu kadar ihmal edilip, önemsiz gibi değerlendirilmesi, yakın zamana kadar kayıtlarının tutulmamış olması, hedefine ulaşmış ya da sadece teşebbüs aşamasında sonlanmış bu girişimleri bireysel eylemler olarak algılanması intiharı küçümsemektir. İntihar eylemini gerçekleştiren bir kişinin aslında sağlıklı bir birey olmadığının, tedbir alınırsa intiharın engellenebileceğinin fark edilmesi ancak yapılan istatistiksel çalışmalar sonrasında intihar sonucunda ölen kişilerin sayıları ile fark edilmiştir.Bu kadar fazla sayıda intihar girişiminin olduğu tutulmaya başlanılan kayıtlar sayesinde tespit edilebilmiştir. Ölüm nedenleri içerisindeki yeri, çeşitli tedbirlerle önlenabilir olması ve intihara teşebbüs edenlerin ve bu teşebbüsleri sonrasında ölenlerin sayısının hızlı artışı bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

-Çalışmanın Planı: Bu çalışmanın birinci bölümünde, intihar tanımlarına yer verilmiş, insanlık kadar eski olan intiharın tarihsel süreci ele alınmış ve intihar yöntemleri değişkenlerle birlikte incelenmiştir. Türkiye’deki intihar nedenleri ve sayıları grafiksel verilerle değerlendirilip ifade edilmiştir. Bu bölümde istatistiksel

veriler kullanılarak tarihsel süreçteki artışı ve seçilen yöntemlerin göstermiş olduğu değişiklikler tespit edilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ise intihar teşebbüsünün nedenleri incelenmiş, bireylerin yaşam şekillerinin bu nedenlerle ilişkileri değerlendirilmiştir.

-Kullanılan Yöntem ve Teknikler: Bu çalışmada, intihar kapsamında ilgili yayınlar ve istatistiksel veriler incelenmiş ve değerlendirilmiştir. İntihar sürecinin incelenmesinde tarihsel metot kullanılmıştır.

-Karşılaşılan Güçlükler: Bu çalışmanın hazırlanması aşamasında insani açıdan kişiyi yaralayan olaylarla karşılaşmak, kişilerin mahremiyet sınırlarının zorlanması nedeniyle kaynaklara ulaşılamaması gibi güçlüklerle karşılaşmıştır. Başvuru yapılan kurumların yasaları gerekçe göstererek veri paylaşımında bulunmaması, sayısal verilere ulaşmaktaki güçlüklerdir.

-Sınırlamalar: Literatürde yer alan kaynakların yeterli olmaması, konu hakkında saha çalışması imkanının olmaması ve kurumların veri paylaşımlarındaki katı tutumları çalışmanın sınırlarını belirleyen faktörlerdir. Yasal sınırlamalar, bireylerin utangaç, çekingen, mahremiyetini koruyucu tutumları ve toplumda afişe olma korkuları saha çalışmalarını sınırlamıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

İNTİHAR VE İNTİHAR TEŞEBBÜS NEDENLERİ

1. İNTİHAR TANIMLARI

İntihar, tarihsel süreç içerisinde bir çok şekilde tanımlanmış, temelini Latince'den alarak tüm dünyada tanınan *suicide* ismiyle İngilizce'ye yerleşmiştir. “Ortaçağda Latince’de *sui homicido* (cinayet) ya da *sui ipisus homicidum* (kişinin kendini öldürmesi) deyimleri kullanılırdı. Latin kökenli kelimelerden oluşmasına rağmen *suicide* (kendini öldürme) olarak İngilizceye geçen kelime ilk olarak 1662 yılında kullanılmıştır.”¹ İntiharın Türkçedeki asıl karşılığı ‘kendini katletme’ olarak tabir edilir. İntihar, kelime olarak doğu kökenli edebi akımlar sonucunda Türkçeye girmiştir. Özkıyım ise daha çok tıbbi kaynaklarda görülse de Türk Dil Kurumu tarafından sözlük dışında bırakılan bir kelime olarak intiharı tanımlamaktadır.

İntiharın tarihçesine bakıldığında oldukça eski bir olgu olduğu görülmektedir. Bilimsel olarak ele alınıp inceleyen Emile Durkheim'in intihar konusunda yaptığı araştırmanın üzerinden yüz yıldan fazla zaman geçmiştir. Günümüze değin çeşitli branşlarda intihar olayı ele alınmış, sebepleri sonuçları, önleme veya azaltma tedbirleri üzerinde durulmuştur. “İntihar ile ilgili elimizde bulunan en eski yazılı kaynak Mısırlılar döneminden kalma bir yapıttır. Mısırlılara ait olduğu bilinen bu yapıtta hayatın farklı sorunlarından dolayı bıkmış bir kimsenin intihar düşünceleri yer almaktadır.”² Tarihte ölüm kalitesini amaçlayan, başvuru yapan herkese huzurlu ve rahat bir ölümü sunduğunu vaad eden kuruluşların varlığı bilinse de halen dünyada ötenazi uygulayan ülkeler vardır. Ötenazi ümitsiz hastaların ilaçla yaşamlarına son verme durumudur. Yaşama şansı olmayan bireylerin istekleri doğrultusunda ilaçla yaşamına son verilmesini istemesi bir çeşit intihardır. İntihar eden bireylere bakıldığında temelde yatan etkenler inanç eksikliği, sapık inançların ve düşüncenin intiharı teşvik etmesi, psikolojik etkenler, psikiyatrik bozukluklar, ekonomik krizler, toplumun baskısı ve bireyin yalnızlaşması vardır.

¹;http://tr.wikibooks.org/wiki/Psikolojiye_Giriş/İntihar (10.04.2014)

² B.K.Vardar, “İlaç Alarak İntihar Teşebbüsleri”, Vakıf Gureba Hastanesi Yıllık Bülteni, İstanbul, 1971, s.43

Ülkemizde ve dünyada intihar tanımları yaklaşım ve bakış açılarının farklılıkları nedeniyle çeşitlilikler göstermektedir. “Ziyalar'a göre; intihar kişinin kendine yönelttiği şiddetli bir saldırganlık halidir. Herpert'e göre; intihar davranışına yol açan en önemli faktör, tolere edilemeyen gerilimden kurtulma isteğidir. Arkun'a göre, intihar düşüncesi, girişimi ve eylemi bütün canlılarda var olan yaşam içgüdüsüne karşıt bir durum olarak görülmektedir ve intihar, hayatına son vermeye karar veren kişinin en etkili yöntemi seçip, kimsenin müdahalesine izin vermeyecek şekilde kendini öldürmesidir. Hala yaşıyor ise, bu bir intihar girişimidir. Freud'da intiharı, kişinin kendi kendine yönelttiği saldırganlık olarak ifade etmektedir. Freud bu tanımı ölüm içgüdüğü ile açıklamaktadır. Yörükoğlu, intiharı; ‘Çaresiz kalan kişinin sorunlarından ümitsiz bir kaçıışı’ olarak tanımlamaktadır.”¹ İntihar temel anlamda kişinin kendisini intihara götüren gerilimlerle baş edememesi durumuna karşı gösterdiği bir tepkidir. Gerilim nedenleri ile mücadele etme gücünü kendisinde bulamaması sonucunda ortaya çıkan öfkesini kendine yönlendirmesidir. Yaşayan her bireyde ölüm duygusu yer alır ve bu duygu ölüm sonrasındaki belirsizlik nedeniyle korku halini alır. Ölüm korkusu bireyde gerginlik oluşturan bir faktördür ve bu korkunun derinleşmesi bir an önce sonuca ulaşma fikrini doğurmaktadır. İntiharın ne kadar kapsamlı bir olgu ve davranış olduğunu anlayabilmek için tanım farklılıklarına bakmak bile yeterli olacaktır. Bu karmaşık yapının tanımlanması veya bir kalıp içerisine alınması oldukça güç bir durumdur.

Schilder farklı yaklaşımlar içerisinde intiharı tanımlarken ana çıkış noktası olarak intiharın nedenlerinden öfke ve çaresizliği temel alıp tanımlamayı şu şekilde yapmıştır: “İntihar, bir diğer insana yöneltmek istenen kızgınlığın kişinin kendi üzerine çevrilmesinin yanı sıra, sevgisini esirgeyen bir insanı cezalandırma veya onunla bir tür barış yapma isteğinin ve aynı zamanda, baş edilemeyen güçlüklerden kaçışın anlatımıdır.”² Toplumsal açıdan bir değerlendirme yapıldığında esas olarak bir intiharın nedenlerini de kapsayan bu tanımlama geniş bir bütünleyici özelliktedir. Kişinin yaşamı boyunca karşısına çıkan problemler bireyin kendisinden ya da çevresinden kaynaklanabilmektedir. Sorunlar karşısında çaresiz kalan, baş etme

¹ E.R. Bulut - H. Küçük - N.S. Bulut, “İntiharın Kısa Tarihçesinden Sebep ve Yöntemlerine Genel Bakış”, Cumhuriyet Tıp Dergisi, S.34, 2012, s:129

² K. Taşçı - M.E. Özsan, “Bölgesel Hoşnutsuzluk Endeksi”, 12. Uluslararası Ekonometri, Yöneylem Araştırması ve İstatistik Sempozyumu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2011, s.5

yeteneğini kaybetmiş, içe dönmüş, özgüveninden uzaklaşmış, çekingen ve umutsuzluk içine düşen bireyin içinde bulunduğu durumu değerlendirecek gücünü kaybettiği görülmektedir. Kendisini çaresizlik içinde hissetmekte ve öfkesini dışa vuramadığı için kendine yöneltmektedir. “Bireyin intihara kalkışması, hem kendini cezalandırma, hem de bu duruma düşmesine neden olanlardan bir öç alma davranışdır.”¹ Nitekim bir çok tanımlama Schilder’in tanımlamasına çok yakınlık göstermektedir.

Psikologların içsel yaklaşımları esas alarak yapmış olduğu tanımlamaları reddederek intiharı sosyolojik açıdan değerlendirerek tanımlayanlar da olmuştur. Sosyologlar, intihar oranlarının toplumlar arasında farklılıklar göstermesinin nedeni olarak toplumsal yapılardaki ve toplumsal eğilimlerdeki değişiklikler olarak görmektedirler. İntiharın oluşumunda toplumsal eğilimlerin rolü oldukça güçlüdür. Durkheim bu konuda açıklayıcı bilgiler sunmuştur. “Her toplumsal grup kolektif, kendine özgü davranma eğilimindedir. O toplum aracılığıyla işleyen bencillik, özgecilik veya anomi eğilimlerini yaratır. Tüm toplumsal bedenin bu eğilimleri, bireyleri etkileyerek, onların intihar girişiminde bulunmalarına yol açar.”² Bu tanımlama da göstermektedir ki, intihar konusunun kapsadığı nedensellik daha geniş bir çerçevede ele alınmalıdır. İntiharı sadece birkaç kalıp içerisinde ele almak yanlış beklentilere ve önlenemez intihar vakalarına neden olacaktır.

Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre ise intihar şu şekilde tanımlanmıştır: Bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesidir. İntihar, insanın kendine yönelttiği bir şiddet biçimidir. Bireyin başkasına yöneltmek istemediği öfke, kaygı ve korkularını kendisine çevirip, yaşamını sonlandırma isteğine intihar denir. İntiharlar aslında altında bireyin çevresine vermek istediği mesajlar içerir ‘Çıkış yolu bırakmadınız. Ben de bu yolla sizi cezalandırıyorum’. Bundan dolayı bireyin etrafındaki yakınları intihara direkt neden oldukları düşüncesiyle suçluluk duyarlar.

¹ H. Sağınç ve Ark., “Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, C. 1, S.2, İstanbul, 2000, s.84.

² G. Ritzer, Sociological Theory, McGraw-Hill, Third Edition, USA, 1992, s. 8, (Çev.:Ü. Tatlıcan)

İntihar kişinin çaresizliğinden doğar. Her intihar olayı sadece intihar eden için değil, toplumun bütünü için bir kayıptır. Herkes bu kaybın acısını kendi içinde duymalıdır. Neden bu kişiye yardım edemediğini sorgulamalıdır. İntihar tek bir faktörden olmadığı gibi, tek bir kişinin intiharı da değildir. Toplumsal değerlerin ve anlamın kaybıdır. Bir kişinin intiharından bütün toplum sorumludur. Buna bir neden bulup rahatlamak, geride kalanlar için büyük hatadır.

İntihar, nedenlerinden ayrı, sadece sonuçları ele alınarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütü de sonuçlarına göre intiharı iki grupta tanımlamış ve bunları; tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri şeklinde adlandırmıştır. “Ölümle sonuçlanan intiharlar tamamlanmış intiharlardır. İntihar girişimleri ise ölümle sonuçlanmayan, bireyin kendini yok etmek, zarar vermek amacı ile gerçekleştirdiği eylem olup ölümle sonuçlanmayan tüm istemli girişimlerdir.”¹ Sadece sonuç merkezli yapılan bu tanımlamalar intihar gerçeğinin nedenleriyle yüzleşmekten uzak kalmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu sonuçsal tanımlamalara benzer bir tanımlama şekli ortaya atmış gibi görünse de aslında bu tanımlamalar içerisinde yer verdiği bir kısım ile intihar teşebbüsü öncesini de kapsayıcı özellik taşımaktadır. “Uluslararası Ruh Sağlığı Enstitüsü intiharı üç başlık altında sınıflamaktadır:

Tamamlanmış İntihar: Birey içindeki saldırganlık içgüdülerinin etkisi ile ölümü aramaktadır. Bu tür intiharlarda daha çok mazohistik bir yan vardır. İntihar ölümle sonuçlanmaktadır.

İntihar Girişimi: Yaşamı tehdit edici olan ve bireyin kendisine yönelen her hareketi kapsayan intihar girişimleri ölümle sonuçlanmamaktadır.

İntihar Fikri: Bireyin yaşamına son vermek için, çeşitli girişimlerde bulunacağına dair ipuçları vermektedir.”² İntihar fikri oluşmuş bireylerin tespiti için yapılabilecek çalışmalar, bu tanımlamanın son kısmının ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkaracaktır. Düşünce aşamasındaki bir intihar, önlenilme şansının en

¹ H.E Dülger ve Ark., “İntihar Sonucu Ölüm Olgularının Retrospektif İncelenmesi”, Adli Tıp Dergisi, C. 7, S. 3-4, Ankara, 1991, s.116.

² Ö. Köknel, Depresyon, İstanbul, 1989, s. 118.

yüksek olduğu aşamadır. Bu aşamada önlem alınmaması birey ve toplum için telafi edilmesi zor sonuçlar doğuracaktır.

Teşebbüs aşamasına gelmiş intihar istatistiksel değerlendirmelerde, değerlendirmeyi yapanları sadece sonuç odaklı değerlendirmelere yöneltecektir. Ancak sonucu ölüm olmayan teşebbüslerin ölümle sonuçlanmadığı için sadece teşebbüsler içerisinde değerlendirilmesi istatistik sonuçlarını olumsuz etkileyecektir. Bireyin teşebbüs sonucunda kendi isteği dışında kurtarılması istatistikler içinde yer almayan karmaşık bir durumdur. Kurtarıma durumunda intihar girişimi sonucunda ölüm olmaması ve dinamik teşebbüs olmadığı yönünde kaydedilmektedir. Sadece sonuç, iki durum arasında ayırım yapmak için yetersizdir ve olayın gelişimini, sürecini de değerlendirmeyi gerektirmektedir. İntihar girişimindeki kişinin ölüme yakınlığı ile tedavi sürecindeki kişinin ruh hali farklılıklar göstermektedir ve bu farklılık da girişime gereken önemin verilmesini engelleyebilmektedir. İntihar konusunda yapılan tanımların temelinde kişinin özbenliğine yönelttiği saldırganlığı yer almaktadır.

İntiharın nedensel, yöntemsel veya sonuçsal olarak farklı etmenlerin bir araya getirdiği bir davranış olması tüm etmenleri kapsayan bir tanımlama yapılmasını engellemektedir. “Bugünkü tıbbi görüşlere göre intihar bir hastalık değil, bir semptomdur ve diğer semptomlar gibi farklı hastalıklarda ortaya çıkabilir. İntihar, karşılanmamış ihtiyaçlarla, umutsuzluk ve çaresizlik duygularıyla, yaşam ve dayanılmaz stres arasındaki çatışma veya ambivalansla, kişinin kendi çıkış yollarını tükenmiş olarak algılamasıyla ve kaçış isteğiyle ilgili görünmektedir.”¹ Daha önceki tanımlamaların değerlendirilmesi ile yeni ve geniş kapsamlı, intiharı her boyutu ile ele alan bir tanımlamaya ihtiyaç duyulmuştur. İntiharın birçok boyutunu ele alan tanımlamalar günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır.

2. ÜLKEMİZDE İNTİHARIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Kuşkusuz ki aile kurumu toplumun özü ve temelidir. Bu öz sağlıklı ise toplum da sağlıklı olur. Anne, baba, çocuklar ve kan bağı ile bağlanmış akrabalarından meydana gelen ekonomik toplumsal bir birliktir. İlk ailenin ne zaman oluşturulduğu

¹ C. Odağ, İntihar (Özkıym)-Tanım, Kuram, Sağaltım, 1985, s.23.

ve kuruluş amacına dair kesin veri yoktur. Modern yaşama geçişin bir sonucu olduğu düşünülen ailenin ilk başlarda karşılıklı çıkar ilişkilerine dayalı gruplardır. Bu grupları oluşturan bireylerin ortak yönlerinin de bu grupların oluşumunda etkili olduğu görülmektedir. “Ailenin tarihsel gelişimi hakkında ortaya çıkan ilk bilimsel çalışmalar ise 1861’ de J.J. Bachofen tarafından yapılmıştır.”¹ Toplumun, birbirlerine kan bağı ile bağlanmış, birbirlerinin sorunlarını çeşitli yöntemlerle çözüme ulaştıran ailelerden oluşması toplumsal sorunların oluşmasını büyük ölçüde önlemektedir.

Aile bağları zayıflamış bir toplumun, temelden sarsılan bir yapıda olduğu göze çarpmaktadır. Aile içerisinde çözülemeyen problemler, bu temel yapıda olması gereken saygı, sevgi, şefkat, güven, ait olma gibi duygulardan yoksun yetişen bireylerin olması ya da ailenin desteğini gerektiren hastalıklara yakalanmış bireylerin olması kişileri içsel çöküntülere yöneltmektedir. “Ailedeki birlik ve beraberliğin bozulması, anne ve babanın boşanması, anne baba ve kardeşlerden birinin ölümü, aileyi derinden etkileyen ekonomik işaslar, afetlerin yaşanması, aile bireylerinden birinde ortaya çıkan bir hastalık ya da sakatlık durumu, ailenin sahip olduğu inanç ve değerler sisteminde ani ve hızlı değişimlerin yaşanması gibi nedenler aile bireylerinin intihar etmesinde önemli risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir.”² Toplum içerisindeki bireylerin güçlü bir birlikteliği olan, paylaşımcı bir aileye mensup olması bireyin en başta ruhsal açıdan kendisini rahat ve huzurlu hissetmesine neden olacaktır.

Yapılan araştırma ve çalışmalar göstermektedir ki, intihara giden yol ailede başlamaktadır. Sağlam bir aile yapısı bu yolu kapatmaktadır. “İntihar davranışlarının ortaya çıkmasında aile ve ailenin işlevleri üzerinde duran çalışmalar, intihar girişiminde bulunan bireylerin aile ilişkilerinin ve aile ile iletişimlerinin oldukça bozuk olduğuna işaret etmektedir.”³ Gelişen teknoloji aile içi iletişimi engellemekte, aile üyelerini yalnızlaştırmaktadır. Çocuklarının sorunları ile baş edemeyen ebeveynlere ya da eşi ile anlaşılamadığından şikayetçi bireylere psikolog veya

¹ B. Gökçe, Türkiye’nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar, Ankara, 2004, s.187.

² Z. Sungur, İntihar Olgusunun Sosyal ve Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi ve Eskişehir Bölgesi’nde Bir Uygulama Çalışması, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 1998, s.70.

³ R. Palabıyıkoglu ve Ark., “İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Depresiflerin Aile İşlevselliği”, KD, C.1, S. 3, Ankara, 1993, s.114.

psikiyatrların temel sorusu şu olmaktadır: ‘Ne kadar konuşuyorsunuz?’ Teknolojinin bireyleri yalnızlaştırdığı gerçeği altı çizilmesi gereken önemli bir sorun durumundadır.

Anlaşıldığı üzere toplumu oluşturan ailelerde yaşanan sıkıntılar ve aşmazlar bireylerin sosyal yaşamlarını etkilemekte ve intihar eylemine başvurmalarına neden olmaktadır. Ailenin bireylerinin beraberliklerinin bozulması, birbirlerine karşı besledikleri sevgi, saygı ve şefkat duygularının kaybolması bireyin aile yapısından uzaklaşmasını ve dolayısıyla intihar eylemine yaklaşmasına neden olmaktadır. Ülkemizde ailevi sorunlardan dolayı intihar eden bireylerin sayısı oldukça yüksektir.

2.1. Türkiye’deki İntiharların İlk İstatistiki Kayıtları

Ülkemiz intihar hızı düşük ölkeler arasında yer almasına rağmen, istatistiklere göre kaba intihar oranları artmaktadır. Bilindiği üzere intihar istatistikleri tüm dünyada olduğu gibi ölkemiz için de en az güvenilir istatistikler olup, intiharın hala tabu sayılan bir davranış oluşunun bunda etkili olduğu söylenebilir. “Ülkemizde intihar istatistikleri 1962 yılından itibaren DİE tarafından, tüm Türkiye için Emniyet ve Jandarma Teşkilatı kanalıyla “İntihar İstatistik Formu” ile derlenip yıllık olarak yayınlanmaktadır.”¹ Verilerin doğru ve güvenilir bir şekilde toplanması risk gruplarının belirlenmesi, tedbirler alınması, istatistiksel çalışmalara kaynak oluşturarak geleceğe yönelik planlamalar yapılarak intihara bağlı kayıpların önüne geçilmesi açısından önem arz etmektedir.

İntihara yönelik istatistiki çalışmalara kaynak sağlayacak verilerin farklı kurumlarca tutulsa bile tek merkezde toplanması hususu düşünölmesi gereken bir sorundur. “Ayrıca intihar olaylarının mevcut tanım, ilgili kavramları ve veri toplama derleme yöntemleriyle ilgili farklı yaklaşımlar sonucunda, ölkemizde intiharlarla ilgili birbirinden çok farklı istatistikler üretilmektedir.”² Farklı sonuçlarla gündeme gelen intihar vakaları, toplum içerisinde istatistik bilimine, bu konuda çalışma yapan kurum ve kuruluşlara karşı güvensizlik duygusu oluşturmaktadır.

¹ T. Okman, “Türkiye’de İntihar İstatistiklerinin Metodolojisi, Sistemi ve Eğilimi”, KD, C.5, S.1, Ankara, 1997, s. 46.

² N. Ayhan, “Ülkemizde İntihar Verilerinin Toplanması ve Derlenmesi; Kavramlar, Yöntemler ve Zaman Serileri”, KD, C.4, S.1, Ankara, 1996, s.27.

2.2. Türkiye’deki Kayıtlara Geçen İlk İntihar Araştırmaları

Türkiye’nin tüm illerinde 1980’li yıllardan itibaren yüksek düzeyde bir artış eğilimi gösteren intihar olayları, hem bilimsel/akademik alanda hararetle tartışılan popüler bir tema olarak hem de medyanın bu konu üzerindeki yüzeysel gazetecilik ilgisiyle sınırlı bir kaygıyla ele alınmaktadır. Bununla beraber, Türkiye’deki intihar olaylarının nasıl bir eğilim içerisinde olduğu ve bu intihar olaylarını belirleyen sosyal süreçlerin anlaşılabilmesi ve açıklanabilmesi için bilimsel bir nesnenin inşasına uygun ne tür bir metodolojiyle ele alınmasının gerekliliği sosyoloji ve sosyoloji-dışı disiplinlerde sürekli tartışılmaktadır. İntihar toplumsal bir olgu olması nedeniyle sosyoloji dışında psikoloji, psikiyatri ve epidemiyoloji gibi bilimlerce değerlendirilen farklı tutumlarla inşa edilen karmaşık bir yapıdır. Bu tutumlar intiharın etkenleri ile arasındaki ilişkisel bağlarını ve sonuçlarını, bütünü kapsayacak şekilde değerlendirilmiştir.

Ülkemizde ilk çalışmalar 1927-41 yılları arasında Nezahat Arkun tarafından İstanbul’daki intiharlar hususunda yapılmış; daha sonra 1947-51 yılları arasında kısıtlı illerde İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuk ve Kriminoloji Enstitüsü tarafından yapılmıştır. Ancak sınırlı sayıdaki olgularla yapılan bu çalışmalar ülke geneline temsil etmemektedir. “İntihar istatistiklerinin sistemli olarak Türkiye çapında tutulmaya başlanması ise 1975’den itibaren gerçekleşmiştir.”¹ İntihar, temel bilimlerin ancak ortak bir yaklaşımla ele alabileceği kadar karmaşık bir olgudur. İntihar, her yönüyle incelendiğinde çözüm aşamasına ulaşma şansı vardır. Farklı alanlardaki farklı yaklaşımlar bir çok veri elde edilmesine ancak bunun karşılığında çözümsüzlüğü de getirecektir.

Bireylerin kendi hayatını sonlandırma şekilleri de önemle üzerinde durulması gereken bir husustur. Bireylerin intihar ederken kullandıkları yöntemler cinsiyet, intihar nedeni ve okur-yazarlık gibi değişkenlerle ilişkilidir. Ancak tek kriter bunlar olamaz, bu nedenle sebepsel ve sonuçsal yönden nedenler değerlendirilmelidir. “Ülkemizdeki intihar vakalarında ilk sırada ve yarıya yakın bir kısmı kendini asma suretiyle, ikinci sırada kimyevi madde kullanarak, üçüncü sırada ise ateşli silahla

¹;http://www.intihar.de/Turkiye-yontemler.htm (18.10.2013)

intihar etmek şeklinde meydana gelmiştir.”¹ İntihar yöntemlerinin doğru analiz edilmeleri, risk gruplarına yönelik tedbirlerin belirlenmesinde önemli detaylara ulaştıracaktır.

Toplumsal hadiseler intihar yöntemlerinin oranlarında değişikliklere neden olsa da intihar oranını olumlu yönde değiştirememektedir. Toplumsal olayların yaşandığı yıllardaki yöntemlerle, toplumsal olayların sonrasında tercih edilen yöntemler arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Ancak yöntemleri etkileyen faktörlerin kişisel tercihler olmasından ziyade yöntemlerde kullanılacak araçlara ulaşma imkansızlığıdır. Devlet tarafından silahlara el konulması silahla intihar vakalarının azalmasına yol açması bu konudaki en etkin örnek olacaktır. Yöntemlerde kullanılan araçlar farklılık gösterse de intihar ülkemizde hızla yükselmektedir. Silahla intihar sayısı azalma gösterse de bunun yanında kendini asma gibi kolay malzeme temini sağlayan yöntemler artış göstermiştir. “Okur-yazarlık durumuna göre; havagazıyla ve kimyevi maddeyle intiharlar, daha çok eğitim durumu yüksek olan kişilerde görülmektedir. Kendini yakarak ve araç altına atarak yapılan intiharlar ise, daha çok eğitim durumu düşük olan kişiler tarafından tercih edilmektedir.”² İntiharın yöntemsel olarak okur - yazarlık ile olan bağıntısı her yöntem için doğru sonuçlar vermemektedir, bu nedenle diğer yöntemlerin farklı bağıntılarla ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Bireylerin yaşam koşulları, intihar materyaline ulaşabilme durumları, okur – yazarlık durumları, cinsiyet tercih edilen yöntemi belirlemede önemli rol oynamaktadır. Okur – yazar olan bireyin yöntem tercihi, teşebbüs esnasında ve sonrasında acı çekip çekmemek, amacına ulaşabilmek ve sonucunu tahmin edebilmek konusunda bilgi sahibi olması nedeniyle değişiklik gösterir. İlaç alımı, ateşli silah kullanımı gibi yöntemleri sıkça kullanmalarına karşılık, yüksekte atlama, kendini yakma gibi yöntemlerin çok az görülmesinin sebebi de budur.

2.3. Türkiye’deki İntiharların Değişkenlere Göre İlk İncelemeleri

Türkiye’de intihar kayıtları çok eski değildir. Ülkenin yakın geçmişte kurulmuş olması konunun hak ettiği değerin gösterilmesinin önüne geçmiştir. Savaş

¹<http://www.intihar.de/frame.htm> (18.10.2013)

²<http://www.intihar.de/Turkiye-yontemler.htm> (18.10.2013)

döneminde kaynakların yok edilmiş olması da mümkündür. Cumhuriyetin ilk dönemlerinde DİE daha çok nüfus sayımları gibi değerler üzerinde çalışıyordu.

Tablo 1. Daimi İkametgaha Göre İntihar Yöntemleri (%)

İntihar Nedeni ve Daimi İkametgah		Toplam	Erkek	Kadın
Genel Toplam	Toplam	14.575	10.325	4.250
	Şehir	9.905	7.243	2.662
	Köy	4.670	3.082	1.588
Nedenler	İkametgah	Toplam	Erkek	Kadın
Hastalık	Toplam	2.881	1.926	955
	Şehir	2.384	1.577	807
	Köy	497	349	148
Aile Geçimsizliği	Toplam	1.455	914	541
	Şehir	1.081	712	369
	Köy	374	202	172
Geçim Zorluğu	Toplam	1.345	1.259	86
	Şehir	1.127	1.056	71
	Köy	218	203	15
Ticari Başarısızlık	Toplam	362	355	7
	Şehir	362	355	7
Hissi İlişki ve İsteddiği ile Evlenememe	Toplam	714	495	219
	Şehir	617	428	189
	Köy	97	67	30
Öğrenim Başarısızlığı	Toplam	105	64	41
	Şehir	85	55	30
	Köy	20	9	11
Diğer	Toplam	974	713	261
	Şehir	814	604	210
	Köy	160	109	51
Bilinmeyen	Toplam	6.739	4.599	2.140
	Şehir	3.435	2.456	979
	Köy	3.304	2.143	1.161

Kaynak: TÜİK 2008-2012 Yılları Arası İntihar İstatistik Verileri, Ankara, 2013

Bu tablo 2008-2012 yılları arasındaki intiharların incelenmesinden elde edilmiştir. Bu beş yıl süresinde, erkeklerin 7243'ü şehirde, 3082'si köyde; kadınların 2662'si şehirde, 1588'i köyde intihar etmiştir. Bu tablonun en dikkat çekici yanı ise belirtilen yıllar aralığında meydana gelen 14575 intiharın 6739 tanesinin yani yaklaşık % 46' sının nedeni bilinmemektedir.

Bireylerin yaşadığı yerler tercih ettikleri intihar yöntemlerinde farklılıklar oluşmasına sebep olmaktadır. Yaşanılan alan intihar materyallerine ulaşımı da etkilemektedir. Yaşam alanı ve yöntem seçimi arasındaki bağ değerlendirildiğinde:

-Kendini asarak intihar etme yöntemi, kırsal alanlarda yaşayanlar tarafından tercih edilen bir yöntemdir. İntihar materyalinin kolay temin edilebilir olması, eğitim seviyesinin düşük olması nedeniyle diğer yöntemlerin bilinmemesi bu yöntemi en çok tercih edilen sınıfına sokmaktadır.

-Kimyasal madde kullanarak intihar etme yöntemi, kırsal alanlarda en çok tercih edilen ikinci yöntemdir. Tarımsal arazilerde kullanılan zirai ilaçların intihar amacıyla kullanılması yaygın bir yöntemdir.

-Ateşli silah kullanılarak intihar etme yöntemi, hem kırsal alanlarda hem de şehirlerde tercih edilen bir başka yöntemdir. Ancak kırsal alanlarda hemen hemen her evde bulunan av tüfekleri ile intihar ediliyor ise de şehirlerde tabanca ile intihar edilmektedir.

-Yüksekten atlayarak intihar etmek, şehirde yaşayanlarda sıkça rastlanmaktadır. Kırsal alanlarda bu yöntemin uygulanması için gerekli yapı yoktur. Şehirlerde binaların çok katlı oluşu bu yöntemi şehirlerde daha çok tercih edilir kılmaktadır.

-Diğer yöntemler ise, kendini suya atarak intihar etmek, su kenarlarında yerleşen toplumlarda sık görülür. Yüksek hızlı vasıtaların önüne atlayarak intihar etmek, otoyol veya demiryolları yakınlarında yaşayanlarda sık görülür. Kendini yakarak intihar etmek, ülkemizde az rastlanmasına rağmen, köylere oranla şehirlerde daha yüksektir. Benzer şekilde, havagazı ve tüpgazla, kesici aletle, tren veya bir motorlu araç altına atlayarak yapılan intiharlar da az görülmelerine rağmen, daha çok şehirdeki intihar yöntemi olarak dikkati çekmektedir. “Özellikle şehirlerdeki intihar yöntemlerinin oranı ülkemizde kullanılan yöntemleri temsil edecek niceliktedir.”¹ Ülkemizdeki intihar vakalarının büyük bir kısmının şehirlerde meydana gelmesi ve

¹;http://www.intihar.de/Turkiye-yontemler.htm (18.10.2013)

şehirlerdeki intiharların verilerinin daha sağlıklı tutulabiliyor olması Türkiye'deki istatistiklerin temelini oluşturmaktadır.

Toplumsal yaşantı içerisinde bireylerin duygusal çöküntüleri daha çok şehirlerde yaşamaktadır. Duygu durumları bozulan bireyler kalabalık yaşantı içerisindeki yalnızlığına çözüm yolları aramaktadır. Bu gibi duygu durumlarının yanı sıra toplumun genel sorunları da intihar oranlarını etkileyici sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. “Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye’de intiharlar bazı yıllar azalsa da genel olarak sürekli artış eğilimindedir. Özellikle 2000 yılı intiharların diğer yıllara göre en düşük olduğu yıldır. 2001 yılı Türkiye’nin yaşadığı en büyük krizlerden birine sahne olmuştur. Bu sonuca göre kriz dönemlerinde intiharların az olduğu, krizin şokuyla birlikte ve etkileri arttıkça intiharların patlama gösterdiği görülmektedir.”¹ Toplumsal olaylarla karşılaşan bireyler ilk önce durum karşısında direnmeye çalışır ancak sonrasında etkinin artmasına bağlı olarak içinden çıkılamaz bir hal alacağı düşüncesi ile intihara yönelir. Belirli bir hayat standardı içerisinde yaşayan bireylerin yaşantılarındaki olumsuz değişiklikler kişinin intihar eğilimini artırmaktadır.

Geleneksel bir toplum yaşantısı örneği sergileyen bir toplum olan ülkemizde ataerkil yapının sebep olduğu sorunlar da intihar nedenleri içerisinde belirleyici bir paya sahiptir. “Erkeklerde ticari başarısızlık, kadınlarda ise aile geçimsizliği ve istediğiyle evlenememe başta gelen intihar nedenleri arasında yer almaktadır.”²

Türkiye’de kayıtlara geçmiş intihar teşebbüsleri ve sonuçlanmış intihar vakaları üzerinde yapılan çalışmalarda dikkat çekici sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçlanmış intiharlar daha çok kırsal alanlarda gerçekleşirken, şehirlerde intiharlar teşebbüs aşamasında kalmaktadır. Kırsal alanlarda sadece dikkat çekmek amacıyla gerçekleştirilen intihar teşebbüsü sağlık merkezine ulaşmadan sonuçlanmış bir intihara dönüşmektedir. Sağlık merkezlerine olan mesafeler, ulaşım imkanlarının yetersizliği, coğrafik yapılar ve yol şartları kırsal alanlardaki teşebbüslerin sonuçlanmış intiharlar sınıfına girmesindeki etkenlerdir.

¹ Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-Sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı”, İl Koordinasyon Kurulu 10. Toplantı Tutanağı, Kırıkkale, 2010.

³ Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-Sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı”, İl Koordinasyon Kurulu 10. Toplantı Tutanağı, Kırıkkale, 2010.

Aniden ortaya çıkan intihar fikrinin oluşmasını sağlayan ve intihara giden süreci başlatan faktörlerin temelinde maddi sıkıntılar yer almaktadır. Bu nedenle işsizlerin, kendi ekonomik özgürlüğü olmayan ev hanımlarının intiharlarına sık rastlanmaktadır. Öğrenim hayatının sonuna yaklaşmış ya da mezun olmuş genç bir bireyin iş kaygıları, ailesine bağlı bir ekonomik yaşantının kısıtlılığı, genç nüfusun etkin intihar gerekçelerindendir.

Türkiye’de intiharlara bağlı ölümler her geçen gün artan bir ivme sergilemektedir. Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye’deki intihar oranları düşük kalmakta olsa da son yıllarda büyük bir artış göstermiştir. Bu artışın temelinde değişen toplumsal yapıya bağlı olarak boşluk içerisinde kalan bireyler yer almaktadır. Bozulan aile yapıları içerisinde yalnızlık duygusuna kapılan gençlerde de bu oran gittikçe artmaktadır. Bu aşamada inançsal duyguların zayıflaması da etkenler arasındadır.

İntihar teşebbüs yöntemleri, meslekler, yıllar gibi değişkenlerle yapılan sınıflandırmalar intiharın son yıllardaki artış hızını örtmemelidir. Toplumun her tabakasını ilgilendiren intihar, toplumsal alışkanlık haline dönüşmemelidir.

Bireylerin toplum içerisindeki rol üstlenme çabası, beklentilere karşı yetersiz kalma gibi insan hayatının ergenlik dönemine rastlayan duygu durumlarına eklenen bir takım fiziki değişimler, hormonal dengesizlikler, başkaları gibi olamama duygusunun yaratmış olduğu olumsuzluklar intihar oranının büyük bir çoğunluğunu oluşturan yaş aralığının başlangıç noktasını oluşturmaktadır. “Türkiye İstatistik Enstitüsü verilerine göre; 1989 yılında intihar hızı %0002,5 (yüz binde 2,5) iken, son dönemlerde intihar hızı %0003,3 (yüz binde 3,3)’e ulaşmıştır. Ve bunların % 55’i 15–34 yaş grubudur.”¹

Türkiye’deki intiharlar değerlendirildiğinde erkeklerin daha çok intihar ettiği, kadınların daha çok teşebbüslerde bulunduğu görülmektedir. Erkeklerin gerginliğe neden olan faktörlere sonuna kadar direnmeye çalışması, ataerkil toplumlarda benimsenen erkeklerin sahiplenme görevleri ve korkak olmayan, kaçmayan erkek

¹ Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-Sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı”, İl Koordinasyon Kurulu 10. Toplantı Tutanağı, Kırıkkale, 2010.

profilinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle Türkiye’deki erkek intiharlarında, amaçlanan hedefe kesin ulaşabileceği yöntemler tercih edilmektedir. Kadınlarda ise asıl amaç dikkat çekmek, imdat çağrısını duyurmaktır. Bu nedenle amaçlarına yönelik, ölüme sebep olmayacak yöntemler tercih edilmektedir.

Bireylerin eğitim seviyeleri ile intihar arasında ters orantı söz konusudur. Eğitim seviyesi düştükçe intihar oranı artmaktadır. Eğitim seviyesi düşük bireylerde sonuçlanmış intiharlar görülürken, eğitim seviyesi yüksek bireylerde teşebbüsler görülmektedir.

Orta yaş grubunun intiharları tüm yaş grupları arasında en fazla intiharın görüldüğü bir gruptur. Maddi sıkıntıların, ilişkisel sorunların, aile içi problemlerin en çok yaşandığı bir yaş grubu olan orta yaş grupları, sabretme, direnme ve başatme konularında oldukça tutarsız ve başarısızdır. Bireyler genç ve orta yaş dönemlerinde hedefledikleri amaçlara ulaşmayı isterler. Bu beklentilerini karşılayamadıkları zaman ruhsal sorunları fiziki sorunlara dönüşür. Bu dönemlerde aile içerisindeki olumsuz koşullar da kişiyi dışa itmekte ise de asıl olan bireyin en çok güvendiği insanlar tarafından istenmeme duygusudur.

3. ÜLKEMİZDE İNTİHARLAR

Ülkemizde intihar edenlerin sayısı yıllar içerisinde değişik oranlarda artışlar göstermektedir. Bireylerin değişen yaşam koşullarına uyum sağlama güçlükleri bu artışa sebep olan en genel,kapsayıcı neden olarak sayılabilir.

Yıllar içerisinde intihar edenlerin nedenleri, yöntemleri, yaş aralıkları, yaşam yerleri değişiklik gösterse de değişmeyen bir sonuç var ki; o da intihar sayılarının korkutucu artışıdır. Gelişen araştırma ve kayıt yöntemleri, bireylerin ya da yakınlarının intihar olaylarını kayıt birimlerine ifade etmedeki bilinçli davranışları daha doğru veriler elde etmeye olanak sağlamaktadır. Doğru verilerin doğru planlamalarla birleştirilmesi sağlıklı nesiller yetiştirmenin temel unsurudur.

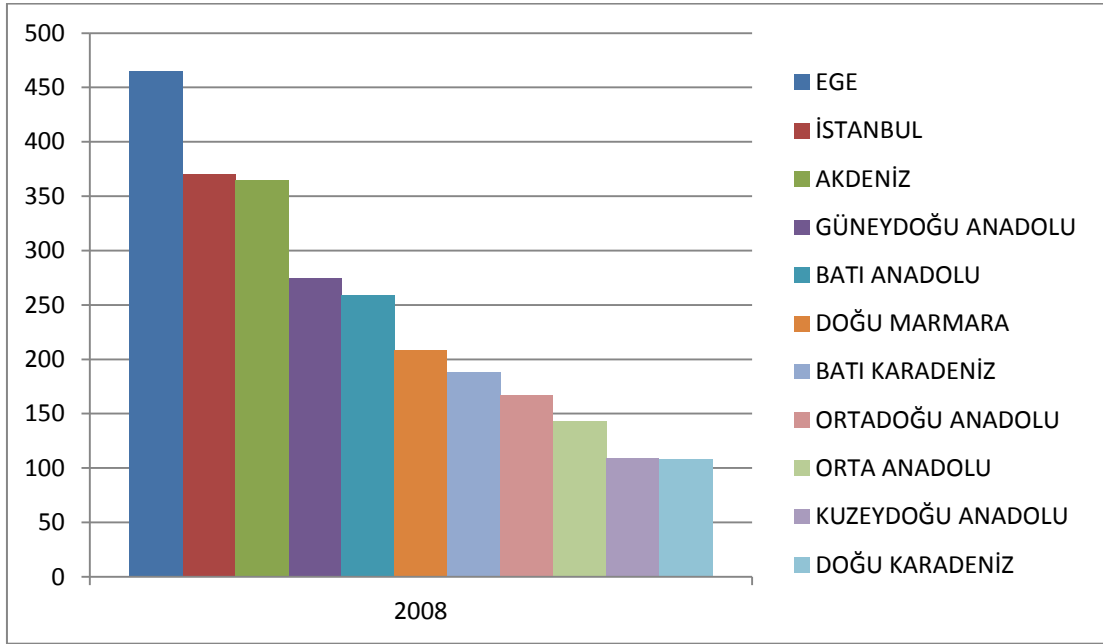
3.1. Türkiye’ deki İntihar Sayılarının Yıllara Göre Grafiksle Gösterimleri

İntiharın hayatın her aşamasında varolduğu düşünöldüğünde yıllar içerisinde hangi durumların toplumları ne şekilde etkilediğı, nasıl sonuçlar doğurduğı ve geleceğı ne yönde etkilediğı hususlarında bilgi edinebilmek ve geleceğı dair tedbirler alıp, planlamalar yapabilmenin tek yolu sürekli kaliteli ve doğru veri toplamak, zaman dilimleri içerisinde, belirli periyodik aralıklarla toplanan veriler ışığında istatistiksel çalışmalar ve raporlamalar hazırlamaktır.

3.1.1. 2008 Yılı İntihar Sayıları

2008 yılı intiharlarını incelendiğinde Ege Bölgesi’ nin diğler bölgelere göre en fazla intihar olayının gerçekleştiğı bölge olduğı gözlemlenmektedir. Ege Bölgesini sırasıyla İstanbul, Akdeniz, Güneydoğı Anadolu, Batı Anadolu, Doğı Marmara, Batı Karadeniz, Ortadoğı Anadolu, Orta Anadolu, Kuzeydoğı Anadolu ve Doğı Karadeniz Bölgeleri takip etmektedir. Ege Bölgesi sanayi ve turizm açısından gelişmiş, sürekli göç alan, farklı költürlere ve aile yapısına müsait metropol bir bölge olarak göze çarpmaktadır. Yaz aylarında ölke genelinden ve yurt dışından bambaşka nüfuslara ev sahipliğı yapmaktadır. Turizmin ve sanayileşmenin getirmiş olduğı avantajlar ve dezavantajları içerisinde barındırır. Nüfusun geneline geçim kaynağı sağlasa da toplumun ekonomik kutuplaşmasını da beraberinde getirir. Toplumun üst gelir seviyesine sahip kesimi ile bu kesime özenen düşük gelir seviyesine sahip kesimi arasındaki çatışmalara rastlanmaktadır. Bu çatışmalar karşılıklı olmayıp, genellikle alt gelir seviyesindeki bireylerin kendine yönelttiğı öfkesi şeklindedir. Ege Bölgesi’ ndeki toplumsal yapının daha serbest oluşu, daha esnek aile yapıları, ebeveynlerin çocuklar ve gençler üzerindeki kontrolünü zayıflattığı için aile içi bağlarının kopması sonucu yalnızlaşmaya bağlı intiharların, madde ve alkolün kötüye kullanımına bağlı intiharların oranlarını artırmaktadır. Aile baskısı olmaması toplumsal baskıyı da ortadan kaldırmaktadır. Serbest yetişen bireyler dinsel açıdan da bir yönelim içerisinde değillerdir. Bu sebeple bireyler, karşılaştıkları güçlükler karşısında sabır mekanizmalarını harekete geçiren unsurdan uzak kalmaktadırlar.

Grafik 1. 2008 Yılı Bölgelere Göre Grafiksel Gösterimi



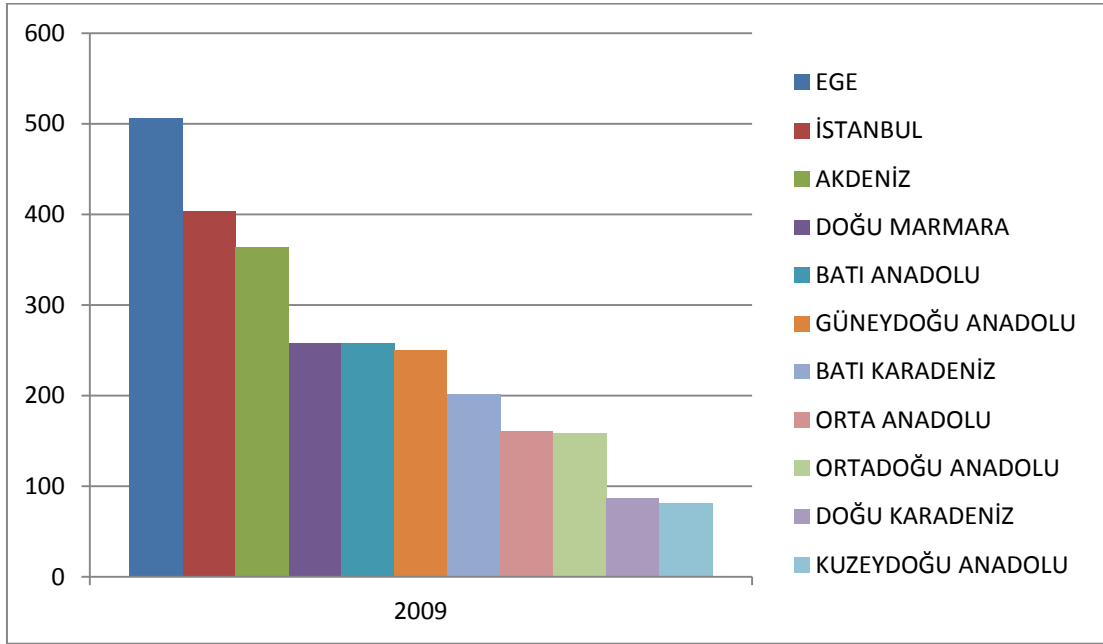
Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013, s.3

Sayısal olarak intiharları değerlendirmek yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. İstatistiki çalışmaların orantısal eşdeğerleri daha doğru sonuçlar verebilmektedir.

3.1.2. 2009 Yılı İntihar Sayıları

2009 yılı intihar olaylarını incelendiğinde Ege Bölgesinin diğer bölgelere göre en fazla intiharın gerçekleştiği bölge olduğu gözlemlenmektedir. Ege Bölgesini sırasıyla İstanbul, Akdeniz, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Batı Karadeniz, Orta Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgeleri takip etmektedir. Türkiye nüfusunun yaklaşık %20 kısmının yer aldığı İstanbul, tek başına bir bölge gibi değerlendirilmiştir.

Grafik 2 2009 Yılı Bölgelere Göre Grafikselsel Gösterimi



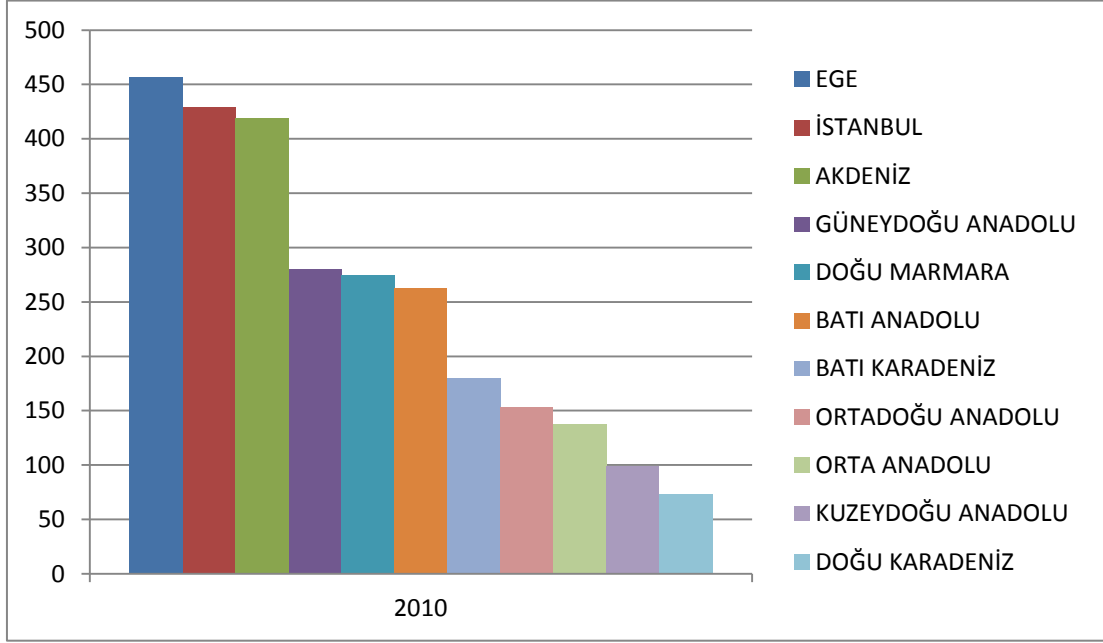
Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013, s.3

İstanbul' un bölgeler dışında tutulması Ege Bölgesi' nin intihar sayısının yüksek algılanmasına neden olmaktadır. TÜİK, intihar değerlendirmelerini coğrafik bölgelere göre yapmadığından sayısal çoğunluk Ege Bölgesi' ni ilk sırada göstermektedir. Ancak birçok bölgeyi geride bırakan İstanbul'un, ait olduğu coğrafik bölge olan Marmara Bölgesi ile birlikte değerlendirilmesi durumunda gerçek sonuç elde edilecektir.

3.1.3. 2010 Yılı İntihar Sayıları

2010 yılı intihar olaylarını incelendiğinde Ege Bölgesi, İstanbul ve Akdeniz Bölgesi' ndeki bir önceki yıla göre azalma göze çarpmaktadır. Bu azalma Türkiye' deki genel intihar artışlarına aykırılık göstermektedir. Türkiye nüfusunun büyük bir çoğunluğunu barındıran bu yerleşim yerleri istatistikleri değiştirmektedir. Doğu Karadeniz Bölgesi' ni, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi' nin geçmesi söz konusudur. Diğer bölgelerde çok fazla bir değişim söz konusu değildir.

Grafik 3. 2010 Yılı Bölgelere Göre Grafiksel Gösterimi



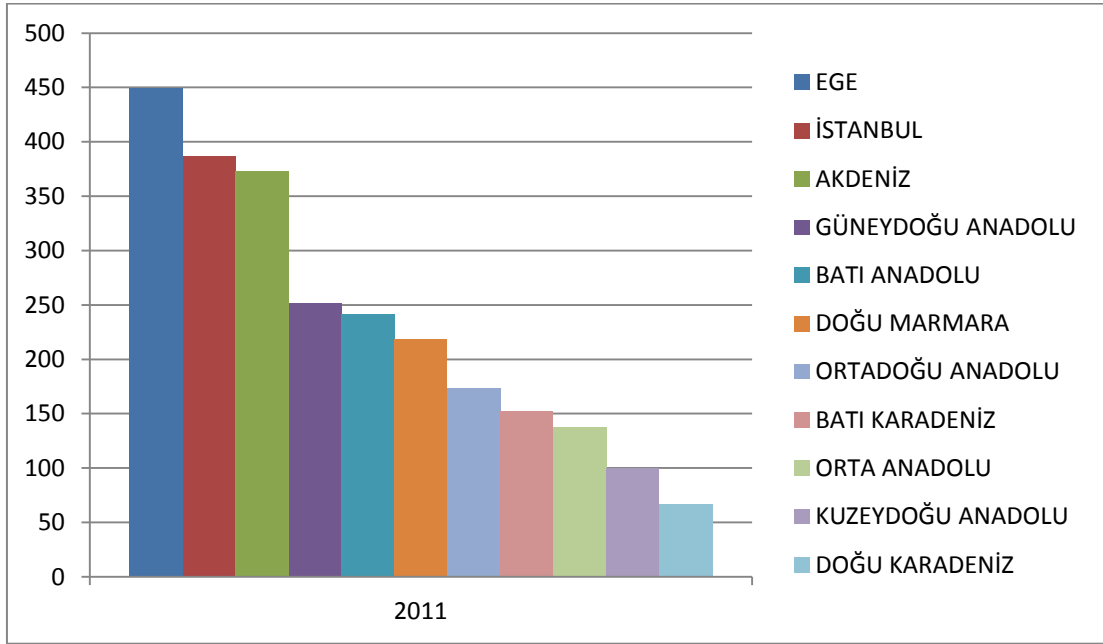
Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013, s.3

2010 yılı en çok intihar sayılarına sahip bölgelerdeki azalmalarla dikkat çekmektedir. Türkiye’ nin batı kesimindeki bu azalmaya karşın doğu kesimindeki az miktarlardaki artışlar söz konusudur.

3.1.4. 2011 Yılı İntihar Sayıları

2011 yılı intihar verileri incelendiğinde genel sıralamada herhangi bir değişim olmadığı görülür. Toplumun belirli bir refah seviyesine ulaşmış olması intihar sayılarını sınırlamaktadır. Devlet politikası, maddi destekler ciddi artışları önleyici olmuştur.

Grafik 4. 2011 Yılı Bölgelere Göre Grafiksel Gösterimi



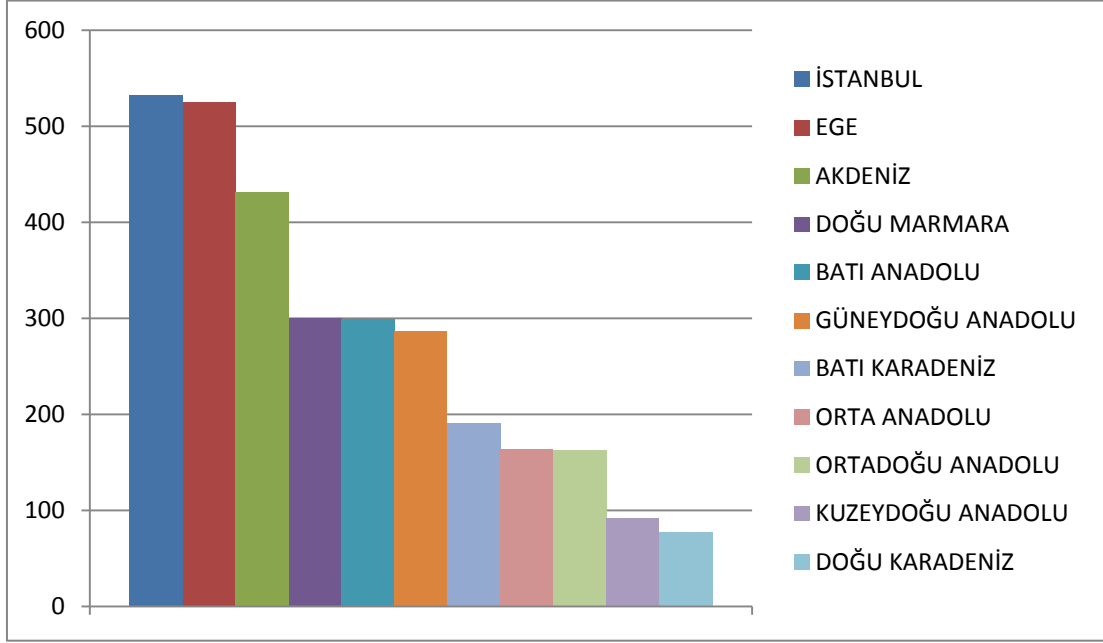
Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013, s.3

2011 yılı Türkiye’deki intihar sayılarında genel bir düşüş seyri gösterse de halen engellenebilmiş bir olgu değildir. Bu konuda halen ciddi çalışmalara, verilere ve tedbirlere ihtiyaç vardır. İntihar sayılarındaki küçük düşüşler yanıltıcı ve rehavete sevk edici olmamalıdır.

3.1.5. 2012 Yılı İntihar Sayıları

2012 yılı intihar olaylarını incelendiğinde intihar verilerine göre İstanbul ilk sırayı almıştır. İstanbul’u sırasıyla; Ege, Akdeniz, Doğu Marmara, Batı Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Batı Karadeniz, Orta Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Doğu Karadeniz Bölgeleri takip etmektedir. Önceki yıllarda yüksek oranlarda intihar görülen Ege Bölgesinin ikinci sırada yer almasının sebebi İstanbul’daki hızlı artıştır. TÜİK verilerine göre; hastalık, aile içi geçimsizlik, geçim zorluğu ve ticari başarısızlık 2012 yılındaki intihar artışının temel sebepleridir.

Grafik 5. 2012 Yılı Bölgelere Göre Grafiksel Gösterimi



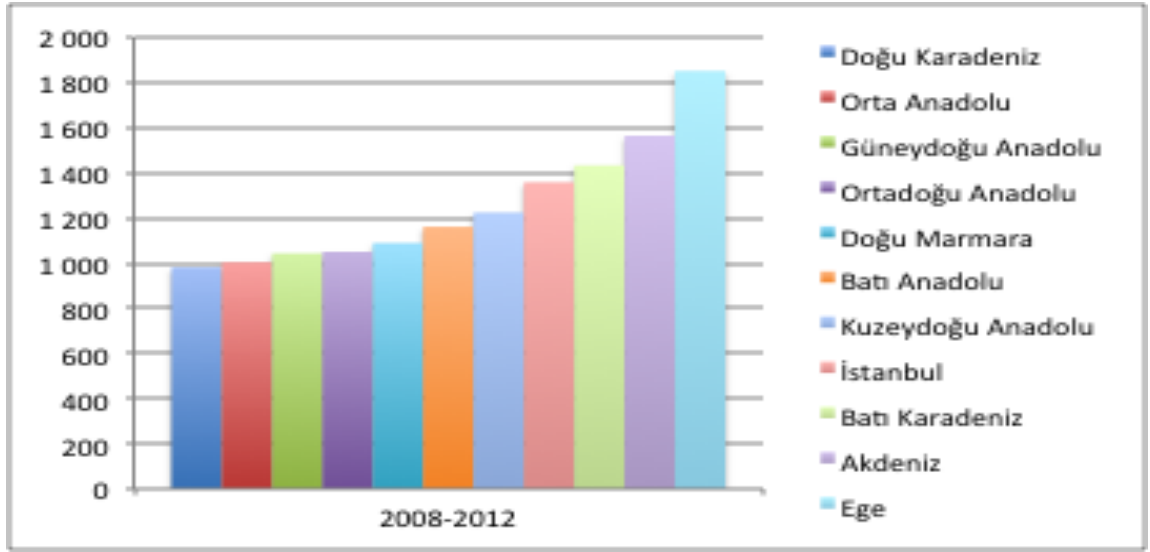
Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013, s.3

2008 yılından sonra intihar sayılarında belirli bir aralıkta seyreden İstanbul ve Ege Bölgesi 2012 yılında yükselerek kendi istatistiklerinin en üst sayılarına ulaşmıştır. Türkiye'nin batı kesimindeki bu artışlara ait herhangi bir araştırma veya çalışma yapılmamış olması, sadece kurumsal kayıtlarla ortaya çıkarılan verilerin varlığı intihara verilen önemin azlığını göstermektedir.

3.2 2008 – 2012 Yılları Arası İntihar Sayılarının Genel Değerlendirmesi

Türkiye' deki son 5 yıla ait veriler incelendiğinde, en az olan bölgelerdeki intihar sayılarının ortalaması bile 200 kişi/yıl' dır. Yıllar içerisinde toplumsal yapının değişimleri, çağdaş yaşama uyum sağlama güçlükleri, toplumsal sorunlar, nüfusun genelini etkileyen krizler intihar sayılarını gün geçtikçe artırmaktadır. Değerlendirme bölgeleri coğrafik değerlendirmeler dışındadır ve İstanbul bir il olmasına karşın bölgeler içerisinde tek başına değerlendirilmiştir. TÜİK, bölge sıralamalarında ortak kültürel yapıya sahip bölgeler arasında yaklaşık nüfuslarla değerlendirme yapmıştır. Bu yaklaşımla farklılıkları en aza indirmeyi amaçlamıştır. İstanbul' un kültürel olarak karmaşık bir nüfusa sahip olması, ülke nüfusunun beşte birini barındırıyor olması ayrı bir değerlendirmeye yol açmıştır.

Grafik 6. TÜİK 2008-2012 Yılları Arası Toplanan 5 Yıllık Veriler Işığında Genel Değerlendirmeyi Gösteren Grafik



Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013, s.3

TÜİK’ den alınan 5 yıllık veriler ışığında genel olarak Ege Bölgesinin intihar eğilimi diğer bölgelere daha fazla olduğunu görülmektedir. Bu bölgeyi sırasıyla; Akdeniz, Batı Karadeniz, İstanbul, Kuzeydoğu Anadolu, Batı Anadolu, Doğu Marmara, Ortadoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Orta Anadolu ve son olarak Doğu Karadeniz Bölgeleri takip etmektedir.

Dünyadaki intihar hızları göz önünde bulundurulduğunda Türkiye’nin intihar hızının düşük olduğu görülmektedir. Ancak son yıllarda intiharlar artma eğilimi içerisindedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) verilerine göre 2013 yılı için Türkiye’deki tamamlanmış intiharların sayısı erkeklerde 2319, kadınlarda 870 kişi olmak üzere toplamda 3189’dur; intihar hızı ise yüz binde 4,19’dur. 2013 yılına ait bu veriler son 5 yılın ortalamasının üzerindedir. Bu da ülkemizdeki intihar sayısındaki korkutucu artışı göstermektedir.

3.3 Türkiye ‘de 2008 – 2012 Yılları Arası Yaş Gruplarına Göre İntiharların Değerlendirmesi

İntiharın en önemli değişkenlerinden birisi de yaştır. İntihar belirli yaş gruplarında daha fazla görülürken, başka bir grupta daha az görülebilmektedir. İntihar başka bir açıdan değerlendirildiğinde, belli bir yaş grubunda sadece teşebbüs

aşamasında sık görülürken, başka bir yaş grubunda ölüme ulaştıran yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 2. 2008-2012 Yılları Arası Yaş Grubuna Göre İntiharlar

		Yaş grubuna göre intiharlar															
		Yaş grubu															
		Toplam	-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	Bilinmeyen
2012	To lam	3.225	106	369	372	308	334	269	249	230	239	189	140	102	90	189	39
	Erkek	2.315	53	196	248	229	250	193	185	190	194	160	111	73	62	135	36
	Kadın	910	53	173	124	79	84	76	64	40	45	29	29	29	28	54	3
2011	To lam	2.677	103	354	266	280	276	202	231	202	190	153	93	74	78	157	18
	Erkek	1.876	45	175	176	184	203	147	190	156	159	118	69	60	63	117	14
	Kadın	801	58	179	90	96	73	55	41	46	31	35	24	14	15	40	4
2010	To lam	2.933	107	381	311	331	288	251	227	214	203	151	119	89	69	163	29
	Erkek	2.073	48	202	205	228	211	191	182	171	171	115	87	70	50	119	23
	Kadın	860	59	179	106	103	77	60	45	43	32	36	32	19	19	44	6
2009	To lam	2.898	95	331	272	326	263	251	229	256	219	190	113	99	81	159	14
	Erkek	2.111	49	175	177	237	198	207	183	201	182	148	87	75	59	122	11
	Kadın	787	46	156	95	89	65	44	46	55	37	42	26	24	22	37	3
2008	To lam	2.816	76	375	346	296	248	226	218	192	162	119	100	91	87	147	133
	Erkek	1.924	28	182	206	186	169	168	167	156	132	98	81	76	72	114	89
	Kadın	892	48	193	140	110	79	58	51	36	30	21	19	15	15	33	44

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Türkiye’ deki intiharların son 5 yıllık geçmişini incelendiğinde, intiharların en çok görüldüğü yaş aralığı olarak 15 - 35 yaş aralıkları dikkat çekmektedir. 2011 yılında toplam sayıda bir düşüş görülüyor olsa da intihar sayıları giderek yükselmektedir. 2012 yılında tüm yaş gruplarında genel bir artış söz konusudur. 2012 yılındaki intihar artışlarına yönelik veri elde edilememiştir. Kadınlarda intiharlar en çok 15 – 19, en az 70-74 yaş aralığında görülürken, erkeklerde 25 – 29, en az 15 yaş altında görülmektedir. Kadınlarda aile çatışmalarının, duygusal ilişkilerdeki çatışmaların, ergenliğin getirmiş olduğu hormonal etkilerin, sosyal çevreden etkilenme, fiziki değişikliklerin en çok yaşandığı yaş aralığı olan 15-19 yaş aralığı, kadınlarda intihar açısından en riskli dönemdir. Erkeklerde ise iş imkanlarının kısıtlılığı, hayata atılma dönemi, ekonomik sıkıntıların, evlilik, aileden kopma yaşları olan 20 – 24, 25-29 ve 30-34 yaş aralıkları intihar açısından en riskli yaş aralıklarıdır. Bu dönemlerde erkek intiharları toplamda yıllık 1000’ den daha fazladır.

3.4 Türkiye ‘de 2008-2012 Yılları Arasındaki İntiharların Bölgesel Değerlendirmesi

Dünya üzerinde ülkeler arası farklılık gösteren intihar sayıları Türkiye’de de bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Nüfus yoğunlukları da değerlendirmeler içerisinde yer aldığına beklentilerden daha farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Refah seviyesi daha yüksek bölgelerde ekonomik sebeplere bağlı intiharlar en güzel örnektir.

Tablo 3. Batı Marmara Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
İstanbul		370	403	429	387	533
Batı Marmara		160	172	169	129	161
Tekirdağ, Edirne, Kırklareli		91	84	78	66	81
	Tekirdağ	45	48	39	30	34
	Edirne	29	21	26	17	28
	Kırklareli	17	15	13	19	19
Balıkesir, Çanakkale		69	88	91	63	80
	Balıkesir	42	57	61	42	51
	Çanakkale	27	31	30	21	29

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri , Ankara, 2013.

Türkiye’ nin en fazla nüfusuna sahip olan Batı Marmara Bölgesi, intihar sayısı bakımından da en yüksek sayılara sahiptir. 2011 yılındaki sayısal düşüş bu bölgeye yansımış olsa da genel yükseliş yine göze çarpmaktadır. İstanbul 2012 yılında bölgedeki en yüksek intihar sayısına ulaşmıştır. Batı Marmara’ da 2009 yılındaki sayı en yüksek değerkken, 2011 yılındaki ciddi düşüş bölgedeki genel seyre uygundur.

Tablo 4. Doğu Marmara Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Doğu Marmara		208	258	274	218	300
Bursa, Eskişehir, Bilecik		109	147	171	128	193
	Bursa	68	98	109	85	135
	Eskişehir	36	34	46	39	48
	Bilecik	5	15	16	4	10
Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova		99	111	103	90	107
	Kocaeli	48	46	39	43	55
	Sakarya	24	34	32	24	23
	Düzce	9	12	10	8	8
	Bolu	13	7	14	8	9
	Yalova	5	12	8	7	12

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistik leri, Ankara, 2013.

Marmara Bölgesi' nin doğu kısmındaki intihar sayısı batı kısmındaki sayıların yarısında gibi görünse de ülkemizin en kalabalık nüfusuna sahip İstanbul' un Batı Marmara Bölgesi içerisinde değerlendirilmesi bu yanılsamaya neden olmaktadır. 2012 yılında Türkiye genelinde yaşanan intihar artışına Bursa, Eskişehir, Kocaeli gibi nüfus olarak büyük illerin yer aldığı bu bölgede de rastlanmaktadır.

Tablo 5. Ege Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Ege		465	506	457	449	525
İzmir		172	183	169	149	212
Aydın, Denizli, Muğla		147	194	165	173	183
	Aydın	65	82	75	69	73
	Denizli	44	62	40	57	59
	Muğla	38	50	50	47	51
Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak		146	129	123	127	130
	Manisa	61	56	54	50	48
	Afyonkarahisar	38	27	30	32	28
	Kütahya	30	27	22	24	25
	Uşak	17	19	17	21	29

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Ege Bölgesi' nin en yüksek nüfusuna sahip olan İzmir, kalabalık nüfusun etkisi ile bu bölgenin en yüksek intihar sayısına sahiptir. Muğla ilinin 2009 yılındaki intihar sayısı bir önceki yıla göre yaklaşık % 30 oranında artmıştır. Uşak ilinin intihar sayısının 2008 yılından 2012 yılına kadar % 70 artış göstermiştir. Bu yükselen intihar sayılarına karşın bu 5 yıllık süreç içerisinde Kütahya ili yaklaşık % 17, Afyonkarahisar ili ise yaklaşık % 26 düşüş oranına sahiptir.

Tablo 6. Batı Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Batı Anadolu		259	257	263	241	299
Ankara		173	169	184	172	213
Konya, Karaman		86	88	79	69	86
	Konya	77	74	60	58	80
	Karaman	9	14	19	11	6

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Türkiye' nin nüfus olarak en kalabalık 2. şehri durumundaki Ankara' yı da kapsayan Batı Anadolu Bölgesi' nin genel toplam sayısındaki küçük yükselişin nedeni Ankara ilindeki yaklaşık % 25 artışa karşılık Karaman ilindeki düşüştür. Batı

Anadolu Bölgesi' nin genel oranını etkileyen Ankara, 2012 yılında en yüksek sayıya ulaşmıştır. Karaman 2010 yılına kadar yükseliş eğrisi çizerken, 2010 yılından sonra intiharlarında azalma söz konusudur. Batı Anadolu Bölgesi' ndeki diğer illerdeki yükselişe karşın 2012 yılında bir önceki yıla göre yarı yarıya azalma söz konusudur.

Tablo 7. Orta Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Orta Anadolu		143	161	137	137	164
Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir		64	77	62	57	52
	Kırıkkale	9	10	11	10	8
	Aksaray	16	17	15	12	12
	Niğde	10	17	12	14	14
	Nevşehir	14	19	11	13	11
	Kırşehir	15	14	13	8	7
Kayseri, Sivas, Yozgat		79	84	75	80	112
	Kayseri	46	43	47	56	70
	Sivas	22	30	15	16	22
	Yozgat	11	11	13	8	20

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Nüfus bakımından kırsal yaşamı benimsemiş Orta Anadolu Bölgesi' ndeki en büyük şehir olan Kayseri' de 2012 yılındaki intihar sayısı 2008 yılına göre yaklaşık % 50 artış göstermiştir. Orta Anadolu Bölgesi' ndeki intihar sayıları genel olarak belli sayılar arasında sınırlı kalmıştır. Orta Anadolu Bölgesi' nde hayata dair büyük beklentilerin olmaması, ataerkil ve alışılmış bir toplum yaşantısının hakim olması, intihar sayılarında çok büyük değişiklikleri engellemektedir.

Tablo 8. Akdeniz Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Akdeniz		365	364	419	373	432
Antalya, Isparta, Burdur		112	136	136	137	141
	Antalya	79	106	105	101	101
	Isparta	18	16	17	20	27
	Burdur	15	14	14	16	13
Adana, Mersin		173	152	188	156	175
	Adana	78	78	116	84	85
	Mersin	95	74	72	72	90
Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye		80	76	95	80	116
	Hatay	30	39	40	34	42
	Kahramanmaraş	37	22	41	34	54
	Osmaniye	13	15	14	12	20

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Akdeniz Bölgesi' nin en büyük şehirleri olan Adana, ve Antalya' da intihar sayıları yükseliş gösterse de, Mersin' de intihar sayıları az miktarda da olsa azalmıştır. Adana son 5 yıl içerisinde 2010 yılında en fazla intihar sayısına ulaşmış, Antalya ise 2008' den sonra yaklaşık % 25 lik artış göstermiştir. Akdeniz Bölgesi doğu kültürü ve batı kültürünün karışımı illere sahiptir. Doğu illerinden, batı illerine göçler görülmektedir. Bu göç hareketi batı illerinde kültür çatışmalarına yol açmaktadır. Isparta, Burdur illeri Ege Bölgesi' ne yakınlığı nedeniyle diğer illerden kültürel olarak diğer illerden ayrılmaktadır. Isparta ilinde intihar sayısında 5 yıl içerisinde %30 artış görülmektedir. Genel toplamda ise en yüksek intihar sayıları 2012 yılında kaydedilmiştir.

Tablo 9. Batı Karadeniz Bölgesi İstatistikî Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Batı Karadeniz		188	201	180	152	191
Zonguldak, Karabük, Bartın		35	57	54	37	47
Kastamonu, Çankırı, Sinop	Zonguldak	15	37	42	22	30
	Karabük	7	10	4	7	14
	Bartın	13	10	8	8	3
	Kastamonu, Çankırı, Sinop	42	36	23	24	42
Samsun, Tokat, Çorum, Amasya	Kastamonu	22	20	13	16	29
	Çankırı	6	5	7	2	5
	Sinop	14	11	3	6	8
	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya	111	108	103	91	102
	Samsun	46	48	46	30	34
	Tokat	30	25	20	26	25
	Çorum	17	27	22	24	34
	Amasya	18	8	15	11	9

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Türkiye’ nin en durağan intihar sayılarına sahip Batı Karadeniz Bölgesi’ nde ciddi sayısal değişiklikler görülmemektedir. Batı Karadeniz Bölgesi’ nin küçük illeri olan Amasya ve Çorum’ da intihar sayıları ne kadar az olsa da oranları hiç küçümsenemeyecek değişimler göstermektedir. Amasya ilindeki intihar sayıları 2008 yılından itibaren % 50 oranında azalma gösterirken, Çorum ilinde ise % 100 artış göstermiştir. Batı Karadeniz Bölgesi’ nde intihar sayıları 2009 yılında en üst düzeye ulaşmış olsa bile Genel toplam Türkiye’ nin diğer bölgelerindeki büyük şehirlerdeki sayılara bile ulaşmamaktadır. Batı Karadeniz Bölgesi’ nin en büyük şehri olan Samsun ilinde 2009 yılında en yüksek intihar sayısı görülse de 2009 yılından sonra yaklaşık %25 oranında düşüş görülmektedir.

Tablo 10. Doğu Karadeniz Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Doğu Karadeniz		108	87	73	67	78
Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane		108	87	73	67	78
	Trabzon	17	19	25	27	21
	Ordu	30	33	20	24	22
	Giresun	16	14	14	8	12
	Rize	17	13	9	2	13
	Artvin	24	5	1	5	7
	Gümüşhane	4	3	4	1	3

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Türkiye’de herkesin hayranlıkla bahsettiği bir coğrafik yapıya sahip olan Doğu Karadeniz Bölgesi’ ndeki intihar sayılarının, genel toplamdaki yaklaşık % 28 lik düşüşü bölgeler içerisinde az rastlanılır bir durumu ortaya çıkarmaktadır. 2010 yılında Artvin’de, 2011 yılında ise Gümüşhane’de sadece ‘1’ intihar olması dikkatleri çeken başka bir ayrıntıdır. Kentlerde yaşayanların aynı zamanda kırsal yaşama da ulaşabilmeleri sosyal bir yaşam alanı oluşturmaktadır.

Tablo 11. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Kuzeydoğu Anadolu		109	81	99	100	92
Erzurum, Erzincan, Bayburt		39	30	35	41	37
	Erzurum	23	23	24	32	21
	Erzincan	13	6	8	9	12
	Bayburt	3	1	3	-	4
Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan		70	51	64	59	55
	Ağrı	21	21	24	24	19
	Kars	29	17	18	15	15
	Iğdır	13	8	15	8	14
	Ardahan	7	5	7	12	7

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Doğu Anadolu Bölgesi' nin kuzey kesimindeki intihar sayıları zaman içerisinde inişli – çıkışlı bir seyir izlese de Bayburt ilinde 2009 yılında '1', 2011 yılında ise '0' intiharın olması Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi' ndeki en dikkat çekici bulgudur. Iğdır iline bakıldığında 2009 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık %40 azalma varken, bir sonraki yılda yaklaşık %45 artış olmuştur. Bu seyir diğer yıllarda da bu şekilde devam etmiştir. Erzurum 2011 yılında en üst sayıya ulaşmış, Erzincan 2008 yılından sonra son 5 yılın en düşük intihar sayısına ulaşmış olsa da 2012 yılında yine aynı seviyelere ulaşmıştır.

Tablo 12. Ortadoğu Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Ortadoğu Anadolu		167	158	153	173	163
Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli		71	81	70	77	89
	Malatya	30	29	27	23	35
	Elazığ	31	32	18	35	34
	Bingöl	5	9	12	13	17
	Tunceli	5	11	13	6	3
Van, Muş, Bitlis, Hakkari		96	77	83	96	74
	Van	59	43	47	52	23
	Muş	13	19	23	22	30
	Bitlis	17	11	8	16	12
	Hakkari	7	4	5	6	9

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

İntihar sayıları hususunda genel olarak durağan bir seyir gösteren Doğu Anadolu Bölgesi' nin orta ve güneydoğu kesiminde değişen nüfusları da göz önüne alarak yapılan istatistikler daha doğru sonuçlar verecektir. Ortadoğu Anadolu Bölgesi' nde en yüksek intihar sayıları 2011 yılında tespit edilmiştir. Van ilinde 2012 yılında, daha önceki yıllara oranla yaklaşık %50 azalma dikkat çekicidir. Bingöl ilinde son 5 yılda intihar sayıları 3 kat artmıştır.

Tablo 13. Güneydoğu Anadolu Bölgesi İstatistiki Sınıflamasına Göre İntiharlar, 2008-2012

Yıllar		2008	2009	2010	2011	2012
Güneydoğu Anadolu		274	250	280	251	287
Gaziantep, Adıyaman, Kilis		72	98	88	84	73
	Gaziantep	55	72	67	57	55
	Adıyaman	9	22	19	24	14
	Kilis	8	4	2	3	4
Şanlıurfa, Diyarbakır		132	101	129	100	139
	Şanlıurfa	69	45	46	37	68
	Diyarbakır	63	56	83	63	71
Mardin, Batman, Şırnak, Siirt		70	51	63	67	75
	Mardin	22	11	14	17	34
	Batman	29	19	19	29	9
	Şırnak	7	9	22	9	14
	Siirt	12	12	8	12	18

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Toplumsal değerlerin üst düzeyde olduğu, toplumsal baskının hissedildiği bu bölgede aynı oranlara sahip intihar sayılarına ulaşılmaktadır. Toplumsal baskının en çok hissedildiği kırsal yerleşim yerlerinde doğru bilgi toplanabildiği şüphesi her zaman var olmuştur. Ancak son yıllardaki veri toplama sistemlerindeki gelişim sayesinde güncel bilgilerin güvenilirliği artmaktadır.

4. İNTİHARA TEŞEBBÜS YÖNTEMLERİ

4.1 İntihara Teşebbüs Yöntemleri

Bireyin intihar teşebbüs yöntemi; kişinin intihar fikrinin amacı, içinde bulunduğu fiziki şartlar, mekan, ulaşabileceği materyaller, intiharı ile arkada bırakmak istediği mesaj, yöntemin medyatikliği ile yakından ilişkilidir. Bireyin kendisini asma yöntemi ile intihar etmesi, materyal yetersizliği, ulaşılabilir materyal kısıtlılığı, medyada en çok görülen bir yöntem olması, geriye ‘Bunun sebebi sizsiniz!’ mesajı bırakmak istemesi gibi nedenlerden herhangi birisi ya da hepsi olabilir. İntihar olgusal olarak bir bütün ele alındığında üzerinde durulması gereken en önemli konulardan biri de intiharın yöntemleridir. Günümüze kadar yapılan intihar araştırmalarında intiharın yöntemleri yeterince ilgilenilmemiş veya kısaca ele

alınmıştır. İntihar yöntemleri, bireysel olarak farklılıklar gösterdiği gibi toplumsal açıdan da belirli farklılıklar göstermektedir. Bir bireyin toplum içerisinde yaşaması onun herkes tarafından kabul edilebilir davranışları ve tutumları sayesinde olur. Birey toplumda aklı başında yaptığı eylemleri ile vardır. Aklı başında bir bireyin intihar eylemi ise yaşamının son ve belki de en önemli eylemidir. İntihar eyleminin bireyin en önemli eylemi olma ihtimali düşünüldüğünde yöntem biçimi büyük önem kazanır. Bireyler bu eylemi gerçekleştirirken gelişigüzel yöntemler seçmemektedirler. Kendi korkularına, çözemediği sorunlarına, karşı tarafa vermek istedikleri mesaja ve en önemlisi toplumsal yapının özelliklerine uygun olan yöntemleri tercih etmektedirler. “Örneğin; kentin en yüksek binasından atlayan, kalabalık bir seyirci kitlesinin önünde hayatlarına kıyan kişilerin belki de tüm dünyaya olan kızgınlıklarını ilan ettikleri ve o güne kadar önemsiz kalmış varlıklarına bir an için herkesin dikkatini çekmeyi umut etmiş oldukları düşünülebilir.”¹ Genellikle intiharın sonucu ve nedenleri üzerinde çalışmalar yapılmış, intiharın yöntemleri değerlendirmelerde değil, tanımlamalarda kısaca ele alınmıştır. İntiharın yöntemleri kendi içerisinde bir çok mesaj içermektedir.

Bireylerin tercih ettiği intihar yöntemini etkileyen bir çok neden vardır. Bunlardan birisi de cinsiyettir. Kadınlarla erkeklerin tercih farklılıkları araştırmacıların dikkatini çekmiştir. “Kadın ve erkek için ilaç alma veya kendini zehirlleme yöntemi % 88.21 ile ilk sırayı alırken ikinci sırayı kesi yöntemi oluşturmaktadır. Kadınlarla erkekler karşılaştırıldığında, erkeklerin kadınlara oranla bir intihar girişim yöntemi olarak kesiği tercih ettikleri söylenebilir (kadın: %2.67, erkek: %19.90). Bu bulgular ilgili literatürde, intihar girişim yöntemi konusunda kadınların tercihinin kendini zehirlleme olduğu, erkeklerin ise daha ciddi yöntemler seçtikleri sonucuyla uygunluk göstermektedir. Vak'aların yaklaşık % 4'ünde çeşitli intihar girişim yönteminin yanı sıra alkol alımı saptanmıştır.”² Cinsiyet intihar yöntemi seçiminde ciddi bir kriter olarak kendini göstermektedir. Erkekler materyal kullanarak ve kendi vücutlarında belirgin dış yaralar oluşturarak intihar etmekte iken, kadınlar daha az yaralanma ile intihar teşebbüsünde bulunmaktadır.

¹;http://www.spinabifidaturkey.com/smf/index.php?topic=1571.0 (Erişim Tarihi: 05.01.2014)

² I. Sayıl ve Ark., “Ankara’da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma”, KD, S.2, C.1, Ankara, 1993,s.58.

Toplumsal değerler her topluluğun yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bu değerler bazı toplumlarda o kadar kuvvetlidir ki, bu değerler bireylerin intihar yöntemlerini bile etkilemektedir. Toplumsal yaşamı düzenlemek amacıyla var olan toplumsal değerler, bir anda bireylerin ölümlerine yön verir duruma gelmektedir. İntihar hakkında yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, tarihsel süreç içerisinde ve toplumlar arasında intihar yöntemleri çok önemli farklılıklar. Bir toplumda çok yaygın olan bir intihar yöntemi başka bir toplumda çok az kullanılan ya da hiç kullanılmayan bir yöntem olabilmektedir. Aynı toplumun yıllar önce kullandıkları yöntemleri terk ettikleri de yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir. İntihar yöntemlerinin toplumlardaki bu farklı biçimleri, değişen toplumsal yapılardan kaynaklandığı gibi toplumsal baskıların etkisini de yansıtmaktadır. Bu nedenle intihar toplumsal açıdan ele alınmalı ve incelenmelidir.

İntihar yöntemleri incelenirken irdelenmesi gereken kriterler toplumun genelini kapsayan spesifik öğeleri de barındırır özelliklerde olmalıdır. “Cinsiyetler arasında olsun, yaş grupları arasında olsun seçilen yöntemlerdeki farklılıklar belirgin özellikler gösterir.”¹ İntihar yöntemini belirleyen bir çok neden vardır. Bu nedenler bazen bireyin öz benliği ile alakalı olmasına rağmen bazen de bireyin ait olduğu toplumla da alakalı olmaktadır.

4.2 Türkiye’de 2008-2012 Yılları Arasında İntihar Şekilleri

Türkiye’ de, diğer dünya ölkelerinde de olduğu gibi kendini asma suretiyle intihar eylemi diğer yöntemlere göre fazlalık göstermektedir. Kendini asma yönteminin hemen her toplumda gösterdiği oransal fazlalık, belki de idam cezalarının uygulanmasında bu yöntemin kullanılmasından kaynaklanmaktadır.

¹;http://www.intihar.de/yontemler.htm (18.10.2013)

Tablo 14. 2008-2012 Yılları Arasında İntihar Eylemlerinde Kullanılan Yöntemler

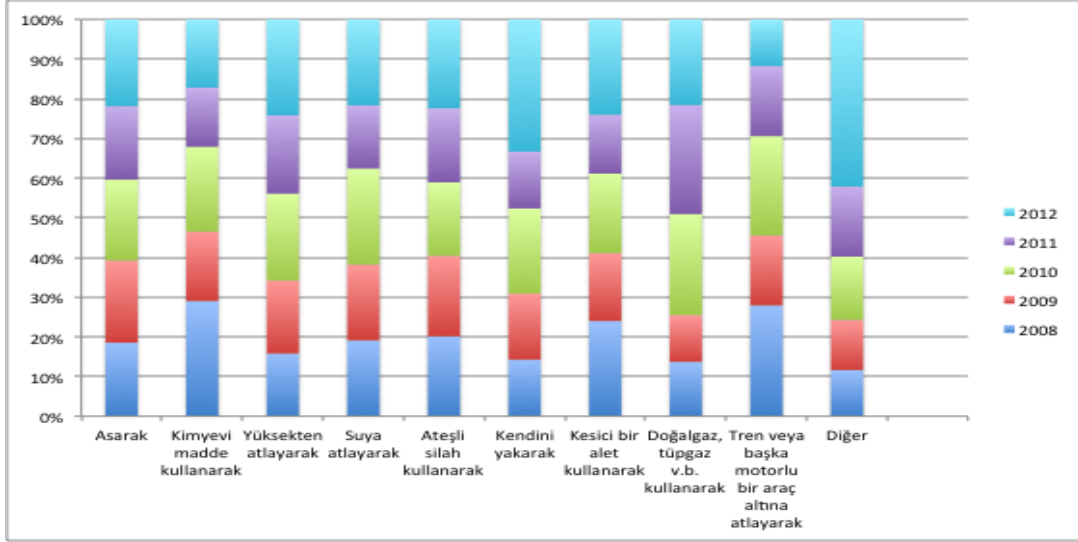
	2012		2011		2010		2009		2008	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Asarak	1.199	442	948	443	1.080	448	1.121	436	973	419
Ateşli silah kullanarak	701	137	561	137	574	119	627	133	583	171
Yüksekten atlayarak	175	157	151	119	177	123	136	117	121	96
Kimyevi madde kullanarak	82	82	87	55	103	101	110	57	122	155
Diğer	112	65	45	29	33	34	30	23	31	18
Suya atlayarak	44	16	32	12	51	16	42	11	39	14
Kesici bir alet kullanarak	36	6	24	2	25	10	25	5	29	13
Doğalgaz, tüpgaz v.b. kullanarak	10	1	13	1	11	2	6	0	7	19
Tren veya başka motorlu bir araç altına atlayarak	6	2	10	2	13	4	8	4	13	6
Kendini yakarak	12	2	5	1	6	3	6	1	6	0

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde Türkiye’deki intiharlarda kullanılan yöntemlerde ilk sırayı kendini asma şeklinde gerçekleşen intihar eylemleri almaktadır. İkinci sırada ateşli silah kullanma, üçüncü sırayı ise yüksekten atlama sonucu gerçekleşen intiharlar oluşturmaktadır. “İntihar yönteminin seçiminde kuşkusuz ki cinsiyet farklılıkları da önemli bir yer tutmaktadır. Her cinsiyetin seçtiği kendine özgü intihar vasıtaları bulunmaktadır.”¹ İntihar eylemlerine cinsiyet açısından değerlendirildiğinde erkek bireyler kadın bireylerden 2,5 kat fazla olduğu tespit edilmektedir. En çok tercih edilen intihar yöntemi olan kendini asma, erkeklerin daha çok başvurduğu bir yöntemdir. Kadınlar ise daha az acı veren kimyevi madde alarak intihar etme yöntemini tercih etmektedir. Diğer yöntemler ise kendisini boğma, kendini yabani hayvan zehrine maruz bırakma gibi çok az rastlanır yöntemleri kapsamaktadır.

¹ M. T. Yücel, Suç ve Ceza Anatomisi, Ankara, 1973, s.38.

Grafik 7. 2008-2012 Yılları Arasında İntihar Eylemlerinde Kullanılan Yöntemleri Gösteren Grafik



Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, Ankara, 2013

Türkiye’ de intihar fikri oluşmuş bireyler teşebbüs aşamasından önce içinde kendisinde oluşmuş bu fikri beyan etmekten kaçınmamaktadır. Kişisel çabalarıyla ya da medikal yardım/psikolojik destek almak amacıyla sağlık kuruluşlarına başvurularda bulunmuşlardır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki, Türkiye’ deki intihar girişimleri yaşamı sonlandırmaktan ziyade dikkat çekmeye ya da isteklerini yerine getirtme çabası olarak gerçekleştirilen amacından uzak denemeler olarak ortaya çıkmaktadır. “Yapılan bir çalışmada intihar edenlerin % 80’inin daha önce intihar edeceklerini bir şekilde bildirdikleri ve intihar edenlerin % 50’sinin intihardan önceki bir ay içinde, % 25’inin de intihardan önceki bir hafta içinde tıbbi yardım için doktora başvurdukları bildirilmektedir.”¹ Bu başvuruların asıl amacının bir yardım çağrısı olduğu aşikardır. Kişisel istekleri ile başvurdıkları kuruluşlardan yeterli desteği bulamayan kişiler intihar fikri aşamasından intihar teşebbüs aşamasına ulaşmaktadır.

Türkiye’de de intihar olayları her geçen gün artmaktadır. Son 30 yılda yüzde 440 artış göstermiştir. Araştırmalara göre son 10 yılda ülkemizde toplam 25 bin kişi intihar girişiminde bulunmuştur. Son verilere göre de yılda ortalama 2 bin 800

¹ I. Sayıl ve Ark., “Kriz ve Krize Müdahale”, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, 2000, s.6.

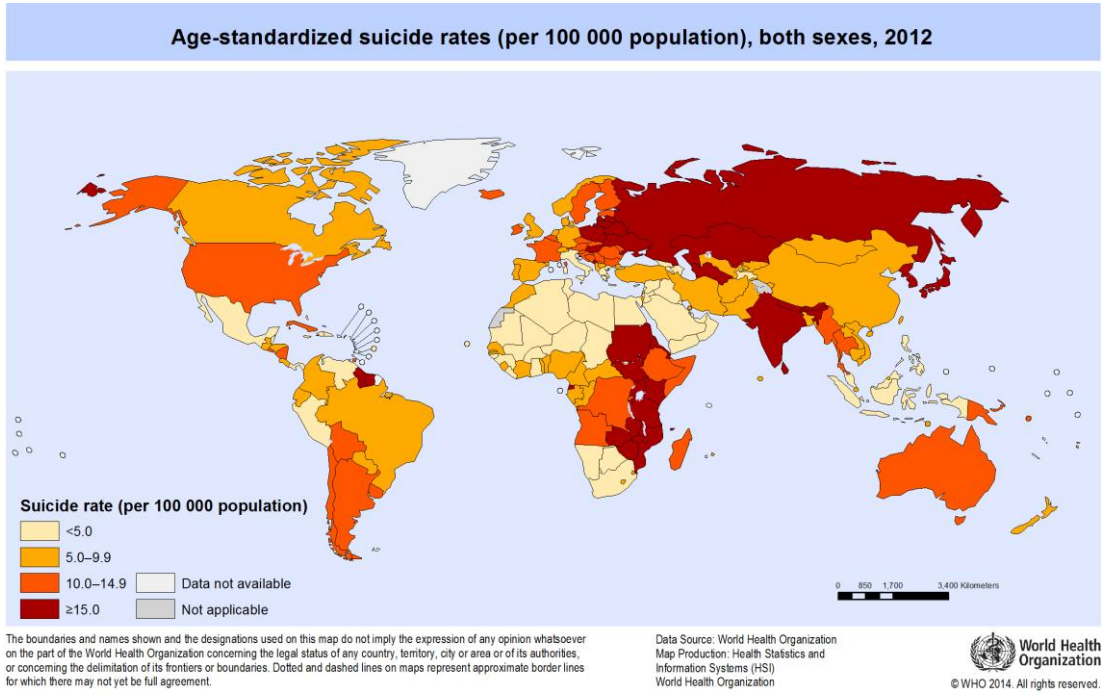
kişinin intihar neticesinde hayatını kaybettiğini gösteriyor.”¹ Türkiye’ de cinsiyetlere göre intihar nedenlerine bakıldığında, kadınların sırası ile psikolojik nedenler, psikiyatrik hastalıklar, aile içi huzursuzluklar, tartışmalar ve şiddet, aile baskısı, namus, çocuk olmama ve fiziki rahatsızlıklar takip etmektedir. Bu sıralamanın doğruluğu konusunda çeşitli endişeler vardır, çünkü ülkemizde nedenlere yönelik kayıtların sağlıklı olmadığı gerçeği maalesef istatistikleri etkilemektedir. Erkeklerin intihar nedenleri ise sırasıyla ekonomik nedenler, psikolojik rahatsızlıklar, psikiyatrik hastalıklardır. İntihara teşebbüs edenlerin ve intihar edenlerin nedensel, yönetsel ve sonuçsal incelemeleri yapıldığında farklılıklar gösteren bir çok olgu tespit edilmiştir. Bu çeşitlilik göstermektedir ki; intihar risk gruplarını belirlemek, rehabilitasyon veya tedavi etmek oldukça güçtür. Bu kadar çok sayıda bilim dalını ilgilendiren intiharın çalışmalarında ve oranlarında farklılıklar göstermesi olağan bir durumdur. Gelişen teknolojinin de yardımı ile toplanacak sağlıklı veriler intiharın asıl nedenleri hakkında gerçek bilgilere ulaşmayı sağlayacak ve bu veriler ışığında alınacak tedbirler bireylerin intihar öncesinde tespit edilip tedavi edilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

4.3 Dünyada 2012 Yılında İntihar ve İntihar Teşebbüsleri

Tüm dünya üzerindeki intihar teşebbüs sayılarına bakıldığında, dünyada yeni tanı konulan kanser vakalarına, intihar girişimi sonucunda ölenlerin sayısı da yaklaşık olarak her yıl tanı konulan akciğer kanseri sayısına eşittir. “Dünya Sağlık Örgütü” nün verilerine göre, yılda ortalama 1 milyon kişi intihar ediyor. Yılda 10 ila 20 milyon arasında kişi intihar girişiminde bulunuyor bu da her 3 saniyede 1 kişi intihara kalkışıyor demektir. Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılı verilerine göre dünyadaki intiharlar hakkında bir harita yayınlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü bu haritayı yayınlarken hiçbir kriteri baz almamıştır. Yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, kullanılan yöntem gibi kriterlerden uzak bir yayın olsa bile dünyada intihar oranlarının ne kadar ciddi boyutlarda olduğunu göstermesi açısından çok önemlidir.

¹;http://www.afyonkarahisarsosyaletutproje.gov.tr/default_B1.aspx?id=56 (18.10.2013)

Resim 1. Dünyada İntihar Oranları Haritası (Her 100.000 Kişide)



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü, 2014

Yukarıdaki haritada, dünyada intihar sayıları her 100.000 kişi için gösterilmektedir. Buna göre, kırmızı ile işaretlenmiş ülkelerde her 100 bin kişide intihar sayısı 15 veya 15'in üzerindedir. Turuncu ile işaretlenmiş ülkelerde bu sayı 10 ile 15 arasında, sarı ile işaretlenmiş ülkelerde 5 ile 10 arasında, açık sarı ile işaretlenmiş ülkelerde ise bu sayı 5'in altındadır. Ayrıca beyazla işaretlenmiş ülkelerden intihar verileri alınamamış, gri ile işaretlenmiş ülkelerde ise veri analizlerinin sağlıklı yapılamaması gerekçesi ile değerlendirmeye alınmamıştır.

İslam ülkelerinin çoğunda intihar oranları yüzbinde 5' in altındadır. İnançsal açıdan intiharın yasaklanmış olması bireylerin intihara yönelimini engellemektedir. Bireyler çıkış yolu bulamadığı durumlarda Allah' a sığınmakta ve beklemektedir. Alkolün veya maddenin kötüye kullanıldığı ülkelerde bu oran yüzbinde 15' in üzerindedir. Alkolün veya maddenin kötüye kullanımı nörolojik ve ruhsal bozukluklara neden olmakta, uzun süre kullanımları patolojik bozukluklara yol açtığından intiharların en büyük nedenlerini yerine getirmiş olmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

İNTİHAR TEŞEBBÜSÜNÜN NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. İNTİHAR TEŞEBBÜSÜNÜN NEDENLERİ

Ülkemizde intihar değişkenlere göre farklılıklar göstermektedir. Bireyin fiziki özellikleri bu değişkenlerin en önemlileri arasında yer almaktadır. İntihar vakaları incelendiğinde yaş ve cinsiyetle yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Genç yaşlarda sıklığı artmaktadır. “Ölümle sonuçlanan intiharlarda erkek intihar oranı kadınlarınkinden daha fazla olup 2-3 katıdır.”¹ Daha önceki bölümlerde de verildiği üzere 2008-2012 TÜİK verilerinde de durum benzerlik göstermektedir. İntihar ölümle sonuçlananlar veya teşebbüs aşamasında kalanlar olarak ayrıştırıldığında bu durum tersine dönmektedir. “İntihar girişimleri, kızlarda erkeklere nazaran iki kat daha fazladır.”² İntiharın bir gerçeği de imdat çağrısı olmasıdır. Herkesin başvurabileceği ancak içeriği ve neticesi itibarıyla geri dönüşün olamayacağı saklı ve karanlık bir yol olması nedeniyle herkesin sonlandıramayacağı bir imdat çağrısıdır. Bu nedendir ki intihar teşebbüsünde bulunan birey asıl amacı olan imdat çağrısına karşılık bulunca intihardan vazgeçerler.

Ülkemizde TÜİK verileri incelendiğinde, erkeklerde ölümle sonuçlanan intihar oranının, kadınların iki katı olduğu, kaba intihar hızının 3.30/100.000 olduğu, bu sayının 32.42’si 15-24 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. “15-65 yaş arası 683 kişi ile gerçekleştirdiği araştırma bulgularına göre, 15-25 yaş arası bireylerde daha fazla umutsuzluk ve yalnızlık görüldüğünden daha az yaşamı sürdürme düşüncesine sahip oldukları ve buna paralel olarak da intihar düşüncesinin bu yaşlarda arttığı sonucuna ulaşmışlardır.”³ Bireyin hayatındaki sorumluluklarının artışı, hayat içerisindeki tecrübeleri, bireyin ileriki yaşantısına dair planlamaları

¹ C.O. Arsel - A.D. Batıgün, “İntihar ve Cinsiyet: Cinsiyet Roller, İletişim Becerileri, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme”, Türk Psikoloji Dergisi, C.26, S.68, Ankara, 2011, s. 2.

² K.Tatlıoğlu, Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.12, S.2, Bolu, 2012, s.136.

³ Tatlıoğlu, s.136.

kişiyi intihardan vazgeçiren sebeplerdendir. “ABD’de yapılan araştırmada 15-24 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı intiharlar almaktadır.”¹ Dünyada ortalama her 3 saniyede 1 kişi intihar girişiminde bulunmakta ve her 40 saniyede 1 kişi intihar ederek yaşamını yitirmektedir.

Yapılan çalışmaların sonuçlarını genel olarak ele aldığımızda, gençlerin kendilerini problem çözme konusunda yetersiz kaldıklarından stresli bir durum ya da olay karşısında da ilk olarak intiharı düşündükleri görülmektedir. Bireyin gelişim evreleri içerisinde ergenlik dönemi riskli bir durum arz etmektedir. İntihar, gençlerde ölüme sebep olan faktörler içerisinde trafik kazalarından sonra önde gelen nedendir. İntiharlar, cinsiyete göre ele alındığında, kadınların stresli bir olay ya da durum karşısında, kendilerini erkeklere göre daha güvensiz algıladıkları, kadınları öfkeliendiren etmenlerin erkeklerden daha fazla olduğu, kadınların daha çok kaygılı ve içe dönük tepkiler sergiledikleri, erkeklerin ise daha çok saldırgan tutumu benimsediklerine ilişkin bulgulara ulaşıldığı görülmektedir.

Literatüre bakıldığında bu alanda bireyi intihar etmekten alıkoyan önleyici faktörler ile onları hayata bağlayan yaşamsal olaylar üzerinde yeterince çalışma yapılmadığı görülmektedir. Nedenler kadar yaşamsal faktörler de değerlendirilmelidir.

“İntihara neden olan olaylar kısaca aşağıda listelenmiştir:

- Bireyin, anne baba ya da kendisi için çok önemli bir kişi tarafından reddedilme ya da terk edilme duygusunu yaşaması ve bu duyguyla baş edememesi,
- Çocuk ve gençte özbeğeni sorunları yaratan, ailevi problemlerle oluşan iletişim eksikliği,
- Kişinin yaşam güçlükleri karşısında yalnız bırakılması, hissettiği kaygı ve güvensizlikleri bir başına yaşamak zorunda kalması,

¹ Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı”, İl Koordinasyon Kurulu 10. Toplantı Tutanağı, Kırıkkale, 2010.

- Ailede birlik ve bütünlüğün ya kısmen bulunması, ya sınırlı olması ya da hiç bulunmaması,
- Anlayışsız ve düşmanca ana baba tutumlarına maruz kalınması,
- Ailede intihar edenlerin bulunması, depresyon,
- Alkol ya da diğer maddelerin aşırı kullanımı,
- Bir aile üyesinin ya da çok yakın birinin kaybı, sevilen ölmüş bir kişiyle tekrar birleşme arzusu,
- Yaşam ya da sağlıkta ortaya çıkan ya da çıkması beklenen olumsuz olarak algılanan değişiklikler,
- Uzun süreli ölümcül hastalık,
- Kişinin cinsel kimlik sorunu yaşıyor olması,
- Yakın zamanda bitmiş çok yakın bir ilişki,
- Gerçek ya da hayali, fiziksel ya da duygusal bir terkedilmenin öcünü almayı isteme,
- Kişinin tamir edilemeyecek bir hatanın kefareti bu şekilde ödeyeceğini düşünmesi,
- Büyük zorlamalar getiren yaşantılar,
- Özellikle gençlik intiharlarında silahların kolay ulaşılabilir olması, intiharı romantik, mistik bir eylem olarak yücelten film, kitap ya da müzikler,
- Bir intihara şahit olmak, kişinin kendini ölen kişiyle özdeşleştirmesi ya da medyanın o kişiye övgüler yağdırması,
- Çete ve şiddet olaylarına karışma,
- Bilinmeyen nedenler.

Tüm bu olası nedenleri bir kaç başlık altında özetleyecek olursak; biyolojik ve genetik, psikolojik ve sosyal, sosyo-demografik nedenler, fiziksel hastalıklar, psikiyatrik bozukluklar şeklindedir.”¹ Bu sınıflama ile intiharın nedenlerini belirli başlıklar altında toplamak, beraberinde de belirli kolaylıkları getirecektir. Önlem aşamasında risk gruplarına yönelik nedensel çözümlerde bu sınıflamalar etkin rol oynamaktadır.

1.1 Biyolojik ve Genetik Nedenler

1.1.1 Biyolojik Nedenler

Bireyin intiharına neden olacak biyolojik nedenlerin en önemlisi beden yapısıdır. Aşırı şişmanlık ya da zayıflık, bedensel özürlülük durumu, vücudun hormon düzeyindeki değişimlerin olduğu zamanlar sayılabilir.

Aşırı şişman ya da zayıf kişilerin çevresindekiler tarafından alay konusu olması kişinin intiharına zemin hazırlamaktadır. Bu alaycı tavırları bertaraf edemeyen birey öncelikle zayıflamak ya da kilo alımı için çabalar göstermekte, başarısızlıkla sonuçlanan girişimleri neticesinde intihar yolunu tercih etmektedir. ”Aşırı şişmanların da, zayıflar gibi, normal ağırlıklı kişilere göre daha çok intihar ettiğini ortaya çıkarmıştır. Bu tür kişilerde intihar oranının yüksek olmasını ise,, toplumun bu tip kişilere karşı takındığı alaycı tavırlarda aramak daha gerçekçi olacaktır.”² Çevreden gelen alaycı ya da acıyıcı tavırlar özürlü bireyleri en çok rencide edici durumdur. Birey bu durumla baş etmek için kendisini evine hapsedmekte ve neticesinde yalnızlaşmaktadır. Yalnızlığın vermiş olduğu buhran kişinin intihar tercihini tetiklemektedir.

Kadınlardaki adet dönemi gibi hormon dengesindeki değişimler bireyi intihara sürükleyen nedenlerdendir. Bu özel zamanın öncesinde yumurtlama, kanama gibi adet aşamalarını hazırlayan bazı hormonların seviyelerindeki değişimlerin etkisiyle kadınlarda adet dönemi öncesinde başlayan ve kanama sona erdikten sonra bile birkaç gün devam eden stres, sıkıntı, gerginlik, alınganlık, hassasiyet söz konusudur. Bu ruhsal değişimlere sebep olan biyolojik değişimlerin etkisiyle kadınlar bu dönemlerinde erkeklere oranla intihara daha yakındır.

¹.....; http://yaprakyasam.com/tedaviler.php?yazi_id=34&title=İNTİHAR (18.10.2013)

².....; <http://www.intihar.de/bio.htm> (20.11.2015)

Sayılan nedenlerin hepsi bireyin biyolojik durumlarının ruh sağlığını etkilemesi sonucunda oluşmuş intihar nedenleridir. Biyolojik nedenlere yönelik desteklemeler bireyin baş etme gücünü artıracaktır.

1.1.2 Genetik Nedenler

İnsanların hayatlarındaki birçok özellikleri genetik kodlamalar ile üst kuşaklarından bireye aktarılmaktadır. Bu kodlamalar içerisinde genetik yapısındaki hatalar da kişilere geçen hastalıklar olarak bireye naklolmaktadır. “Psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, intihar davranışında da ailesel yatkınlık söz konusudur.”¹ Ailesel yatkınlığın intihar üzerindeki etkiyi ikizler, evlatlıklar gibi ayrıştırıcı gruplar üzerinde çalışmalar yapılmış ve kuvvetli verilerle ailesel yatkınlığın önemine dikkat çekilmiştir. İntiharın nesilden nesile aktarılan genetik bir hastalık olup olmadığı araştırmacıların önemle üzerinde durduğu bir konu olarak ortaya çıkmaktadır.

İntiharın genetik kodlamalarla bireye geçen hastalıkların bir komplikasyonu mu yoksa intiharın kendisinin mi bir hastalık olduğu bilim araştırmacılarını ikilemler içerisine sürüklemiştir. Bireyin genetik kodlarında yer alan yatkınlık konusunda ciddi kanıtları elinde tutan araştırmacılar genetik nedenlerin diğer etkenlerle karşılaştırmalarını yapmışlardır. “Bu konuda yapılan çalışmalar genetik etkenlerin rolünün, diğer psikiyatrik hastalıklar ve psikolojik stresörlere bağımlı olmaksızın %30-50 arasında, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğunu göstermektedir.”² Yapılan araştırmalar göstermektedir ki bireylerin intihar eğilimleri genetik yapılarıyla yakından ilişkilidir. Psikiyatrik hastalığı bulunan her bireyin intihar etmemesi de hastalar arasında ayrı bir araştırma gerektiği fikrini oluşturmuştur. Psikiyatrik bozuklukların intihar üzerindeki etkisi düşünüldüğünde her hastanın intihar etmemesi genetik yatkınlığın önemini ortaya çıkarmıştır. “Bu aday genlerden en önemlileri serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), triptofan hidroksilaz (TPH), bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), katekol-O-metiltransferaz (COMT), monoamin oksidaz A(MAOA), tirozin hidroksilaz (TH) genleridir.”³ Kişinin genetik kodlarından gelen ve kişilik oluşumunu etkileyen

¹ D. Özsoy - E. Eşel, “İntihar”, APD, S.4, Sivas, 2003, s.179.

² Özalp, s.86.

³ K. Tatlıoğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S.2, Bolu, 2012, s.143.

işsel davranışları, duyguları ve baş edilemeyen stres karşısındaki saldırganlıklarının intihar ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Son yıllarda gelişen teknolojik incelemelerle keşfedilen genlerin intihar üzerine etkileri tartışılmaktadır.

Genetik kodlamaların çok yakın olduğu tek yumurta ikizleri ile genetik kodları farklılıklar gösterebilen çift yumurta ikizlerinin intihar fikri, intihar teşebbüsü, ölümle sonuçlanan intihar gibi seviyesel intihar farklılıkları görülmektedir. Psikolojik rahatsızlıklar çevresel faktörlerle tetiklenirken, psikiyatrik bozuklukların genetik yapı ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. İntiharın genetik kodlarla geçen hastalıklardan bağımsız bir durum olduğunu ispatlamaya yönelik yapılan araştırmalar henüz bir kesinlik kazanamamıştır.

1.2 Psikolojik ve Sosyal Nedenler

1.2.1 Psikolojik Teoriler ve Nedenler

İntihar nedensel açıdan incelendiğinde bilimin her alanından çok çeşitli sebepler bulunabilir. İntihar çok geniş bir bilimsel alanı kapsar. İntihar nedensel açıdan değerlendirilemez durumdayken yapılan incelemeler bilimin her alanını kapsayan kompliman bir yapıya bürünmüştür. Freud'un, yıllar sonra yaptığı bireysel psikolojinin intihar üzerindeki etkilerini gösteren açıklaması birçok araştırmacının çalışmalarında yer almıştır. "Zalim ya da katı süperegounun egoyu yaşamaya layık bulmayacak kadar aşağılaması ya da süperegounun baskısı altında kalan egoun, vaktiyle ihtiyaçlarını karşılamayarak kendisini sürekli engelleyen ebeveynin temsilcisi olan süperegoyu yok edişidir."¹ Bu açıklama bir tıp doktorunun, bir psikiyatrin bile geç fark edişlerini göstermektedir.

Freud'un fikirlerini yıllarca savunan ve etkisinde çalışmalar yapan dönemin en önemli psikiyatrları intiharı yapıcı ve yıkıcı dürtüler çerçevesinde değerlendirmiştir. Ünlü psikiyatrların fikirlerinden etkilenecek intiharın tek bir süreçten oluşmadığını savunan fikirler de mevcuttur. Saldırgan tutumlarını işsel çabaları ve baş etme yöntemleri ile bastıramayan, dışa vuramayan bireyin bu tutumunun kendine dönmesi olarak tanımlama yapan Meninger intiharın akut bir

¹ S. Berber, "İntiharın Psikodinamik Kuramı", 3P Dergisi, S.3, Ankara, 1995, s. 56.

olgudan çok devamlılık gösteren bir olgu olduğunu savunmuştur. “Meninger’e göre özkıyım, süreğen özkıyım eğilimlerinin ileri bir aşamasıdır.”¹ Zaman içerisinde intihar fikrinin kronikleşmesine bağlı olarak gelişen bu süreç intihar girişimi ile sonlanır.

Tüm canlılar huzurlu ve sakin bir hayat arzusu içerisinde. İnsanlar toplumsal yaşantı içerisinde sessiz alanları veya zamanları kaçış olarak görür. Canlılığın özünde gürültü ve karmaşa vardır. Bu insanın özüyle çatışan en önemli tezatlıktır. İntihar bu tezatlıktan kurtulma yoludur. Çünkü ölüm sonsuz sessizliğin, sonsuz uyumun ve karmaşadan sonsuza kadar uzaklaşmanın tek ve yegane yolu olarak görülmektedir. Dolayısıyla varoluşun aslı ile özleneni arasındaki farklılığı yaratmış olduğu stres ölüme gitme fikrini oluşturmaktadır. İntiharın nedenleri ile baş edebilen bireyler varoluşunun temelinde yatan yaşama içgüdüsünden hareketle varlığını idame ettirmeye çalışır. “Jung, yaşamanın yitirildiği duygusu içinde olan bireyin, bilinçdışı yeniden doğma isteğine bağlı olarak intihar ettiğini söyler.”² Bu fikirler intiharın sadece kaçış olduğu durumlarda geçerlidir. İntiharın bir isyan, cezalandırma yaptırımlarını kapsamayan dar bir bakış açısıdır.

İntiharın bir de merak tarafı vardır. Dünya yaşantısı içerisinde doyumsal noktaya ulaşmışlık, varoluş amacına ulaşılmışlık, yaşamın ötesindeki dinsel vaatlere olan meraklar bireyi yaşamaktan uzaklaştırmaktadır. “Varoluşçu psikoterapistlerden Victor E. Frankl’a göre; ‘eğer yaşamda gerçekten bir anlam varsa, acıda da bir anlam olmalıdır.’ Acı, yaşamın kader ve ölüm kadar, silinmez bir parçasıdır.”³ Bireylerin yaşamsal çabaları analiz edildiğinde intihar fikri ile baş edebilen bireylere bakıldığında hemen hemen hepsinin yaşama için bir sebebinin olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bireyin varoluşuna aykırı bir boşluk içerisinde kalması intiharın temel sebebidir ve saldırganlık, madde bağımlılığı gibi faktörler esas etkeni harekete geçiren nedenlerdir. Bireyin yaşantısı içerisindeki inançsal boşluklar veya zayıflıklar kişiyi ruhi bir boşluğa itmektedir. Bu boşluktan kurtulma yolu olarak da intihar görülmektedir.

¹ C. Odağ, İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım, İzmir, 1990.

² C. Odağ, Psikiyatri Temel Kitabı, C. 2, Ankara, 1998, s.855-861.

³ S. Berber, “İntiharın Psikodinamik Kuramı”, 3P Dergisi, S.3, Ankara, 1995, s. 56.

Hayat içerisinde bireyin önemsenme ihtiyacı vardır. Toplum içerisinde önemli kişi olmanın saygınlık getireceği ve her zaman herkes tarafından anılır kişi olacağı fikri vardır. Bu ihtiyacı karşılayamayan bireyler de yaşama isteğinden uzaklaşma olur. “Yalom, intihar konusunu, insanın ölümle hayatla ilgisini irdeleyerek ele alır.”¹ Yaşamayı anlamsız bulduğunu düşünen bir kişinin yaşamak ile anlamlandıramadığı varlığını, ölümü ile anlamlandırma çabası bireyi intihara yöneltmektedir. İnsan psikolojisi sağlıklı olduğu sürece intihara yönelim olmamaktadır. Ancak herhangi bir sebeple psikolojik sorunlar yaşayan kişi ölüme yönelim göstermektedir.

Bireylerin sosyal yaşantısı içerisinde karşılaşmış oldukları güçlüklerle baş etme yöntemleri veya bu güçlüklerle karşı geliştirdikleri savunma mekanizmaları bireyin sağlıklı ruh halini etkilemekte hatta bozulmasına sebep olmaktadır. Ayrıca bireyin yüksek beklenti ve hedeflerine ulaşamama ya da ulaşmak için sarf ettikleri yoğun çaba da ruh halindeki bozulmaya sebep olmaktadır. “Güvensiz, engellenmeye dayanma eşiği düşük, yasalara ve otoriteye karşı gelme eğiliminde olan, “hoşnutluk” ilkesine dayalı hayat süren, bağımlı kişiliğe sahip ve parçalanmış ailelerden gelmiş olanlar risk grubunu oluşturmaktadırlar.”² Sürekli dış tehdit görülen güçlüklerle karşı tetikte olma, büyük bir gerginlik ve sonrasında intihar düşüncesinin oluşmasına neden olmaktadır. “Yakında olmuş stres yaratan yaşam olayları, örneğin eşin ölümü veya iş kaybı, cezaevine düşmek, ciddi bir genel tıbbi hastalığa yakalanmak da (AIDS gibi) intihar riskini arttırır.”³ Stres, kaynağı ne olursa olsun belirli bir düzeyin üzerine çıktığında bireyi risk gruplarının içerisinde sokmaktadır.

İntihar, aşırı derecede stres yüklenmiş kişinin stresle baş edememe durumu ya da o stres kaynağından kaçışıdır. İntihara yönelecek yani intihar düşüncesi oluşmuş birey normal yaşantısından farklı davranışlar göstererek çevresindekilere mesajlar vermektedir. Bireyin bu değişik davranışları kimi otoritelerce imdat çağrısı olarak kabul edilir ve bu değişimlerin tespit edilmesi durumunda bu olguyla baş edebilecek

¹ G. Oral, İntihar, Adli Tıp, C.3, İstanbul, 1999, s.1526.

² M. Yetiş, “Dünyada ve Türkiye’de İntihar”, s.6,
http://www.murtazayetis.com/MurtazaYetis_Files/%C4%B0ntihar%20vakalar%C4%B1n%C4%B1n%20%C3%96nlenmesi.pdf (03.03.2014)

³ Tatlıoğlu, s.142.

yöntemler hususunda alınacak yardımlarla intiharı önlemek olasıdır. Bu nedenle öncelikle intihar risk gruplarını belirlemek gerekir.

Bunlar:

1.İntihar geçmişi olanlar: Daha önceden intihar teşebbüsünde bulunanların büyük bir çoğunluğu daha sonraki hayatlarında bir veya birkaç kez daha intihar teşebbüsünde bulunmaktadır.

2. Toplum içerisinde rolleri veya davranışsal verileri değişenler: Günlük yaşantısı içerisinde iş sahibi neşeli bir kişinin işini kaybetmesi karşılığında aniden içe kapanması ve sessiz bir birey haline gelmesidir.

3. Umursamaz tavırları veya kişiliği değişenler: Tüm işlerini şansa bırakmak, ‘Olursa olur, olmazsa da çok önemli değil’ gibi tavırlar içerisinde olanlar.

4. Depresif kişiler: Hayattan tamamıyla umudunu kesme, kendisini işe yaramaz hissetme, uyuma güçlükleri veya aşırı uyuma durumları, odaklanma güçlükleri, kendini toplumdan ayırma, yalnızlığa itme gibi davranışlar sergileyenler.

5. Konuşarak fikrini beyan edenler: Aslında bir yardım çağrısı içeren sözlerle yaşamına son vereceğini ima edenler,şakaları içerisinde benzer amaçla dile getirenler. Özellikle bazı yaş gruplarında bu tip çağrılar önem arz etmektedir. Bu çağrılarının cevap alamayanlar ciddi intihar teşebbüslerinde bulunabilirler.

“Yapılan çalışmalar intihar eden veya girişimde bulunan kişilerin dörtte üçünün niyetleri ile ilgili açık bir işaret verdiğini göstermektedir.”¹ İntiharların bireyler tarafından mesaj bırakma yöntemi olarak kullanıldığı düşüncesi hiç yadsınılmayacak kadar geniş bir kitleye sahiptir.

1.2.2 Sosyal Nedenler

Bireyin sosyal yaşantısını belirleyen faktörlerdeki olumsuz değişimler intihar fikrinin oluşmasında etkin bir rol oynamaktadır. Bireyin ait olma duygusundaki zayıflamalar da ilginç bir şekilde intihar eğilimini artırmaktadır. Aile bağlarının

¹.....; <http://www.adlitip.org/yazilar/turkce/konular/kriminoloji/intihar.htm> (18.10.2013)

zayıflaması ise ait olma hissini zayıflatmaktadır. Ait olma hissi bir dini gruba, bir aileye, milli değerlere bağlılıkla beslenmektedir. Ait olma ile intihar sayısı arasında ters orantı vardır. Ayrıca toplumsal yapısı kuvvetli ülkeler ile zayıf olan ülkeler arasında intihar oranlarında farklılıklar vardır. “Aile bağları zayıf ve toplumsal etkileşimin az olduğu kişilerde intihar olasılığı artmaktadır (egoistik intihar). Sosyal ve ekonomik krizlerde ise toplum içinde intihar oranları yükselmektedir (anomik intihar).”¹ Sosyal ilgisizlik veya sosyal krizlerin intiharla olan ilişkisi her zaman dikkat çekmiştir. Bu nedenle en büyük sosyal krizlerden olan savaş durumlarında ordulardaki askerler için sosyolog ve psikologlar görevlendirilmiştir. Toplumlardaki sosyal farklılıklar da intiharlar üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. “Ülkemizde de çocuk yaştaki evlilikler (çocuk gelinler), aile içi şiddet-kadına ve erkeğe dönük şiddet, aldatmalar intihara sebep olan sosyal olaylardır.”² Evliliğini gerektiği zaman özgürce sonlandırabilen toplumlarda evlilik kaynaklı kadın intiharları, kadınların kendi kararlarını alamadığı, özgürce yaşayamadığı toplumlardaki kadın intiharlarına göre daha azdır. Baskıcı bir tutum sergileyen toplumlarda kadınların eşlerinden boşanması, kadının sonraki yaşantısında karşılaşacağı güçlükler nedeniyle imkansız bir hal almaktadır. Evliliğini sonlandıramayan kadınlar içinde bulunduğu durumdan ancak ölümle kurtulacağını düşünürler. Erkekler ise toplumun baskıcı yapısından çok etkilenmemektedirler. Ev dışındaki yaşantısı erkeğin streslerinden ve intihar nedenlerinden uzaklaşmasını sağlamaktadır. Toplumsal yapının daha sert olduğu durumlarda bireyler toplumun tepkisini de düşünerek intiharı içinde bulunduğu güçlükten kaçış olarak görmektedir.

Ülkemizde Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ndeki toplumsal yapının yanı sıra ve tek taraflı tutumu bölgedeki kadınlar üzerinde baskı oluşturmaktadır. Bu baskı altındaki kadın kurtuluş yolu olarak intiharı tercih etmektedir. “Diyarbakır’daki intiharlar üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre, bölge kadınlarının toplumsal cinsiyet ayrımına tabi tutuldukları, evlilik öncesinde baba baskısına, evlilik sonrasında ise koca baskısına maruz kaldıkları, çaresiz kalan kadının ise intihar etmekten başka çözüm yolu olmadığı görülmüştür.”³ Çok uzun zamanlardır alışılmış ataerkil

¹; <http://www.ezifrm.net/i-j/120125-intihar.html> (18.10.2013)

²; <http://www.yorumla.net/konu/intihar.134378/page-2> (18.10.2013)

³ Yetiş, s.6.

toplumlarda bu tür durumlarla sıkça karşılaşmaktadır. Bu nedenle kişilerin eğitimi yoluyla toplumsal baskıyı kaldırma süreci zaman alıcı olacaktır. Toplumsal baskının bu denli güçlü rol alması araştırmacıların dikkatini çekmiş olsa da toplumsal yapının zayıf hatta umursamaz olduğu durumların da intiharla olan ilişkisi dikkat çekici olmuştur. “Folkman & Lazarus ve Bonner & Rich’e göre, intihar girişiminde bulunmuş olan kriz vak’aları ümitsizlik, kontrolü kaybetmiş bireyler olup, aynı zamanda kendilerini sosyal bakımdan yalnız hissetmektedirler.”¹ Sosyal desteklerle bireylerin yalnızlık duygularının giderilmesi ya da azaltılması intihar fikrini törpüleyecektir. İntiharda bireysel ruh hali kadar toplumsal baskılar ya da umursamazlıklar, imdat çağrılarının dışa vurulamaması ya da çevreden fark edilmemesi de önemli yer tutmaktadır.

1.3 Sosyo-Demografik Nedenler

Toplum içerisinde belirli bir statüye sahip kişilerde intihar eğilimi diğer bireylere oranla daha azdır. “Dünya üzerinde boşanmış ve yalnız yaşayan kişilerde özkıyım düşüncesi ve girişimi genel topluma oranla daha yüksek olarak görülmüştür.”² Evlilik kurumu bireyi özkıyım için koruyucu olmakla beraber ailevi faktörler de sorumluluğun artması sonucu özkıyım girişimi riskini arttırmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yılı intihar istatistikleri haber bülteni incelendiğinde intihar eden bireylerin %48,8’i evli, %38,4’ü hiç evlenmemiş, %5,6’sı ise boşanmış kişilerdi. İntihar eden kişilerin medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde en fazla evli olanların intihar ettiği görülürken, kadınlarda evli olanların yanında hiç evlenmemiş kadın intiharlarının da yüksek olduğu görülmüştür.

Bireylerin toplum içerisinde ait olma durumları intihar olasılıklarını etkilemektedir. Herhangi bir konuma sahip olamayan bireylerin intihar olasılıkları artmaktadır. Sosyal statüsüzlük eşliğinde gelen maddi yetersizlikler ve işsizlik intihar nedenleri içerisinde ciddi bir orana sahiptir. “İngiltere’de yapılan bir çalışmaya göre

¹ K. Tatlıoğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S. 2, Bolu, 2012, s.141-142.

² U. Saraçoğlu, Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi, ÇÜ, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Adana, s.7.

işsizlerde özkıyım riski genel topluma göre 3 kat artmış olarak tespit edilmiştir.”¹ Maddi imkanların kısıtlandığı emeklilikte de intihar oranları artmaktadır. Toplum içerisinde çalışma hayatı boyunca belirli bir konuma sahip bireylerin çalışma hayatının sonlanması durumunda konumlarını kaybetmeleri bireylerde intihar olasılığını artırmaktadır. "Yaşlılık döneminde emeklilikle birlikte ekonomik ve sosyal statü kaybı, kısıtlı sosyal ilişkiler, sosyal destek azlığı yaşlılarda intihar ile ölümün önemli nedenlerindendir.”² . Artan sağlık desteği ihtiyacına rağmen yeterince sağlık hizmeti alamamak ve bunun yanı sıra maddi gelirindeki azalmalara bağlı olarak yaşlılarda ‘işe yaramama’ fikri intihara giden yolların önünü açmaktadır.

Yapılan araştırmalar ve istatistiki incelemeler sonucunda bireylerde ekonomik sıkıntılardan kaynaklı özkıyım ihtimalinin daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin intihar eğilimlerinin eğitimsizlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. “Eğitim kişiye maddi ve manevi birçok yönden kazanımlar sağlamakla birlikte hayatta karşılaşılan sorunlarla baş edilmesi ve çözüm yolları aranmasında da çok etkilidir.”³ Artan eğitim seviyesi bireylere sosyal bir statü sağladığı gibi bu statünün getirmiş olduğu maddi imkanları ve sosyal hayatı da sağlamaktadır. Sosyal hayatın varlığı ve canlılığı kişinin sorunlarını çözme konusunda en büyük destek olan sosyal desteği bulması anlamı taşımaktadır. Sosyal destek ne kadar kuvvetli olursa intihardan uzaklaşmak da o kadar kolaylaşır. Eğitim düzeyinin direk intihar eğilimlerini etkilediği gerçeği eğitime verilmesi gereken önemi göstermektedir. Eğitimin bireylere kazandırdığı ekonomik özgürlük de intihar eğilimini azaltmaktadır. “Bireyin kendi ekonomik bağımsızlığının olmaması ve başka bireylere bağımlı olarak yaşamasının kişilerde özkıyım oranını yükseltmektedir.”⁴ İşsizlik veya maddi gelirin kısıtlandığı hastalık ya da emeklilik gibi durumların oranlarındaki artışlar toplum içerisindeki intihar eğilimlerini artırmakta, risk gruplarını genişletmektedir.

¹ N. Yüksel, “İntiharın Nörobiyolojisi”, KPD, S.4, Ankara, 2001, s. 6.

² M.Aslan - Ç. Hocaoglu, “Yaşlılarda İntihar Davranışı”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, C.6, S.3, Ankara, 2014, s.303.

³ M.Aslan - Ç. Hocaoglu, “Yaşlılarda İntihar Davranışı”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, C.6, S.3, Ankara, 2014, s.303.

⁴ I. Sayıl, ve Ark. “Ankara’da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma”, KD, S.1, Ankara, 1993, s.56-61

1.3.1 Yaş

TUİK verileri incelendiğinde son yıllarda intihar olaylarındaki artış, intihardaki yaş ortalamasının da düşmesine neden olmuştur. Bundan dolayıdır ki bu konuyla ilgili birçok araştırmacı ve akademisyen araştırmalar yaparak intiharlar ile yaş grupları arasındaki bağlantıları ortaya çıkarmak istemişlerdir. Genel olarak çalışmalarda 3 yaş grubu ele alınmıştır. Bunlar çocuk intiharları, gençlik (ergen) intiharları ve yaşlılık intiharlarıdır. Bunları sırasıyla inceleyelim.

15 yaş altı intiharlar (çocuk intiharları) üzerine araştırmalar veri yetersizliği ve tüm intiharlar için geçerli olan yöntem sorununun yani bilgilendirmenin sağlıklı olarak adli kayıtlara geçirilmemesinden kaynaklı veri sorunu yaşanmaktadır. “Çocuk yaş grubundaki bir ölümün intihar olup olmadığının anlaşılması veya kaza ile intiharı birbirinden ayırmak çok zor gözükmemektedir.”¹ Çocuk intiharlarının tespiti için çocuğun ailesel durumları, aileden veya arkadaşlarından, öğretmenlerinden alınacak bilgiler önem arz etmektedir.

Küçük yaşlarda gerçekleşen intiharların nedenleri masumca duygular olabileceği gibi şiddet ve öfke içeren duygular da olabilir. “Çocukların intihar girişiminde bulunmasının başlıca nedenleri ise; kaybettikleri, çok sevdikleri bir objeye kavuşma özlemi (anne-baba gibi), ölümü anlama isteği ve çabası, başkalarını korkutma ve cezalandırma isteği, bir yardım çağrısı olarak intihar girişiminde bulunma ya da öfkenin suçluluk ve depresyon şeklinde içe atılmasından kaynaklanmaktadır.”² Ailelerin ilgisizlikleri bu intiharların tetikleyicisi durumundadır. Aile tarafından çocuktaki değişimin fark edilememesi, aile içi iletişim eksikliği, çocuğun normal davranışlarının tespit edilmemiş olması bu değişimin fark edilememesi anlamına gelmektedir.

Ailelerin çocukların istek ve gereksinimlerini önemsememesi, çocuğu bir birey olarak görmemesi doğumu ile birlikte bir çocuğun psikolojisini etkileyen faktörlerdir. “Elde edilen verilere göre intihar girişiminde bulunan en küçük çocuğun yaşı 3 olarak tespit edilmiştir. 3 yaşındaki bu çocuk bilinçli bir şekilde havagazını

¹ C. Fidaner - H. Fidaner, “Türkiye’de Çocuk İntiharları Epidemiyolojisi”, Türk Psikiyatri Dergisi, C.3, S.4, Ankara, 1992, s.255.

² M. K. Suvarlı, “Çocuklarda ve Adolesans Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler ve Çözüm Önerileri”, KD, C.3, S.1-2, Ankara, 1995, s.89.

açarak küçük kardeşiyle birlikte canına kıymak istemiştir. Kurtarıldıktan sonra neden intihar etmek istediği sorulduğunda ise gezmeye götürülmediği için ölmek istediğini belirtmiştir.”¹ Çocuk intiharları eylemi gerçekleştirebilecek yetiye sahip oldukları yaşlarda başlamaktadır. İntihar girişiminde bulunan çocuğun kurtarılması durumunda ailenin bunu saklayabileceği gibi çocuğun kendisi de korku ile saklama, kaza gibi gösterme yoluna yönelebilir. Bu nedenle çocuklarda kaza-intihar ayrıştırılması sağlıklı yapılamamaktadır. “Dolayısıyla literatür gözden geçirildiğinde çocuklarda intihar ve intihar girişimlerinin çok düşük seviyede olduğu görülmektedir.”² Çocukluğun gelişmekte olan ruhsal yapısının intiharı algılayamaması, ailede bir yerinin olması, kendisinin aile tarafından değerli hissettirilmesi çocukluk dönemindeki intiharları azaltmaktadır. Çocukluk yaş grubundaki az sayıdaki intihar, olası riskleri göz ardı etmeyi gerektirmez. Özellikle ergenliğe geçiş sürecinde değişen fiziki yapı ve hormonal dengesizliklere ek olarak ailenin ilgisizliği çocuğu intihara sürükleyebilir. Bu dönem çocukluk dönemi intiharlarının büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Ergenlik öncesi dönemlerde ailenin geçiş sürecini destekleyici tedbirler alması ve çocukta oluşan değişimleri dikkatlice takip etmesi gerekmektedir.

15-24 yaş grubu arası intiharlar (ergen intiharları) ülkemizde ve dünya genelinde en sık görülen intiharlardır. İntiharların bu yaşlarda artış göstermesinin en büyük nedenleri olarak bireyin kendini tanımaya başlaması, kimlik arayışı ve sosyalleşmeye başlamasıdır. Ülkemizde her yıl ergen intihar ortalaması 200-400 vaka civarındadır. “Bu intiharların %20’sini lise öğrencileri, %25’ini ise 14 yaş üzerindeki ergenlerdir. Ayrıca intihar girişimlerinin %30-35’inin 15-24 yaş grubu arasında yoğunlaştığı belirtilmektedir.”³ Ergenlik döneminin erken evresindeki hormon değişimleri, çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecindeki büyüdüğünü fark ettirme çabaları, arkadaşları arasında yer alma telaşı belirleyici faktörlerdendir. Lise öğrencilerinin özgürleşme çabaları, tahammülsüzlükler ve duygusal faktörler intihar nedenlerindendir.

İntihar genç yaşlarda ve ileri yaşlarda daha sık rastlanılır bir olgudur. Ancak yaş farklılıkları intihar yöntemlerini de etkilemektedir. “Akdeniz Üniversitesi Hastanesi acil

¹ B. Sonuvar - A.Yörükoğlu, “Çocukluk ve Delikanlılık Çağında İntihar Girişimleri”, Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, C.4, S.2, Ankara, 1971, s.136

² A. Aysev, “İntihar Girişimi Olan Çocuklarda Yaşam Olayları”, KD, C.1, S.1, Ankara, 1992, s.17.

³ Ş. Şener - S. Şenol, “İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi ve Kısa Süreli İzlemi”, 3P Dergisi, S.4, Ankara, 1996, s.103.

servisinde 2006-2007 yılları arasında kasıtlı olarak kendine zarar verme girişimi nedeniyle başvuran hastalar üzerinde yapılan araştırmada başvuranların %57'lik kısmının 16-24 yaş grubu arasında yoğunlaştığı ve bu hastaların %88' inin ilaç olarak intihar girişiminde bulundukları tespit edilmiştir.”¹ Ergenlik dönemindeki intihar girişimleri daha az acı veren, uygulaması kolay yöntemlerdir.

Aysev'in aktardığına göre; “Toolon intihar girişimi nedeniyle incelediği 102 çocukta davranış bozukluklarının ilk sırada olduğunu tespit etmiştir.”² Okul çağındaki bir çocuğun davranışlarının etkin bir şekilde takip ve tespit edilmesi gerekmektedir. Risk grubu sayılabilecek davranışlar sergileyen çocuklar yakın takibe alınmalı, aile bilgilendirilmeli ya da gerekiyor ise terapistlere ulaşması sağlanmalıdır. Okul çağındaki çocukların büyük bir bölümü kurtulma ihtimali yüksek olan yöntemler tercih etmektedir. Kesin sonuç elde edebileceği ateşli silah kullanımı, kendini asma gibi yöntemler çok az rastlanır sayıdadır.

Bireyin ergenlik dönemi hayatında biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden büyük değişimleri yaşayacağı önemli bir dönemdir. Bu dönem sosyal çatışmaların sık yaşandığı, sosyal etkileşimlerin bir baskı olarak algılanabildiği bir dönemdir. Sayar ve Bozkır'a göre; “Dolayısıyla böyle bir durumda ergen birey olaylar karşısında yılgınlığa düşebilmekte ve kaçış yolu olarak da intihara başvurabilmektedir.”³ Çocukluktan çıkış dönemi bireyin hayatının en karmaşık dönemidir. Bu dönem en buhranlı süreç olarak yanlış kararlara yönelme tehditi içerir.

Konunun başlangıcında da belirtildiği üzere ergen intiharlarının nedenleri temel olarak çocukluk dönemlerindeki sevgi yoksunluğu, aile baskısı, horlanması, reddedilmesi ve sevilmemesi gibi faktörlerdir. Bu nedenlerden dolayı bireyin mutsuz ve karamsarlığa sürüklenip intihara eğilimli olması mümkün gözükmemektedir. “Ergenlerde intihar davranışının ortaya çıkmasına neden olan bir başka etken ise umutsuzluktur. Umutsuzluğun ergen intiharlarına zemin hazırlayabileceği

¹ Ö. Yiğit ve Ark., “Kimler İntihar Girişiminde Bulunuyor? Bir Acil Servisin Deneyimleri”, Yeni Symposium Dergisi, C.48, S.2, İstanbul, 2010, s. 123-124.

² A. Aysev, “İntihar Girişimi Olan Çocuklarda Yaşam Olayları”, KD, C.1, S.1, Ankara, 1992, s.20-21.

³ K. Sayar – F. Bozkır, “İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde İntihar Niyeti ve Ölümüllüğün Belirleyicileri”, Yeni Symposium Dergisi, C.42, S.1, İstanbul, 2004, s. 28-29.

belirtmiştir.”¹ Ergen bu umutsuzluklarını sıkça dile getirir aslında, ancak aile bunların sıradan şikayetler, memnuniyetsizlikler olarak algılsa intiharı önleme şansını yitirir.

Üçüncü ve son intihar grubu olarak yaşlı intiharları ele alındığında; “Dünya nüfusunda genç nüfusun hızla azaldığı ve buna paralel olarak da yaşlı nüfusun artmakta olduğu görülmektedir.”² Nüfusun yaşlanmasına karşın dünya, teknolojik ve bilimsel anlamda birçok yenilenme göstermektedir. İleri yaşlarda insanın öğrenme yetisi, yeniliklere uyum yetisi düşer, bu uyumsuzluklar sorunları da beraberinde getirir. “Fakat tüm bunlara rağmen hızlı teknolojik gelişimle aynı oranda paralellik gösteremeyen toplumsal değişimler yaşlı insanların birçok sorunla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır.”³ Hızlı teknolojik yeniliklerin açıklayıcı ve öğretici yönlerinin olması, her yaş grubu tarafından anlaşılır terimler içeren broşürlerle sunulması bu sorunu önleyebilecek tedbirlerdir.

Türkiye’ de yeni yüzyıla kadar yaşlı intiharlarının az sayıda görülmesinin nedeni ataerkil bir toplum olmasındandır. Son yıllarda Türk toplumunun bu yapısından uzaklaşması ve çekirdek ailenin tercih edilmesi nedeniyle yaşlı nüfusun huzur evlerinde ikamet ettirilmesi, yaşlı insanların kendilerini mutsuz ve işe yaramaz hissetmelerine ve intihara yönelmelerine neden olmaktadır. “Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün verilerine göre ülkemizde tam gün huzurevleri sayısı 297’e kapasitesi 24194 kişiye ve hali hazırda bu imkanlardan faydalanan sayısı 19596 kişidir. Yarı zamanlı gündüz bakım hizmetleri statüsünde ise bu sayı 1115 kişidir.”⁴ Yaşlı insanları yalnızlıktan kurtarılması huzurevleri ile sağlanamayacaktır. Yaşlıların işe yaramaz duruma düşürülmesi ya da ailede istenmeyen kişi konumuna sokulması onu intiharın kucağına bırakmakla eş anlamlıdır.

Dünya üzerinde yaşam süreleri gün geçtikçe artırılmaya çalışılmaktadır. Verimli geçen dönemler sonucunda uzun süren emeklilik yılları bireyin kendini işe yaramaz hissetmesine neden olmaktadır. Tüm dünyada son yıllarda yaşlı intihar

¹ Ç. Hocaoglu ve Ark., “Bir Ergenin intihar Girişimi”, APD, C.2, S.4, Sivas, 2001, s.237.

²; <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/143329.asp> (18.10.2013)

³ R. Palabıyıkoglu ve Ark., “Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu”, KD, C.1, S.1, Ankara, 1992, s.26.

⁴; <http://www.eyh.gov.tr/tr/8448/Turkiyede-Yasli-lara-Hizmet-Veren-Kuruluslar> (18.10.2013)

oranlarında ciddi artış gözlemlenmektedir. Bu oran Avrupa ülkelerinde diğer ülkelere oranla daha yüksek seyretmektedir. Refah seviyesi yüksek olan Avrupa’da bu oranın yüksek olmasının nedeni yalnızlık hissi ve üretken geçen yıllardan sonar gelen işe yaramamazlık hissi oluşturan emeklilik yıllarıdır. “Yaşlı intihar hızları en düşük ülkeler Türkiye, Yunanistan ve Şili’dir. 75 yaş ve üzeri erkek grubunda intihar hızı binde ikiyi geçmiş bulunan Macaristan yaşlı intiharlarında ilk sırada bulunmaktadır.”¹ Yaşlı insanlara yönelik uğraş bulmak ve onların üretkenliklerinin durumlarına uygun uğraşlarla sağlanması günümüzde vazgeçilmez bir gereklilik olmaktadır.

¹ C. Fidaner ve H. Fidaner, “Dünyada Yaşlı İntiharları Epidemiyolojisi”, KD, C:1, S.1, Ankara, 1992, s.22.

Tablo 15. Dünyada Yaşlılarda İntihar Hızı (Yüzbinde, 1990)

ÜLKELER	65-74 YAŞ		75+	
	ERKEK	KADIN	ERKEK	KADIN
MACARİSTAN	116.3	52.9	202.2	90.6
AVUSTURYA	72.6	29.1	85.7	33.9
FİNLANDİYA	62.1	22.8	60.1	9.7
DANİMARKA	60.4	32.9	81.3	31.6
İSVİÇRE	56.9	26.8	80.7	23.2
FRANSA	67.1	22.6	99.6	24.4
BATI ALMANYA	54.0	27.1	72.8	25.9
HONG-KONG	53.8	44.4	63.0	64.6
BULGARİSTAN	52.2	17.0	108.7	31.9
JAPONYA	40.9	35.5	73.3	60.2
SİNGAPUR	40.9	34.5	107.4	57.3
İSVEÇ	39.3	14.5	48.9	11.4
PORTEKİZ	31.0	5.6	53.7	11.0
ABD	30.2	6.5	43.5	54.4
KANADA	26.9	9.5	38.1	5.9
İTALYA	26.5	10.2	47.4	1.2
HOLLANDA	26.1	14.3	41.1	12.0
NORVEÇ	25.5	9.6	24.0	4.7
VENEZÜELLA	24.9	1.8	46.8	2.8
YENİ ZELANDA	24.4	13.1	35.6	17.8
AVUSTRALYA	22.4	7.1	31.9	9.1
İSKOÇYA	18.8	10.9	23.2	8.1
İSPANYA	18.6	4.7	28.5	6.4
BİR. KRALLIK	18.2	13.3	21.6	11.0
TAYLAND	12.6	3.3	-----	-----
ŞİLİ	10.6	1.3	21.2	2.4
YUNANİSTAN	10.1	4.5	16.6	6.1
TÜRKİYE (1990)	6.5	3.0	12.1	4.3

Kaynak: C. Fidaner ve H. Fidaner, “Dünyada Yaşlı İntiharları Epidemiyolojisi”, Kriz Dergisi, C:1, S.1, Ankara, 1992, s.22.

Tüm bu veriler incelendiğinde sonuç olarak intihar ile yaş arasında bir ilişkinin olduğunu görebiliriz. İntihar eyleminin ülkemizde ve dünyada daha çok ergen yaş grubunda, en az intiharlarında çocuk intiharları olduğu görülmektedir.

1.3.2 Cinsiyet

İntihar olgusu cinsiyete göre değişiklikler gösterir. İntihar nedenlerinin yanı sıra tercih edilen yöntem ve sonuç da farklılık gösterir. “Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalara göre tamamlanmış özkıyım oranı erkeklerde daha yüksek olarak tespit edilmiş olup özkıyım girişimi ise kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir.”¹ Erkekler tamamlanmış intihar oranları kadınlardan daha fazlayken kadınların intihar teşebbüsleri erkeklerden daha fazladır. Kadın intihar teşebbüsleri baskıcı toplumlarda sık görülür hale gelmiştir. Kadınlarda intihar girişiminin fazla olması yaşamdan vazgeçmek olmadığını ancak bireyin o an yaşadığı stresin topluma ifade edilmesi için bir yol olarak kullanıldığını düşündürmektedir.

İntihar olgusu çevresel etkilerin değişimine kayıtsız kalmamaktadır. Zaman içerisinde değişen çevresel etkiler erkek ve kadın intiharlarında farklı etkiye sahip olmuştur. “Geçmişe dönük 11 yıllık intihar olgularının % 61’i erkek, % 39’u kadındır. İntihar edenlerin çoğunluğunun erkek olması, Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılan bir çok çalışmanın ortak bulgusudur.”² Eğitim düzeyi artan erkeklerde intihar oranı artarken, eğitim düzeyi düşük olanların intihar oranları azalmaktadır. Eğitim düzeyi artan kadınlarda ise durum tam tersine bir seyir göstermektedir. Eğitim düzeyi ve buna bağlı sosyal yaşantısı artan kadınlarda intihar oranı azalmaktadır. Kişilerin çevresel etkilere farklı tepkiler vermesi kişinin özbenliğinde geliştirebildiği başatma ve savunma mekanizmalarıyla alakalıdır.

İngiltere Ulusal İstatistik Enstitüsü’nce yayımlanan rakamlara göre; “2011 yılında intihar edenlerin sayısının 2010 yılına göre 437 kişi artarak 6045’e çıktığını belirtmektedir. Cinsiyet dağılımına baktığımızda yine genelde olduğu gibi erkek intihar sayısı 4552 olarak kayıtlara geçmiştir.”³ Buradan da anlaşılabacağı üzere erkekler kadınlara göre daha kesin ve etkili yöntemlerle intihara kalkışmakta ve intihar girişimleri ölümle sonuçlanmaktadır. Daha önce de değinildiği gibi kadınların genelde intiharı topluma ve çevrelerine bir mesaj vermek amacıyla kullandıkları görülmektedir.

¹ U. Saraçoğlu, Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi, ÇÜ, Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana, 2011, s. 7.

² Y. Balci, Toplumsal Cinsiyet Açısından İntiharlara Yaklaşım, Çalışma Ortamı Dergisi, S.70, Ankara, 2003, s.4.

³;http://www.bbc.co.uk/turkce/haberler/2013/01/130122_uk_suicide_rate (20.10.2013)

İntihar olgusundaki cinsiyet faktörü yaş ile yakından ilişki içerisinde. Yaş ile değişen ailesel değerler ve toplumsal tutum cinsiyetlere göre bireyler üzerinde farklılaşmaktadır. “İntihar girişimi olan kadınların büyük kısmı ergenlerdir. Kız ergenler aile içi problemlerle daha çok yüz yüze gelmekte ve daha çok etkilenmektedirler. Ayrıca kızların bağımsız olması, ayrışıp bireyselleşme süreci geciktirilmekte ve kızlarda iç çatışmaların artmasına yol açabilmektedir.”¹ Yaşanılan çevredeki gözlemlerle ailesel tutumlar bireyde iç çatışmalara neden olmaktadır. Bu çatışmalarla başedemeyen birey intihara yönelmektedir.

1.3.3 Irk

Kültürel yapılar ve ailesel tutumlar her toplumda farklılıklar gösterir. “Baba otoritesinin hâkim olduğu Müslüman ülkelerle, Çinlilerde ve Yahudilerde alkolizma derecesi düşüktür. Baba otoritesinin çok zayıf olduğu İrlanda, Amerika ve İsveç’te alkolizma ve bunun sebebiyet verdiği intiharlar fazla olmaktadır.”² Dolaylı olarak otoriter aile yapısı intiharı engellemektedir. Toplumsal baskının ve aile tutumunun sert olduğu toplumlar nedensel olarak intiharı belirli açılardan engellese de bu baskıların neden olduğu intiharların sayısı da bir hayli fazladır.

İntihar olgusu kültür ve aile tutumlarının yanı sıra bedensel ve ruhsal farklılıklar içeren ırklarla da ilgilidir. “Yapılan çalışmada tamamlanmış özkıyımlarda beyaz erkek ve kadınlardaki oran siyah ırka göre daha yüksek görülmüştür.”³ Beyaz ırkın bedensel, hormonal ve ruhi yapısının intihara daha çok eğilim içerisinde olduğunu söylemek bu araştırmalar ışığında çokta yanlış olmayacaktır. Siyah ırkın yaşamdan beklentileri, hayattan zevk alma gibi farklılık gösteren durumları bedensel ve ruhsal yapısını etkileyen hormonal yapı ile yakından ilişkilidir. Bu nedenlerle siyah ırkın intihar oranı daha düşüktür.

Yapılan araştırmalar yaşantısal faktörlerin yanı sıra bireylere karşı tutumlar

¹ F. Çuhadaroglu - B. Sonuvar, Adolesan İntiharları ve Kendilik İmgesi, TPD, S.4, Ankara, 1993, s. 32.

²; <http://www.sizinti.com.tr/konular/ayrinti/intiharlar-ve-sosyolojik-sebepleri.html> (20.11.2013)

³ U. Saraçoğlu, Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi, ÇÜ, Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı, YUT, Adana, 2011, s.8.

açısından toplumlar arasındaki farklılıkları da göstermektedir. “Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılmış araştırmalarda Afrika kökenli Amerikalılarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük intihar oranları saptanmış, Asyalı ve beyaz olmak bir intihar risk faktörü olarak kabul edilmiştir.”¹ Amerika Birleşik Devletleri’ndeki intihar oranları da göstermektedir ki intihar oranlarında çok ciddi ırklara göre farklılıklar vardır. Beyaz ırkın intihar oranları siyah ırkın intihar oranlarından kat kat fazladır. Ayrıca beyaz ırkın erkek nüfusunun intihar oranı beyaz kadın nüfusunun intihar oranının üç katı olarak araştırmalarla tespit edilmiştir. Siyah ırkın intihar oranı tüm Amerika Birleşik Devletleri’ndeki intiharların % 10’unu bile kapsamamaktadır.

Dünya üzerinde aynı coğrafya üzerinde yaşayan ve birbirlerine yakın ırka sahip toplumlarda kültürel ve toplumsal etkilere bağlı olarak farklılık göstermektedir. Yine aynı toplumlarda farklı yaşlardaki araştırmalar değişik yaş gruplarında bu sıralamaların farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu araştırmalar da göstermektedir ki intihar sadece bir veya birkaç kategoride sınıflandırılmayacak kadar komplike bir durumdur. Toplamların farklı yaş gruplarındaki bu değişiklikler toplumun risk teşkil eden gruplara karşı yaklaşımları ile yakından ilişkilidir. Yaşlı gruplara değer verip toplum içerisinde belli statülerde yer veren toplumlarda yaşlı intiharları az iken, genç nüfusa yönelik sosyal paylaşım ve etkinliklere yer veren toplumlarda genç intiharlar daha az görülmektedir.

Birçok etnik kökenin birleşimi ile oluşan toplumlarda yapılan araştırmalar etnik kökenlere göre intihar oranlarını hesaplamış ve aralarında çok büyük farklar olduğunu tespit etmiştir. Başka bir coğrafyada doğup göç eden toplumların yeni yaşam alanlarına ve toplamlarına uyum sorunu yaşadığı ve bu gerekçe ile intihar oranı yerleştikleri toplumlara göre daha yüksek olduğu gibi doğduğu coğrafyada yaşayan kendi ırkından olanların intihar oranlarından da daha yüksek bir orana ulaştığı tespit edilmiştir. İntihar oranı çok düşük olan toplumların bireyleri, intihar oranı yüksek bir toplum içerisine yerleştirildiklerinde intihar oranlarının yükseldiği görülmüştür. Bu durum içinde bulundukları toplumu model aldıkları gerçeğini yansıtmaktadır. Farklı toplumlar içerisinde yaşamak zorunda kalan etnik gruplar

¹ F. Algın, Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı ve İçgörü İle İlişkisi, Bakırköy Ord. Prod. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, YUT, İstanbul, 2009, s.17-18.

uyum sürecinde psikolojik travmalara maruz kalmış, intihara yönelimleri artmıştır. Bu artış zamanla o grup içerisinde intiharı yaşamın bir parçası gibi kabullenmeyi getirmiştir. Bireyler toplum içerisinde her ne kadar kendilerine bir yer edinmiş olsalar da kendi genetik yapısı ile içsel çatışmasına devam etmiştir.

1.3.4 Evlilik

Düzenli, mutlu ve rol paylaşımlarının doğru ve sürekli yapıldığı bir aile yapısı bireylerin duygusal ihtiyaçlarını karşılar durumdadır. Bu tür aile yaşantısı olmayan bireylerde intihar oranı yükselmektedir. “Aile bütünlüğünün değişkenleri, intihar potansiyelinin en etkili belirleyicisidir. Rol kargaşası ile birlikte evlilik sorunları, aile bütünlüğünde bozulma ya da tehditleri özellikle kadınlarda intihar riskini arttırmaktadır.”¹ Ailede annelik rolünden öteye geçemeyen kadınların intihara daha eğilimli olduğu tespit edilmiştir. Bireyin duygusal boşluklar içerisinde savruluşu intihar fikrini oluşturmakta ve güçlendirmektedir.

Aile bütünlüğü toplumlarda önemli bir unsurdur, bu bütünlüğün bozulması veya zarar görmesi ileride çıkmazlara neden olan mutsuz, umutsuz ve hayata küsmüş bireylerin oluşmasına ve bunlardan bazıları bu çıkmazları özkıyım ile sona erdirebilecekleri yönünde duygulara kapılmaktadır. Bundan dolayıdır ki devletler aile problemlerini çözümlmek ve toplumsal yapının sağlam kalması adına en üst düzeyde bakanlıklar kurmuşlardır.

Aile bütünlüğünün bozulması hem ebeveynleri hem de ailenin diğer fertlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Aile içi huzuru bozan ve aile bireylerinin her birinin ruhsal durumunu olumsuz etkileyen aile içi sorunlar, şiddet ve ayrılıklar bireyleri intihara yaklaştıran en önemli faktör olarak göze çarpmaktadır. “Ailesi ayrılmamış çocuklara göre, ayrılmış ailesi olan gençler daha fazla psikolojik sorun, okul ve davranış problemleri göstermektedir.”² Ergenlik döneminin en güçlü intihar nedenlerinden birisi aile bütünlüğünün bozulmasıdır. Aile bütünlüğünün bozulması ebeveynler arasında da risk faktörünü artırmaktadır. Terk edilme, ayrı kalma duyguları ile baş edemeyen bireylerde ruhsal bunalımlar ve depresif haller

¹ R. Palabıykoğlu, İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi, KD, S.1, Ankara, 1993, s. 63.

² M. Eskin, İntihar, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2004, s. 96.

görülmektedir. Terkedilmek ya da yalnız kalmak her canlıda var olan bir korkudur. Ancak insanlar bu duygusal yıkımlardan en çok etkilenen canlıdır. İntiharın insanlar açısından duygusal durum ile bu kadar yakından ilgili olmasının sebebi düşünme yeteneğidir. Düşünceleri ile duygusal yıkımı derinleştiren bir bireyde intihar fikrinin oluşması kaçınılmazdır.

Aile bütünlüğü içerisinde rollerini yerine getirmenin vermiş olduğu duygusal doyum bireyi intihardan uzaklaştırmaktadır. Bir şekilde aile bütünlüğü bozulmuş bireyler üzerinde yapılmış ve intihar fikri olan bireylerin ölüm, boşanma ve ayrılma gibi gerekçelerle kendilerini yalnız hissettikleri ve yaşama umudundan uzaklaştıkları tespit edilmiştir. “Adam’ın intihar girişiminde bulunan üniversite öğrencileri ile yürüttüğü kapsamlı bir çalışmada kontrol grubuna göre girişimi olan gençlerin yaşamlarında parçalanmış ailelerin varlığı oran olarak yüksek bulunmuştur.”¹ Ebeveynlerini çeşitli nedenlerle kaybeden ya da aile bütünlüğünün bozulması nedeniyle ebeveynlerinin birisinden uzakta kalma zorunluluğu bireyde psikolojik bir iz olarak hayatı boyunca kalacaktır. Bu travma ileriki yaşantısında ortaya çıkacaktır.

Aile bütünlüğünün bozulması ile bireyin üzerindeki aile otoritesi kalkmıştır. Bu bireylerde alkol ve uyuşturucu madde kullanımına yönelim söz konusudur. “Havvton ailenin önemini vurgulamış ve intihar girişimlerinin çoğunlukla dağılmış, ruhsal sorun ve alkolizmin olduğu ailelerden geldiğini, girişimlerin sıklıkla ana-baba ya da arkadaşla sürtüşmenin ardından olduğunu vurgulamıştır. Hastanın güçlüklerinin merkezi genellikle babadır. Garfinkel ve arkadaşları incelediği 505 çocuk ve ergen intihar girişiminin kendilerinde ve ailelerinde kontrollerden daha çok alkol ve madde kullanımı olduğunu belirtmiştir.”² Alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımına bağlı intiharlar parçalanmış aile üyelerinde sıkça rastlanılır bir durumdur.

Evlilik hayatının devam ediyor olması illaki mutlu ebeveynler ve sorunsuz bireyler anlamı taşımaz. Evliliğin devamından ziyade ailenin ruhsal durumu çok önemlidir. “Bir kayıp yaşansın ya da yaşanmasın intihar davranışı gösteren gençler

¹ R. Palabıykoğlu, İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi, KD, S.1, Ankara, 1993, s. 64.

² A. Dilsiz, Çocuk ve Gençlerde İntihar Girişimi: Kontrollü Bir Çalışma, KD, S.4, Ankara, 1996, s. 2.

bozuk aile ortamlarından gelmektedir.”¹ Depresif ve etrafı ile çatışma içerisinde olan bireylerin mutsuz bir aile yapısının olduğu veya parçalanmış bir ailelerinin olduğu tespit edilmiştir. Bunların büyük bir çoğunluğu ya intihar teşebbüsünde bulunmuş ya da intihar fikri taşıyan bireylerdir. Aile içi sorunların yol açtığı mutsuzlukların yanı sıra aile içinde kronik hastalığı bulunan bireylerin, alkol kullanımı olan bireylerin varlığı da ailenin diğer üyeleri üzerinde olumsuzluklar oluşturmakta, mutsuzluğun gizli nedenleri olarak tespit edilmektedir. Ebeveynlerin birbirleri ile uyumları çocuk yetiştirme konusundaki tutumları sorunsuz birey yetiştirme konusunda etkin rol almaktadır.

İntihar konusunda hep evlenmiş ama sorun yaşanmış ya da aile bütünlüğü bozulmuş bireylerden bahsedildi ancak bir de intihar grupları içerisinde hiç evlenmemiş bireyler vardır. Bu grup için de araştırmalar yapılmış, ruhsal açıdan değerlendirilmişlerdir. “Boşanmış, bekar, 24-35 yaş grubundaki kadınların çoğunda intihar girişimi tespit edilmiş olup; 30-40 yaşlarındaki, bekar erkeklerde intihar girişiminde artış belirlenmiştir. Evli çiftlerde intihar oranı, evlilik ilişkisi bozulunca hızla yükselmektedir.”² Evlilik, sevmek ve sevilme duygusunun doyumdur. Bu doyumu yaşayamamış kişilerde, platonik duyguların getirmiş olduğu yıkımları yaşamış kişilerde psikolojik travmalar tespit edilmiş ve bu kişilerin evlenenlere göre daha fazla intihar fikrine sahip olduğu görülmüştür. “Türkiye’deki araştırmalarda, intihar girişimlerinin bekarlarda evlilere göre daha çok görüldüğü bildirilmiştir.”³ Toplum içerisinde yadsınmayan aile içi sorunların alışılabilirliği durumu evlilikteki intiharların oranını düşürmektedir. Evlilik öncesi dönemlerde baskı altındaki kadınların intihar oranları evli kadınlara göre daha yüksektir. Yine erkeklerin istediği kişiyle evlenememesi intihar riskini artırıcı etki göstermektedir. İntihar daha çok duygusal durumlarla alakalı olmasından dolayı kendi içerisinde bile tezatlıklar yaratan bir olgudur. Hiç evlenmemiş kişilerde görülen intihar sayıları evlenenlere göre yüksekken, evlenen kişilerin de intihar sayıları bir hayli fazladır. Bu yüzden intihar değerlendirilirken nedensel faktörler çok büyük önem arz etmektedir. Nedeni

¹ Palabıyıkoglu, s. 64.

² G. Ekici, Psikiyatrik Hastalığı Olan Ölümle Sonuçlanmış Olgularda Sosyo-Demografik Özellikler, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, YUT, İstanbul, 1999.

³ H. Fidaner - C. Fidaner, Türkiye’de İntihar Epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İstanbul, 1987, s.311.

tespit edilememiş bir intiharı hangi açıdan değerlendirilirse değerlendirilsin doğru sonuca ulaşamaz.

Evliliğin ve düzenli bir aile hayatının intihar konusundaki etkisi ülkemizde de farklı kurumlar tarafından değerlendirilmiştir. “DİE 2000 verilerine bakarsak; 1802 intihar olgusunun sırası ile % 48.1’inin (868 kişi) evli, % 42.1’inin (760 kişi) hiç evlenmemiş, % 4.9’unun (90 kişi) boşanmış, %4.6’sının (84 kişi) eşinin ölmüş olduğu göze çarpmaktadır. Bakmakla yükümlü olunan kişinin sadece eş olduğunda E/K oranı 160/24 tür. Sadece çocuk söz konusu ise E/K oranı 25/ 125 olarak tespit edilmiştir (DİE).”¹ Bu araştırmaya göre intihar edenlerin neredeyse yarısı evlidir ancak bu evliliklerin sorunlu evlilik olma olasılığı çok yüksektir.

1.3.5 Din

İnsanların hayatlarını düzene sokma çabaları tüm tarihsel süreç içerisinde var olmuştur. Düzenli bir toplumsal yaşantı için kanunlar ve anayasalar hazırlamış ve uygulamışlardır. İnsanlar yaşamını devam ettirirken bir düzen ve devamlılık ihtiyacı hissederler. İçinde yaşadıkları durumu korumak ve geliştirmek insanların temel yaşam amaçlarından. Temel yaşamına gelen ani felaketler, yaşantısındaki düzen ve devamlılığı tehdit eden olaylar olarak algılanır. İnsanların karşılaştıkları bu olaylara karşı tedbirsizliği veya tahmin edilemeyecek sonuçlarla karşılaşılması, bireyin baş etme yeteneklerini aşan durumlar, stres yaratıcı özellik kazanır ve bireylerin alışılmış yaşamını tehdit eder bir hal alır. “İnsanın stresli durumdan ve olaydan kurtulmak için gösterdiği çabalar stresli durumla başa çıkma gayretleridir. Bu gayretler içerisinde dini nitelik taşıyan dua etme, ibadet etme vb. davranışları da gerçekleştirerek sorunu aşmaya çalışır.”² Bireylerin içinde bulundukları sıkıntılarla baş etme yöntemlerinden birisi de inançsal değerlere yönelimdir.

Bireylerin inançsal değerlerine yakınlığı hem sorunlarla baş etme aşamasında hem de sorunların nedenselleştirilmesi aşamasında bireye yardımcı olan bir unsurdur. Bireylerin herhangi bir dini inanışının olması sıkıntılar karşısında sığınabileceği,

¹ İ. Balcıoğlu, A. Çitken, “Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri”, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47, İstanbul, 2005, s. 216.

² N. Kula, Deprem ve Dini Başaçıkma, Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi, S.1, Çorum, 2002, s.237.

kendisine manevi destek sağlayacağı gizli bir dünya oluşturmaktadır. Din, inanç sahiplerinin olgunlaşmasına, sınındığı inancındaki bireyin her sıkıntının bu sınavın bir parçası olduğuna ve sonunda mükafatlandırılacağına inanmasına yol açmaktadır. Bu sebeple sıkıntılarla baş edemese bile bekleyip sonucunu görene kadar sabredecektir. Yapılan araştırmalara göre inanç sahibi bireylerin her sıkıntısından ders çıkardığını ve bu süreç içerisinde intihar fikrini hiç aklına dahi getirmediğini göstermektedir. Dinsel yardımcı araçların ve yol göstericilerin beyanları insanların sorunlarını çözmelerine yardımcı olduğu ve derin bir travma yaşamalarına engel olmaktadır. “Allah’ı devamlı kendisi ile birlikte düşünen insan daha az kaygı ve stres içinde olacak, beden ve ruh sağlığı açısından daha az şikayetçi olacaktır.”¹ Din, bireyin alkol ve uyuşturucu madde kullanımını da sınırladığından bunlara bağlı intiharları da engellemektedir.

Bir dine mensup birey inandığı dinin vaatlerine ulaşabilmenin yolunun sıkıntıları aşmaktan geçtiğini düşünmektedir. “Din insana karşılaştığı sıkıntıların karşılığını mükafat olarak alacağını vaat etmektedir. Bu vaat insanların çektiği acıları hafifletmektedir.”² Büyük kayıplar yaşayan bireylerin bile dinsel vaatlere ulaşabilmek amacıyla bu kayıplarını daha basit kabullendikleri görülmektedir. Sorunlar karşısındaki dinsel telkinler bir psikiyatrin telkinleri kadar etkin olabilmektedir.

Din, hayat içerisinde bireyi telkin edici olduğu gibi azmedici rol de oynamaktadır. İnananlarda yaşanan ömrün sonunda mükafatlandırılacağı sonsuz bir hayat başlayacaktır. Bu sonsuz hayata dair bilinen açıklamalar, tasvirler, bireyi özendirici ve azmettirici bir faktördür. Din, sonsuz hayata dair belirsizlikleri güvendiği kaynaklardan açıklığa kavuşturan bireyin öz güvenini, sorunları ile mücadele gücünü ve yaşam motivasyonunu artırmaktadır. İnanan bireylerin yaşadığı sorunlar karşısında ve psikolojik gerginliklerde direnç gösterme ve baş etmeşte yöntemlerinden birisi de din olarak göze çarpmaktadır. “Afetler, hastalık, ölüm vb. durumlarla başa çıkmada da din, önemli bir ‘başa çıkma’ aracı olarak

¹ Kula, s.241.

² Kula, s.241.

kullanılmaktadır.”¹ Din, bireyin duygusal boşluk içerisinde savruluşunu durduran, o boşluğu dolduran ve duygusal anlamda bir sığınma olgusudur.

Din, bireyin güçlükler karşısında intihara yönelimden önceki çıkış yoludur. Bu yolu kullanan birey intiharı değil, dine sığınmayı tercih eder. Bireyin karşılaştığı güçlüklerde intihara alternatif ve zararsız bir yoldur. Her birey hayatı boyunca çeşitli zorluklarla karşılaşır. Önemli olan bireylerin zorluklarla nasıl başa çıktığı, çözüm noktasında başvurduğu yöntemler, çözüme ulaştıramadığı sorunlardan nasıl uzaklaştığı konularında din ayrıştırıcı özelliğe sahiptir. İnançlı kişiler dini inançları çerçevesinde son çare olarak soruna teslim olup sonuçlarına rıza gösterirken, herhangi bir dine mensup olmayan kişilerin ise intihara yönelme eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu sebeple din bireyin fiziki sağlığını ve ruh sağlığını koruyucu özelliktedir. “Karşılaştığı zorluk ve problemlerle nasıl başedeceğini bilemeyen birey kolaylıkla umutsuzluk ve çaresizlik duygularına teslim olur. Bilindiği gibi duygudurum ve kaygı bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkışında, bu iki duygu nedensel öneme sahiptir.”² Yaşanılan güçlüklerle baş etme ya da çözme becerisi bireyin yaşantısını etkileyen temel faktörlerdir. Din ise bu becerilerin yetersiz kaldığı durumlarda bireye alternatif bir çıkış kapısı sunar. Birey ‘Kısmet’, ‘Nasip’, ‘Kader böyleymiş’ gibi telkinlerle duygusal yıkımdan kendisini uzaklaştıracaktır.

Tüm canlılar yaratılış özelliği olarak kendisinden daha güçlülere sığınma güdüsü içerisinde. Birey, kendisinden daha güçlü olduğuna inandığı Allah’ı, kendisini her zaman gözlemleyen, göndermiş olduğu yol göstericiler ile yönlendiren, inancının gereklerini yerine getirdiği sürece bireyi kötülüklerden koruyan veya korumadığı zamanlarda karşılaştığı sorunlar ile sınayan olarak görür. Allah’a her zaman dua edebilmesi bireyi rahatlatmaktadır. Her şeyden daha güçlü olan Allah inancı, anlam verilemeyen sorunları anlamlandırmada ve sığınma yolu ile sorunlardan uzaklaşmada önemli bir intihar önleyicidir. “Zira stresli bir durumla karşı karşıya kalan birey, varlığının tehdit altında olduğunu hisseder. Böylesi bir durumda insan, kendini çaresiz ve yalnız hissedebilir ve kendisini bu durumdan

¹ H.Altıntop, Dindarlık-İntihar İlişkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, YYLT, Isparta, 2005, s.38.

² Eskin, s.158.

kurtarabilecek bir yardımcıya, güveneceği, dayanacağı bir kişiye veya yere ihtiyaç hisseder, insan dini inancı sayesinde kendisine yardım edeceğini düşündüğü, her şeyi bilen ve gücü yeten bir varlık olarak Allah'ı hatırlar, ona yönelir, ona güvenir.”¹ Kendi gücünün aciz kaldığı durumlarda insan kendisinden daha güçlü olan Allah'a sığınarak içinde bulunduğu güçlüğü O'na havale ederek ruhsal yapısını korumaktadır. “Allah, hem ümitsizlik, sıkıntı, bunalma, korku ve endişe durumlarında insana yardım edecek kudretli bir güç, hem de sevinç ve mutluluk anlarında insanın şükran duygularını sunabileceği ilahi bir güçtür. Böylece insan hem duygusal taşkınlık hem de çökkünlük durumlarından kurtulur ve dengeli bir özellik kazanır.”² Allah birey için hem sorunla karşılaştıran, sorunu çözmemesi durumunda yardım eden, bireyi sınavan, koruyan, acizlikten kurtaran sonsuz bir güçtür.

Dini inançlar toplumdaki intihar sayılarını da etkilemektedir. İntihar tüm hak dinlerde yasaklanmıştır. Bireyin dini, dine yakınlığı, inanç seviyesi intihara olan eğilimini etkileyen bir faktördür. Avrupa'nın sert dini kurallarına ve sadakatli Katoliktoplumlarına bakıldığında intihar oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Diğer mezheplere üye toplumlarda ise bu oran daha yüksektir. “Birleşmiş Milletler yıllığında İslam ülkeleri intihar oranları açısından son sıralarda yer almaktadır. Örnek olarak, % 000.1,9 gibi bir oranla Türkiye 45.sırada; 0.4 ile Kuveyt 52.sırada; 0.2 ile Ürdün 53.sırada yer almaktadır.”³ Bireysel anlamdaki dini değerlerin yanı sıra toplumsal dini değerler de intiharı etkilemektedir. Bireyin yönelimlerindeki farklılıklar toplum tarafından olumsuz karşılandığı zaman bireye bir yardım söz konusu olacaktır.

Dini kuralların daha çok kabul edildiği ve dini kurallar çerçevesinde yaşamlarına yön veren ‘Tutucu’ olarak tabir edilen toplumlarda intihar oranı düşüktür. “Durkheim, Protestanlığın Katolikliğe göre daha özgür ve hoşgörülü olduğunu belirtir. Kolektivizm ve dogmatizmin azlığı nedeniyle, intihar oranları daha yüksektir. İslam dininin toplumsal dayanışmayı öne alan yapısı, yardımlaşma ve dayanışmayı ekonomik alana taşıması ve dinen intiharı yasaklaması, İslam

¹ Kula, s.242.

² Kula, s.242.

³ İ. Balcıoğlu - A. Çitken, Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açısından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47, İstanbul, 2005, s. 214.

lkelerindeki düşük intihar oranını anlamamıza yardımcı olabilir.”¹ Bir dinin temelinde sadece yasakların değil de yardımlaşmanın, paylaşmanın olması hatta bunların mkafatlarının olması intiharı önleyicidir.

Bazı dinler intiharı yasaklasa da bu dine mensup toplumlar intihar edenleri ve ailelerini dışladıklarından aileler intiharı gizlemektedirler. Musevilikte de intihar İslamiyette olduğu gibi yasaktır. Musevi toplumun bu yasak ve toplumsal dışlanma nedeniyle intihar oranları doğru tespit edilememektedir. “Musevilerin gördükleri dışlanmaya karşı oluşan direnme gücü ve ego direncinin intiharı azalttığı düşünülmektedir.”² Doğru bilgiler ışığında daha kesin sonuçlara ulaşılamadığından bu toplumlar sadece elde edilebilen verilere göre değerlendirilmektedirler.

Toplumsal yaşantı içerisinde bireylerin zbenliklerini korumak adına birlikte hareket etme güdüleri söz konusudur. “Savaşlarda ve büyük siyasi bunalımlarda, toplumun bütünleşme arzusu ve ls artar. Bireyler toplumsal problemlere bütün gleri ile katılırlar, intihar oranları düşer. Durkheim’e göre bu tür toplumsal durumlarda, bireylerin bencillikleri sınırlanır ve yaşama istekleri güçlenir.”³ Birlikte hareket etmek bireyi varolması anlamında güdüleyicidir.

Toplumsal değerlerdeki lmeler, değişimler toplumsal sadakati azaltmaktadır. Toplumsal sadakatın azalması bireyi yalnızlaştırmaktadır. “Toplumu bir arada tutan ortak değerlerde, ortak bilinçte, geleneklerde hızlı ve büyük ölçekli değişimler, fertler arasında ve toplumlarda aşınmaya, zayıflamalara yol açar ve bu da intihar girişimini arttırmaktadır.”⁴ Evrensel yaşama ulaşım imkanlarının fazlalaşması kapalı toplumların i dünyaları ile dış dünyasındaki farklılıkları görünür kılmıştır. Bu farklılıkların ortadan kalkmaya başladığı toplumlarda intihar vakaları artış göstermektedir.

¹ G. Ekici, Psikiyatrik Hastalığı Olan lmle Sonuçlanmış Olgularda Sosyo Demografik zellikler, YUT, BRSHH, İstanbul, 1999.

² G. Babaoğlu, Psikiyatri, İntihar, Psikiyatrik Hastalarda İntihar Davranışı, Kronik İntihar Davranışının Değerlendirilmesi, BRSHH, 4. Psikiyatri Birimi, YUT, İstanbul 1990.

³ Balcıoğlu – itken, s.214.

⁴ N. Kaya, Yatan Psikiyatrik Hastalarda İntihar Girişiminin Sosyo-demografik Faktörler ve Psikiyatrik Tanılarla İlişkisi, YUT, BRSHH, İstanbul, 1993, s. 6.

Genel manada din olgusunun bireyler üzerinde intiharı engelleyici bir yönü bulunmaktadır. Araştırmalarda ruhani dinlerin tamamı intihar gibi bir eylemi yanlış bulmak ve yasaklamakla birlikte, ölümün doğal sebeplerle olması yönünde telkinlerde ve bildirimlerde bulunmuştur. Türkiye açısından bakıldığında İslamiyet dini intiharı tamamen yasaklamış ve bu eylemi gerçekleştiren bireylerin dünyada sıkıntılarından kurtuluyor gibi gözüксе de ruhani dünyada ciddi cezalara maruz kalacaklarını bildirmiş ve böyle bir eylemi men etmiştir. İslam dini intihar eden kişinin sonsuz hayatında maruz kalacağı cezayı da açıkladığı için kişinin içinde bulunduğu duruma direnmeyi daha şiddetli bir cezaya tercih etmektedir. Din, her toplumda bireyleri, tek başına intihara karşı koruyan bir etken olarak değerlendirilmemelidir. İntihar oranlarını birçok kriter belirler, din bu anlamda intihar oranını azaltıcı olumlu bir kriterdir. Dinin neden tüm toplumlarda aynı azaltıcı etkiyi göstermediği araştırılmayı bekleyen önemli bir sorundur. “ Kültürel yapının genel özelliklerinin göz önünde bulundurulmadığı çalışmaların bu anlamda yetersiz kalacağı da bir başka gerçekliktir. Bu haliyle konu halen araştırmaya açık bir özellik taşımaktadır.”¹ Din tek başına intiharı önleyici özelliğe sahip değildir. Toplumun yapısı, dini inancı, dinsel yaşamdaki yaklaşımları ve tutumları, bireyin bu değerlere bağlılık derecesi dinin intihar olgusundaki etkileridir.

1.3.6 Meslek

Meslek hayatı insan ömrünün ortalama 25-35 yılını kapsayan bir zaman dilimidir. Ortalama dünyadaki yaşam süresinin 65-70 yıl olduğu düşünüldüğünde meslek hayatı insan ömrünün yarısını kapsamaktadır. Bu da göstermektedir ki çalışma hayatı ve ortamı, bireylerin ruhi durumlarının en önemli etkenlerindendir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki bireylerin iş sahibi olmaları intihar oranını düşürmektedir. Ancak çalışma şartları da intiharı etkilemektedir. “Durkheim bir işte çalışmanın, enerjiyi belli bir alana yönlendirmenin intihar riskini azalttığını belirtmektedir.”² Kişisel iletişimin yüksek olduğu mesleklerde gerek çok yönlülüğe bağlı dertlenme, gerekse tek iş odaklı çalışmama intihar oranını artırmaktadır. Kişisel iletişimin az olduğu mesleklerde sadece tek nokta odaklı çalışma, başka şeyleri

¹ N. Atasoy ve Ark., “Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri”, T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları No.2, Zonguldak, 2014, s.10.

² N.Yüksel, “İntiharın Nörobiyolojisi”, KPD, S.Ek.2:5, Ankara, 2001, s.6.

düşünme ve onlardan etkilenme oranını düşürür. Bu mesleklerde intihar riski düşer. Ülkemizde farklı meslek grupları intihar açısından farklı sonuçlar oluşturmaktadır. Gelir seviyesindeki dengesizlikler ailenin tüm bireylerini etkilemektedir. Farklı gelir durumlarına sahip ailelerin çocuklarını bir araya getiren okullarda öğrencilerin arkadaşlarının sahip olduklarına ulaşamama durumları öğrenciler arasındaki intihar oranını yükseltmektedir. Çalışma hayatı sona ermiş emeklilerin geçim sıkıntılarının halen devam ediyor olması da emekliler arasındaki intihar oranını artırmaktadır. “Emeklilerde de olasılık artmaktadır.”¹ Avrupa toplumlarında intihar eden emekliler ‘İşe yaramamak’ duygusundan dolayı, ülkemizde intihar eden emeklilerin ise geçim sıkıntısı ve ‘Terk edilmişlik’ duygusu nedeniyle bu yola başvurdıkları görülmektedir.

Meslek, intihar nedeni olarak değerlendirildiğinde en büyük etkenin işsizlik olduğu tespit edilmiştir. “İktisadi manada temel üretim faktörünün değerlendirilememesi durumunu ifade eden işsizlik toplumsal anlamda ele alındığında sosyal bir yarayı, bireysel olarak ele alındığında ise kayıplar zincirini ve bir travmayı ifade etmektedir.”² İşsizliğin devlet maliyetlerini ve giderlerini olumsuz etkilediği tüm ekonomistlerin kabul ettiği toplumsal bir kayıptır. Bireysel anlamda da işsizlik bireyin üretkenliğini durduran, psikolojik olarak zayıflatan, sosyal yapı içerisinde yer edinememe, toplumsal yapıda rol üstlenememe sonucu gelişen ruhsal sorunlara sebep olan, ekonomik ve toplumsal açıdan travmalara sebep olan çok ciddi bir sosyal intihar endikasyonudur. İşsizliğin yol açtığı toplumsal ve bireysel yaraların telafisi çok uzun yıllar gerektirmektedir. İşsiz bireyler gerek ihtiyaçlarını karşılayamama gerekse herhangi bir meşguliyetin olmamasına bağlı ruhsal boşluklar nedeniyle intihar etmektedir.

Meslek grupları da intihar açısından incelenmiştir. İşsizlikte artan intihar oranları bazı meslek gruplarında da diğer mesleklere göre artış göstermektedir. İşsizliğe karşı alınan devlet tedbirleri gelişmiş ülkelerde işsizliğe bağlı intihar oranlarını düşürmektedir. “Ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharlar da artmakta, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş

¹ Yüksel, s.6.

² T. Yılmaz, F. Fidan, V.Karataş, “İşsizliğin Sosyo-Psikolojik Sonuçları: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Bireylerin Tutumları”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Siyaset Konferansları Bildirimler, s.165

zamanlarında azalmaktadır. İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir.”¹ Mesleği içerisinde karşılaşılan kişilerin özelliklerine, işi gereği kullanılan materyaller, ilaçlar ve yüksek derecede dikkat gerektiren meslekler intihar açısından risk gruplarını oluşturmaktadır.

İntihar materyaline ulaşma kolaylığı bulunan meslek grupları, psikolojik travmalara maruz kalan meslek grupları intihar açısından riskli gruplardır. “Polis memurları, psikolojik olarak zorlayıcı durumlara ve psiko-travmatik deneyimlere maruz kalma açısından yüksek risk altındadırlar.”² Toplumun hep sorunlu kesimleri ile karşılaşan meslek grupları intihar açısından yüksek riskli gruplar olarak değerlendirilir. Bu meslek grupları içerisinde sürekli suçlarla ve suçlularla karşılaşan kuvvet güçleri, vicdanı ile kanun arasında sıkışıp ruhsal sıkıntılar yaşayan adalet mensupları, sürekli sağlık sorunları yaşayan veya avucunun içerisinde yaşamı son bulan insanlara hizmet veren sağlık çalışanları, sürekli bir iş kazasına maruz kalma korkusu ile çalışan (maden işçileri, inşaat işçileri gibi) işçiler gibi meslek grupları yüksek risk teşkil eden gruplardır.

Bir mesleğin intihar oranının yüksek olması o meslek grubundaki her çalışanın ruh halinin bozuk olduğu, kuvvetli bir intihar potansiyeli içeren bireylerden oluştuğu mantalitesiyle çelişir. Çünkü bir meslek grubunda her çalışan aynı işi yapmamaktadır. Polislerin bir kısmı ciddi yaşamsal tehdit altında çalışırken, bir kısmı ise hayati riskin düşük olduğu ofislerde çalışmaktadır. Bu iki grup çalışanları aynı ünvanı taşıyor olsalar bile intihar riski açısından değerlendirildiklerinde çok ciddi oransal farklılıklarla karşımıza çıkmaktadır. Doktorlar ve sağlık çalışanları açısından bu durum değerlendirildiğinde; görüntüleme merkezlerinde, kayıt bürolarında, istatistiksel veri toplama ve analiz etme gibi hasta veya ölü ile karşılaşmayan çalışanlar ile her an ölüme yaklaşan hastalarla karşılaşan yoğun bakım ünitesi, onkoloji ve hematoloji klinikleri, acil yardım ünitesi ve ameliyathane gibi ünitelerin çalışanlarının intihara bakış açıları ve oranları arasındaki fark dikkat çekicidir.

¹ K.Tathioğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, S.2, Bolu, 2012, s.147.

² O. Polat, MA. İnanıcı, ME. Aksoy, Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul, 1997, s. 260-262.

İntihar nedeninin tek bir etkene bağlanması yanıltıcı sonuçlar doğuracaktır. İntihar tek bir nedenden kaynaklanabilen ya da birçok nedenden oluşabilen komplike bir olgudur. “Tüm bu bulgulara rağmen unutulmamalıdır ki, işsizliğin tek başına bir intihar risk etmeni olup olmadığı, bu beraberliğin, işsizliğin veya yetersiz sosyoekonomik düzeyin mental sağlık üzerine olan olumsuz etkisine mi bağlı olduğu, yoksa mental problemlili insanların işsiz olma riskinin daha yüksek olmasından mı kaynaklandığı henüz belirsizliğini koruyan ve tartışılan bir konudur.”¹ İntihar eden bireyin arkasında bıraktığı izler nedenler hakkında detayları saklamaktadır. Geride bırakılan izlerin eksiksiz değerlendirilmesi nedene yönelik doğru sonuçlar elde etmeye yarar.

İşsizlik tüm dünyada intiharı tetikleyen etkin bir faktördür. İşsizliğin tek başına bir etken olup olmadığı tartışılıyor olsa da, işsizlik intiharı tetikleyen etkenler arasında ciddi bir pay sahibidir. “Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12’si, erkeklerin ise %20’si işsizdir.”² Avrupa’nın bu durumuna karşılık ülkemizde işsiz olarak değil de çalışmayan kesim olarak değerlendirilen ev hanımlarında intihar oranı oldukça yüksektir. “Türkiye’de intihar girişimlerinin ekonomik olarak daha bağımlı olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir.”³ Bu gerçeklik birçok araştırmacının dikkatini çekmiş ve bu tespit birçok yayında yer almıştır.

1.3.7 Ekonomi

Bireylerin ekonomik durumları, gelir düzeyleri bireyin yaşama isteğini etkilemektedir. Sosyo-ekonomik düzey ve sosyal yaşam koşulları ile intihar oranları ters orantı içerisinde. Aynı şehrin farklı yerleşim alanları arasında intihar girişim oranları farklılık gösterir. “İntihar girişimleri şehirlerin kalabalık, sosyal koşulları iyi olamayan bölgelerinde daha çok olmaktadır. İşsizlik ve intihar girişimi arasında da bağlantı vardır. Özellikle erkeklerde bu daha da belirgin olmaktadır.”⁴ Sosyo-

¹ G. Ekici, H.A. Savaş, S. Çıtak, “İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler”, APD, C.2, S. 4, Sivas, 2001, s.205.

² S.D. Özsoy, E.Eşel, “İntihar (Özkıym)”, APD, 2003, S.4, s.177.

³ Özsoy, Eşel, s.178

⁴ G. Ekici, H.A. Savaş, S. Çıtak, “İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler”, APD, C.2, S. 4, Sivas, 2001, s.205.

ekonomik düzeyi düşük olan bireylerin depresyon tedavisi görme oranı düşüktür. Bu durum sağlık merkezlerine başvuramama ve ilaç alma güçlüğü ile açıklanabilir. Ekonomik yetersizlikler bireylerin tüm hizmetlere ulaşımını engellemektedir. Bunun neticesinde birey intiharı tek çıkış kapısı olarak görmektedir. Babaoğlu'na göre “Diğer ülkelerdeki araştırma sonuçlarına uygunluk gösteren, düşük sosyo-ekonomik düzeyli kesimlerde intiharların daha sık görüldüğünü destekleyen bulgular elde etmiştir.”¹ Ekonomik imkansızlıklar intihar riskini artıran bir faktördür. Destek ve tedavi şartlarına ulaşamama bu oranı artıran başka bir faktördür.

İşsizlik sosyal yaşam içerisinde suç olaylarında artış, toplumsal yapıda çözülme, dengesiz göç ve intihar eylemlerinde artışı tetikleyebilir. İşsizlik, bireyin ve ailesinin alışageldiği yaşamdan uzaklaşmasına, elindeki kısıtlı kaynakları öncelik sırasına göre ihtiyaçları arasında pay etmesine ve bazılarının vazgeçmesine sebep olmaktadır. Bütün bu olumsuzluklar sonucunda bireyin intihara eğilimi artacaktır. Bireyin geleceğe dair varolan planlarının bozulması, gelirindeki azalma veya yok olma aile yapısını da etkileyecek, aile içi sorunlar bu eğilimi artıracaktır. “Bu konudaki çalışmalar, çalışma hayatı ile ilgili risklere özel bir ilgi göstermektedirler. İşsizlik bu riskler içerisinde ilk akla gelendir. Yapılan araştırmalar, işsizlik nedeniyle intiharların diğer nedenlerle yapılan intiharlara yaklaştığını göstermektedir.”² İşsizlik, ekonomik anlamda bireyleri intihara sürükleyen en temel faktördür.

Ülkemizde yapılan çalışmalar göstermektedir ki, maddi imkanlar intihar için belirleyici faktörlerdendir. “Uluslararası literatür bulgularına uygunluk gösteren, fakir kesimlerde intiharların daha sık görüldüğünü destekleyen bulgular elde edilmiştir.”³ İntihar oranları ülkeden ülkeye kültürden kültüre farklılıklar gösterir.

İntihar eden bireylerin intihar nedenleri birçok bilim dalı tarafından incelenmiştir. Önceleri intihar vakaları sosyoloji, psikoloji ve psikiyatri gibi disiplinler tarafından inceleniyor olsa da ilerleyen dönemlerde iktisat alanında da intiharlar hakkında çalışmalar yapılmıştır. İktisat disiplini tarafından intiharın değerlendirilmesi gelir düzeyinin intihar üzerindeki etkisini tespit etmektir.

¹ G. Babaoğlu, “Psikiyatride İntihar, Psikiyatrik Hastalarda İntihar Davranışı, Kronik İntihar Davranışının Değerlendirilmesi”, YUT, BRSHH, 4. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 1990.

² F. Topbaş, “İşsizlik ve İntihar İlişkisi: 1975-2005 Var Analizi”, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Trabzon, 2007, S.Aralık, s.162.

³ N. Kaya, Yatan Psikiyatrik Hastalarda İntihar Girişiminin Sosyodemografik Faktörler ve Psikiyatrik Tanılarla İlişkisi, BRSHH, YUT, İstanbul, 1993, s: 6.

“Bunlardan intiharın ekonomik nedenleriyle ilgili olan çalışmalardan ilki Lendrum (1933) çalışmasında yer almaktadır. Bir psikiyatri araştırması olan bu çalışmada 1000 kadar intihar vakası incelenmiş ve bunlardan 419 erkek intiharın ekonomik nedenlerle olan ilgisi araştırılmıştır. Bu intiharların üçte birinin ekonomik nedenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. İkinci çalışmada Fedden (1938), 1770-1830 Büyük Britanya kayıtlarındaki intihar vakalarının dörtte birinin ekonomik nedenlerden kaynaklandığını bulmuştur.”¹ Ekonomik nedenlerin intiharların temelindeki nedenlerden birisi olduğu tarihin her aşamasında araştırmacıların dikkatini çekmiştir. Ekonomik nedenlere bağlı intihar çalışmalarında Durkheim, ekonomik sebeplerin intihar nedeni sayılması gerektiği tezini savunsa da sonraki sosyologlardan Halbwachs, ekonomik yetersizliğinin yol açtığı sosyal yalıtımın intihara yol açan bir neden olduğu tezini savunacaktır. Ekonomik yetersizlik bireyin yaşantısını bir çok yönden olumsuz etkilemektedir. Ekonomik yetersizliğin yol açtığı durumlarla birlikte değerlendirilip direk bir intihar nedeni olarak mı sayılacağı yoksa ekonomik yetersizliklerin yol açtığı sonuçların mı intihar nedeni olarak sayılacağı hala sosyologlar arasında tartışılmakta olsa da sonuç olarak yetersiz gelir bireyleri intihara götüren en büyük etkenlerdendir.

Ekonomik yetersizlikler nedeniyle kendi ülkesinden göç etmiş gruplar gittikleri ülkelerin kültürlerine uyum sürecinde sonucu intihara varan sorunlar yaşamışlardır. “Almanya’da göçmenler üzerinde intihar girişimleri üzerine yapılan bir çalışmada, göçmen olma, kadın olma ve yaşın düşüklüğü üçlüsünün intihar girişimi riskini üç kat arttırdığı belirlenmiştir. Göçmenlerdeki intihar girişimleri ‘kültürel çatışma’ nedeniyle stresle mücadele etme zorunlulukları ile açıklanabilir.”² Ekonomik yetersizlikler intihara direkt neden olmakta iken ekonomik imkan sağlama amacı ile yapılan göçler de endirekt sebebiyet vermektedir.

İnsanın duygusal yapısı çözülmesi güç bir karmaşadır. Tüm doğanın canlandığı zamanlarda dahi bireyin psikolojisi bozulabilmektedir. “Doğanın canlandığı, neşelendiği ilkbahar ve yaz aylarında intihar olguları, ilk ve sonbaharda

¹ Y.Kütük, “Türkiye’de İntiharların Ekonomik ve Sosyal Göstergeler İlişkisi”, İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, YYLT, İstanbul, 2011, s.9-10.

² İ.Balcıoğlu, A. Çitken, “Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitim Etkinlikleri, Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 2005, No.47, s.217.

akut depresyon, yaz aylarında mani nöbetleri artış göstermektedir.”¹ Mevsim değişimlerinde hava koşulları, dünya üzerindeki çekim kuvvetlerinin etkisi ile ruhsal durumu etkileyen şartlar ortaya çıkmaktadır. Sonbahar ‘Hazan mevsimi’ olarak bilinmekte ve depresyonun atağa geçtiği bir mevsim olduğu bilinmektedir. Ancak ilkbahardaki intiharların daha fazla oluşu açıklanması güç bir durumdur. Yapılan araştırmalar zaman dilimlerini daha kısa süreçlere ayırarak sürdürülmüştür. “Aylara göre intihar verilerine bakıldığında, intiharların en sık Temmuz, ardından da Mayıs ayında gerçekleştiği, kadınların Mayıs ve Şubat ayında; erkeklerin Temmuz, Mart ve Nisan aylarında intihar girişiminde bulundukları rapor edilmiştir.”² Zaman dilimlerine göre yapılan araştırmaların nedensel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Verilere göre intiharların sık görüldüğü zaman dilimleri sosyo-ekonomik açıdan değerlendirilmelidir.

1.4 Fiziksel Hastalıklar

Bireyin başkalarına muhtaç olmasına neden olan hastalıkları intihara sebebiyet veren en önemli bedensel faktördür. Özellikle bakıma muhtaç kişilerin bakımını üstlenecek bir yakınının olmaması ya da muhtaç kişiyi rencide eden bakım tarzları bireyde intihar durumuna neden olmaktadır. Fiziksel olarak süregelen bir hastalığı olan bireylerde intihar fikrinin yaygınlığı çok fazladır. Hastalıklara bağlı bakıma muhtaç hale düşmek genel itibarıyla intiharı tetikleyen bir etkidir. Özellikle bakıma muhtaç yaşlı erkekler hastalarda bu oranın oldukça yüksek olduğu gözlenmektedir. Hastalık sonucu fiziksel olarak umutsuz duruma düşen bireylerde ağır depresif bozukluklar tespit edilmiştir. Fiziksel hastalıklar ekonomik yetersizliklerde olduğu gibi direk intihar sebebi midir yoksa ikincil sonuçlarına bağlı intihara zemin hazırlayan bir faktör müdür, hala tartışılan bir etkidir. Fiziksel hastalığı olan bireyin duygusal yapısı ve algılaması bozulur, daha hassas bir yapıya bürünür. Fiziksel hastalıklar kişide daha önceden var olan duygulanım bozukluklarını alevlendirir, algısal yapısı bozulan birey çözüm yolları arama ve uygulama konusunda yetersiz kalır, içe dönüş ve ağır depresyona doğru ilerletir. “Yaşlılardaki fiziksel hastalıklarda ve terminal dönemdeki hastalarda, özellikle

¹ I. Sayıl, H. Tuğcu, Toplumumuzda İntihar ve Adam Öldürme Üstüne Kıyaslamalı Bir Çalışma, 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, 1988, Ankara.

² İ. Balcıoğlu, A. Çitken, **Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri**, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açısından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47, İstanbul, 2005, s. 217.

de kanserde intihar hasta tarafından mantıklı bir ‘çıkış yolu’ gibi görülebilir. İntihar riski teşhisten hemen sonra ve kemoterapi alıyorken en yüksektir. Yaşlı fiziksel hastalarda eşlik eden depresyonun tedavisi, yaşlılardaki intiharların önlenmesinde önemli bir adımdır.”¹ Düşkün kişilerin gururlarını kırıcı tutumlar, zaten bedensel yetersizliği nedeniyle yıkılmış ruh halini iyiden iyiye intihar sürecine hapsedmektedir. Bireylerin bu hassas döneminde meşguliyet sağlayacak etkinlikler oluşturulmalıdır.

Bedensel hastalıklar bireyin normal seyrinde giden hayatında karşısına aniden çıkan bazen bir tümsek bazense aşılması imkansız bir dağ durumundadır. Kanseri, organ yetmezliği olan ve uzun süre organ nakli bekleyen hastalar, hormonal hastalıklar, AIDS, demans, epilepsi, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve peptik ülser bu anlamda en çok rastlanan hastalıklardır. Epilepsi hastaları diğer fiziksel hastalığı olanlara oranla daha çok intihar eğilimindedir. Bunda hastalığın rolü büyüktür. Epilepsinin gerçekleştiği beyin lobuna göre intihar riski artmaktadır. Özellikle temporal lob epilepsileri diğer loblara göre en yüksek risk teşkil eden alandır. Uzun süren tedaviler, dayanılmaz ağrılar gibi fiziksel hastalıkların süreğenliği bireyin psikolojik yapısını yıkıcı etki gösterir. “Terminal dönemdeki hastalarda, ağırlı hastalıklara sahip kişilerde, uzun ve güç tedavi gerektiren durumlarda intihar riski artar.”² Uzun süre tedavi gören ya da organ nakli bekleyen hastalarda umutsuzluk, yaşamdan ümidini kesme gibi çökkün durumlar görülür. Hastalıkların tedavi süreci hem bireyi hem de yakınlarını yıpratmaktadır. Maddi açıdan ve psikolojik açıdan yıpranan aile fertleri ve birey intihara yönelmektedir.

1.5 Psikiyatrik Bozukluklar

İntiharın nedeni her ne olursa olsun bireyin psikolojisinin bozulması yüksek oranda tetikleyici rol üstlenmektedir. İntiharın nedenlerine bakıldığında nedenin yol açtığı ikincil komplikasyon psikolojik bozukluklardır. “İntihara yol açan en önemli sorun depresyondur. Bu konuda yapılan değişik araştırmalarda intihar eden kişilerin %30-64 ünde depresyon tespit edilmiştir. İntihar sonucu ölenlerin %90 ında depresyon tespit edilmiştir. Depresyon hastalarının ise %15 i intihar girişimi sonucu yaşamını kaybetmektedir. Yapılan bir araştırmada intihar sonucu yaşamını kaybeden vakaların

¹ G. Ekici - H.A. Savaş - S. Çıtak, “Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi” İteni, C.11, S. 3, İstanbul, 2001, s.168-169.

² Ekici - Savaş - Çıtak, s.169.

%63'ünün erkek, %37'sinin ise kadın olduğu tespit edilmiştir.”¹ Depresyon hastaları cinsiyet olarak ayrıştırıldığında intihar eden erkek sayısı kadın sayısının iki katı kadardır. Ayrıca intihar sonucu ölen depresif erkek oranı kadın oranından daha yüksektir. Depresyon tedavisi alıp, ilaç tedavisi görenler bu oranların içerisinde küçük bir paya sahiptir. Bu tespitten anlaşılan, depresyon hastalarının yardım almak veya tedavi görmek amacıyla doktora başvurmadıklarıdır. İntiharların büyük bir kısmını kapsasa da depresyon intihara yol açan tek psikiyatrik bozukluk değildir. Depresyon dışında intihara sebep olan diğer psikiyatrik bozukluklar şizofreni, alkol bağımlılığı, uyuşturucu madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, duygulanım bozukluğudur. Ruhsal bozukluğu olmayan bireyler nedenlere yönelik çözümler üretilip uygulamaktadır. Ancak baş etme yöntemleri üretemeyen ya da uygulayamayan bireylerde direkt psikiyatrik bozukluklar ya da nedenin yol açtığı endirekt psikiyatrik bozukluklar intihara yol açmaktadır. Depresyon intihar fikrini oluşturan en temel bozukluktur. Depresyon tedavileri çok uzun süren tedaviler olduğu için kişide bıkkınlık oluşturabilir ve birey tedaviyi yarım bırakabilir. Bu nedenle depresif hastalarda tedavi sürecini destekleyici, bireyin sosyalleşmesini sağlayacak, yalnızlıktan kurtaracak sosyal etkinliklere katılımının sağlanması gerekmektedir.

Depresyon tanımsal olarak Latince '*deprimere*' (bastırma) fiilinden türeyen ve günümüze depresyon olarak gelen ve en sık rastlanılan psikolojik rahatsızlıktır. “Sıklıkla 25-45 yaş aralığında etkili olan rahatsızlık kişinin yaşama olan ilgisini, heyecanını ve yaşam sevincini kaybetmesi, sürekli üzgün bir ruh hali içinde olmasını, kendi içine kapanmasını, hayatla olan bağlarını koparması, sosyal ilişkilerden kaçınması gibi özelliklerle tanımlanabilir.”² Depresyon belirtilerinin bazılarının görülmesi bireyin depresyon tanısı alması için yeterli değildir. Belirtiler sadece ön tanı ya da şüphe kısmında ayırt edici olabilir. Depresyon teşhisi ancak uzmanlar tarafından yapılan testler ve tecrübeler sonucu konulmalıdır. Depresyon tanısı konulmuş bireye intihar yönünden riskli birey gözüyle bakılmalıdır. İntihar edenler arasında nedensel olarak depresyonda olanların sayısı bir hayli fazladır.

¹; <http://www.psikoloji.com.tr/yetiskin/intihar/intihar-ve-nedenleri-1136.html> (22.10.2013)

²; <http://www.dw.de/depresyon-intiharın-başlıca-nedeni/a-4882623> (21.10.2013)

Bireyin depresyona girme olasılığı genetik yapısıyla yakından ilişkilidir. “Beyindeki serotonin maddesindeki azalma intihar olasılığını artırmaktadır. Tamamlanmış intiharı ya da intihar girişimi olan ergenlerin 1.derece akrabalarında intihar davranışı oranı 2-4 kat daha fazladır. Tek yumurta ikizlerinde intihar riski artışı yaklaşık 11 kat fazla iken çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazladır.”¹ Genetik öyküsü içerisinde depresyon gibi psikolojik bozukluğu olan bireylerde intihar etme ihtimali çok yüksektir.

Resim 2. Psikiyatri Hastalarını İntihara Yönelten Resim



Kaynak: <http://www.kadinlarkulubu.com/>

“ 1. Şizofrenler

2. Çok hassas olanlar

3. Depresyonda olanlar

1) Resme uzun süre bakarak bir şeyler beklemeleri ve bozuk psikolojide oldukları için resmi farklı boyutlarda farklı biçimlerde görmeleri. (Tamamen Rahatsızlıklarından Dolayı)

2) Resme bakmayı bitirdikten sonra yerde devamlı resimdeki kızı hayal etmeleri ve yanlarından, önlerinden geçen herkesin yüzünü bu kızın yüzü gibi görmeleri.

¹ E. Özalp, İntihar Davranışının Genetiği, TPD, Ankara, 2009, s.86.

3) İntihar: Yine hastalıklarından dolayı kızla konuştuklarını sanmaları (Biz o kişiyi görürken bize kendi kendine konuşuyormuş gibi geliyor) kızdan büyük ihtimal ölüm emri gibi halüsinasyonlar gördükleri tahmin edilmektedir.”¹ Farklı olgulara karşı bireyler farklı tepkiler vermektedir. Bir etkene farklı tepkiler verilmesinin nedeni her bireyin iç dünyası ve ruhsal durumuyla alakalıdır.

İntihar düşünce ve davranışı ile psikiyatrik bozukluklar arasında yakın bir ilişki olduğu psikiyatrik hastalarda intiharın görülme sıklığı diğer gruplardan 5 ile 40 kez daha yüksek olduğu bilinmektedir. İki yönlü hastalığa sahip duygudurum bozukluğu olan affektif bozuklukların manik döneminde duygu patlamaları sonucunda intiharlar görülse de, genellikle intiharlar depresif dönemlerinde artmaktadır. Distimik bozukluk olarak da bilinen 2 yılı aşmış ağır kronik depresyonu olanların ve uyum bozukluğu olanların da intihar oranları oldukça yüksektir. “Hastalık süresi ortalama 12 yıl, ortalama atak sayısı 3 olan, yaklaşık yarısı intihar girişiminde bulunan, diğer yarısı ise bulunmayan 100 depresyon olgusunda intihar girişiminin ortalama sayısı 2.9 olarak verilmektedir.”² Bireylerin psikiyatrik hastalıklarının türü, atak zamanları ve atak sıklıkları çok iyi analiz edilerek değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavi sürecinde bireyin her kontrolünde davranışları ve ifade ettikleri şeyler değerlendirilerek, oluşmuş farklılıklar yönünden intihar risk haritası çıkarılmalıdır. İntihar riskinin yüksek görüldüğü bireyler klinik tedavisine alınmalı, birey ve ailesi bu durumlarda desteklenmeli, klinik içerisinde etkinlikler planlanmalı, kliniklerin fiziki şartları düzenlenmelidir. Depresif bozukluğu olan hastaların aileleri de risk kapsamına alınmalı, her birey ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Çünkü depresyon tedavisi gören bireyin durumu aile bireylerini de psikolojik açıdan etkilemekte ve depresyona itmektedir.

Bireyin intihara en yakın olduğu zaman hastalığının ilk zamanlarıdır. Karşılaştığı bu farklı durumla nasıl baş etmesi gerektiğini bilemeyen birey intiharı bir kaçış veya bir çözüm yolu olarak görecektir. “İntihar girişimleri daha çok hastalık döneminin başında olmaktadır. Bu nedenle intihar girişimlerinin hastalığın

¹.....; <http://www.kadinlarkulubu.com/archive/t-568557.html> (20.11.2013)

² N. Yüksel, “İntiharın Nörobiyolojisi”, KPD, Ankara, 2001, S.4, s. 7.

yinelemesine bağılı umutsuzluktan kaynaklanmadığı düşünölebilir.”¹ Hastalıkların atak gösterdiği zamanlar belirlenerek o zaman dilimlerine özel tedbirler alınmalıdır.

1.5.1 Depresif Bozukluklar

Depresif bireylerin davranışsal yönleri değeriendirilmeli ve bu tip davranışları sergileyen bireylerin yardım alması için tedbirler alınmalıdır. “Depresif bozukluğun temel belirtileri çökkün duygu durum, karamsar düşünce biçimi ve içeriğı, yaşamdan zevk alamama, isteksizlik, enerjide azalma, motor ve ruhsal yavaşlık halidir. Bu tabloya sıkıntı, bunaltı, endişe, tahammölsözlük, ajitasyon, bazı psikotik ve bedensel belirtiler de eklenebilir.”² Depresif bozukluk her zaman ruhsal belirtiler vermeyebilir, bazen uykuda artma, yeme isteğinde azalma ya da artma gibi bedensel belirtiler de verebilir. Bu bedensel belirtiler ruhsal belirtileri bastırabilir, saklayabilir, tespit edilmesi güç bir hale getirebilir. Toplum içerisinde çok uykucu olan bir bireyin depresif olmadığını kimse iddia edemez. Ancak her uyuyan bireyin de depresyonda olmadığı ve karıştırılmaması gerektiğı bilinmelidir. İntihara bu kadar sebep olan bir bozukluğun doğru değeriendirilmesi çok önemlidir. Doğru teşhis olmuş depresyon hastalığı tedavi edilebilir bir bozukluktur. Depresyon tedavisi, intihar eden şahsın iknası veya tedavisi kadar riskli ve zor değildir. Bireyin en büyük varlığı yaşamıdır. İntihara neden olan faktörlerin başında gelen bir hastalığın ciddi bir değeriendirmeye ve tedaviye ihtiyacı vardır.

Bireyin yaşamına mal olan bir hastalık olduğu gerçeğini kabullenirsek depresif bozuklukların önemini kavramak daha kolay olacaktır. “Ağır depresyonu olan vakaların yüzde 11 ila 17’sinin yaşamlarının bu yolla son bulduğunu düşünecek olursak durumun ciddiyeti daha açık ortaya çıkacaktır. Bir çok ağır bedensel hastalık aile baskısının fazla oluşunun intihar riskini arttırdığı konusunda fikir birliği vardır.”³ Önceki yıllarda erişkinlerde sık görölen intihar teşebbüsleri son yıllarda daha erken yaşlarda gerçekleştiğı, cinsiyetler arası farkın azaldığı da görölmektedir. Bu durum gerek sosyologların, öğretmenlerin, ebeveynlerin de dikkatle genç nüfusu takip altında tutması gerektiğini göstermektedir. Hekimlerin genç popölasyonun

¹ N.Yüksel, “İntiharın Nörobiyolojisi”, KPD, C.2, S.5, Ankara, 2001, s.7.

² I. Sayıl, “Bipolar Bozukluklarda İntihar”, KD, C.5, S.1, Ankara, 1997, s. 41.

³ I. Sayıl - O.E. Berksun, Depresyon ve İntihar, Psikiyatri Dünyası, S. 2, Ankara, 1998, s. 52.

değerlendirilmesi, tedavi edilmesi konusunda dikkatli ve seçici davranmaları gerekmektedir. Erişkinlerde görülmeyen duygulanımlar, bozukluklar veya davranışlar gençlerde görülebilir. Çocukluk çağında ve ergenlik dönemlerinde aileler çocuklarının davranışlarını gözlemlemelidir. Aileler baş edemedikleri durumlarda uzmanlardan yardım alması hususunda yeterli bilgiye sahip olmalıdırlar.

Toplumumuzda ‘Depresyondayım’ sözüyle kişisel sohbetler içerisinde kullanılan bu ciddi hastalık dünyada bir çok ölümlere neden olmaktadır. Bu denli intihar sonucu ölüme sebebiyet veren ve dünya üzerinde en sık görülen psikiyatrik bozukluk olan depresyon, sonuçlarına göre değerlendirilmeli ve riskin ne kadar büyük olduğu idrak edilmelidir. “Hagnel ve Rorsman’ın yapmış olduğu bir çalışmada herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan popülasyonda intihar oranı 100.000’de 8.3 iken, depresif bozukluklarda aynı oran 100.000’de 83 olarak saptanmıştır.”¹ Bu kadar ciddi ölüm oranına sahip olan bu hastalığın basite indirgenmesi çok büyük sonuçlar doğurabilecek bir hata olacaktır.

Ülkemizde intihar vakalarının resmi görevlilerden saklanması, doğru bilgi verilmemesi gibi nedenlerle yanlış ya da eksik kayıtlar mevcuttur. Bu da intihar oranlarının düşük çıkmasına ve gereken önemin gösterilmemesine yol açmaktadır. “Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtlarına göre genel popülasyonda intihar oranının uzun yıllardır 100.000’de 2-3 civarlarında olduğu görülmektedir. 15 yaşın üzerindeki nüfusta ise bu oran 100.000’ de 4.34’e çıkmaktadır.”² Bu oranların resmi kayıtlara göre çıkarıldığı, resmi kayıtlara geçmeyen veya saklanan intiharların varlığının bilinmesi ülkemizdeki oranların daha yüksek olduğu gerçeğini oluşturmaktadır. Destek ya da tedavi amaçlı depresyon tedavisi almayanların sayısının fazlalığı, kliniklerde tedavi gören veya ayaktan tedavi alan hastaların kayıtları göz önüne alındığında Devlet İstatistik Enstitüsü’nün verileri tartışılır bir hal almış ve gerçekliğini yitirmiştir. Ülkemizde depresif bozukluklar gereken önemin gösterilmemesi, önemsenmemesi gibi nedenlerle tedavisi aksatılan bir durumdur.

Depresif bozukluklar hakkında toplumun her aşamasındaki bireylere eğitim verilmelidir. Her birey karşısındaki insanın gerçekten depresyonda olabilme

¹ Sayıl - Berksun, s. 54.

² Sayıl - Berksun, s. 54.

ihtimalinin ilk değerlendirmesini yapabilecek donanıma sahip olmalıdır. “Gerek depresyonun yaygınlığı, gerek hekimlerimizin tabloyu yeterince tanımamaları gerekse tedavi yaklaşımlarını bilmemeleri depresyonu, intiharı ve intihar girişimlerini ülkemiz için önemli bir sorun haline getirmektedir.”¹ Bu kadar önemli bir sorunla başa çıkmanın yolu ön tanı, yönlendirme, tedavi ve destek aşamalarını genele yaymaktan geçer. Kliniklerde verilen hizmetlerin dışına çıkılmalı, bireylerin tedavileri ve terapileri kendi yaşam alanlarında, kendi sevdiği bireyler tarafından sağlanmalıdır. Bu nedenle toplumun genelinin konu hakkında bilgili olması ve katılımı sağlanmalıdır. Toplum olarak herkesin üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmesi ileride yaşanabilecek ve herkesi derinden yaralayan acı kayıpların önüne geçecektir. Depresif bozukluklar intihara en çok neden olan ve ölüme neden olan bir hastalık değil, tedavi edilebilir bir hastalık olarak anılacaktır.

1.5.2 Alkol Kullanım Bozuklukları

Kişinin bilinçli davranışlarını, beyin fonksiyonlarını, reflekslerini yani sinir sistemini direk etkileyen alkol kullanımı kontrollü tüketimin dışına çıktığı zaman bireyin hayatını tehdit eder durumlara neden olmaktadır. İntihar riskinin en yüksek olduğu gruplardan birisi de alkol bağımlılarıdır. Alkol bağımlılığı sonucu ölümlerde karaciğer hastalıkları ilk sırayı alırken, ikinci sırada intihar gelmektedir. Alkolün etkisi altındaki birey, normal bir insan gibi düşünemez ve hareket edemez. Normal bir insanın hiç etkilenmeyeceği durumdan etkilenip, hüzne boğulabilir. Sadece bu durumunda bile intihara teşebbüs edebilir. Alkolün neden olduğu fiziksel hastalıkların yol açtığı intiharlar da değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Alkol bağımlılığında gizli intihar teşebbüsleri vardır. “Alkol entoksikasyonu olgularının çoğunun arkasında ‘intihar’ davranışı yatmaktadır. Yine alkol bağımlılarının işlerine, bedenlerine ve ilişkilerine karşı gösterdikleri yıkıcı tutum ‘gizli bir intihar’ davranışı olarak yorumlanmıştır.”¹ Kontrolsüz alkol kullanımı kendi kendine bir intihardır. Birey alkol bağımlılığının sonucunu bilerek bağımlılık düzeyinde alkol tüketmekle intihar etmektedir.

¹ H. Mırsal ve Ark., “Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması”, Bağımlılık Dergisi, C.2., S.1, İstanbul, 2001, s.23.

Alkol tüketimi ülkemizde bir çok araştırmalara konu olmuştur. Sonuçlar göstermektedir ki, alkol bir ölüm aracıdır. Kişinin alkol almadan önceki intihar fikri ile alkol aldıktan sonraki fikri arasında büyük oranda farklılık vardır. “Tamamlanmış intiharlarda % 19-63 oranında madde kullanım bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Alkol ya da madde bağımlılığı hastanın intihar riskini beş kat artırmaktadır. Alkol bağımlılarında genel nüfusa ve yatış yapılan psikiyatri hastalarına göre 6-25 katı risk oranı saptanmıştır.”¹ Alkolün kötü kullanım alışkanlığının süregelenleşmesi beraberinde kronik hastalıkları getirebileceği gibi entoksikasyon sonucu ölümlere de yol açmaktadır. Entoksikasyona varıncaya kadar alkol tüketen bireyin bunu ne amaçla yaptığı detaylı bir şekilde araştırılmalı, sürekli bu derecede alkol tüketip tüketmediği kendi ifadeleri dışında ailesince ve etrafındaki kişilerce tasdik edilmelidir. Bireyin tek başına vereceği bilgiler eksik ya da yanıltıcı olabilir. Alkol kullanımı bireyi depresif bozukluklara itebileceği gibi alkol kullanımına eşlik eden psikolojik bozukluklar intihar riskini artırmaktadır.

Alkol kullanımı kişiyi ruhsal açıdan çöküntüye uğratacak, kontrolsüz davranışlara neden olacak ve intihar fikrini kuvvetlendirecektir. Alkol bağımlılığı bireyi direkt olarak neden olduğu depresyon nedeniyle intihara sürükleyebileceği gibi sosyal yaşantısı veya aile hayatı içerisinde yol açtığı sorunlar nedeniyle de bireyi yalnızlık duygusuna düşürerek indirekt intihara sürükleyebilir. Alkolün, bireyin duygudurumu bozduğu, aşırı sinirlilik haline sebep olduğu bilinmektedir. Asabiyet nöbeti sonucunda var olan durumlar karşısında kızgınlığını etkenlere karşı kullanabilmekte olsa da bazı durumlarda bu kızgınlığını kendine yöneltebilmektedir. Duygudurum bozukluğu yaşayan birey asabiyet nöbetleri sonrasında aşırı çökkün bir ruh haline bürünüp intihara yönelmektedir. Alkol ve madde kullanımı bireyin öz hareketleri üzerindeki kontrolünü yitirmesine de sebep olup, intihara karşı duran egosunun yerini süperegosu alarak intihara yönelimini artırmaktadır. “Alkol ve madde kullanımı uykuya olan zarar verici etkisi ve uykudaki bozulma da duygulanım epizodlarının kötüleşmesi ya da rekürrense neden olması yüzünden hastalığın seyrini daha da olumsuzlaştırabilmektedir. Bunlara ek olarak alkol ve madde kullanımı farmakoterapiyi bozabilmektedir. Aşırı doz ile birlikte yargı bozukluğu ve ket

¹ B. Bakım - B. Özçelik - O. Karamustafaloğlu, “Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları”, Düşünen Adam Dergisi, C.20, S.1, İstanbul, 2007, s.44

vurmanın engellenmesi sonucu risk alıcı davranışlar artarak, kazaya bağlı ölümcül intiharlar oluşabilmektedir.”¹ Ülkemizde alkolizme bağlı intiharlar önceki yıllarda erkeklerde yüksek olmasına karşın alkol tüketiminin eskiye nazaran bayanlarda da artması alkole bağlı intiharlarda bayanların oranını da yükseltmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerin iş ve aile hayatını uzun süre devam ettirememeleri de sorunun toplumsal boyutunu yansıtmaktadır.

Alkol kullanımının genetik kodlardaki varlığı tam ispatlanamamış olsa da intihar edenlerin kendisi alkol kullanmasa bile üst kuşaklarında alkol kullanımı gerçeği ile karşılaşmaktadır. “Bunun yanında, sosyodemografik ve klinik özellikler açısından intihar davranışı/düşüncesi olan ile olmayanlar arasında yapılan istatistiki değerlendirmelerde intihar davranışı/düşüncesi olan grupta birinci derece yakınlarında alkol bağımlılığı oranı daha yüksek görünmektedir.”² Alkol bağımlılığı ülkemizde devlet tarafından ya da özel teşebbüslerce açılmış merkezlerde tedavi edilmektedir.

1.5.3 Diğer Madde Kullanım Bozuklukları

Uyuşturucu madde kullanımı bireyi intihar açısından risk grupları arasına sokmaktadır. Özellikle yoksunluk çekildiği durumlarda maddeye ulaşamamak intiharın sınırlarını zorlayıcı bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. “Beynin belli bir zevk sınırı vardır. Bu zevk sınırı aşıldığında veya madde bulunamadığı zaman intihar riski kendini gösterebilmektedir. Madde kötüye kullanımı/bağımlılığı, özellikle komorbid duygu durum bozukluğu ve davranım bozukluğu olan ergen erkeklerde intihar için önemli bir risk faktörüdür.”³ Madde bağımlılığı olan bireyler maddeye ulaşamama durumlarında intihara yönelmekte olsa da bireylerin kendisini değersiz, suçlu hissetmesi, utanç ve kendisine olan kızgınlıkları sonucunda da intihara yöneltmektedir. Uyuşturucu madde kullanan bireyler düşünce olarak bozulmalara yönelmekte ve bu bozuk düşüncelerle kendi özbenliğini değersizleştirmektedir. ‘Değersiz olan her şey kaybolmaya ve yitip gitmeye mahkumdur’ fikri ile intihara yönelim olmaktadır.

¹ B. Bakım - B. Özçelik - O. Karamustafalıoğlu, “Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları”, Düşünen Adam Dergisi, C.20, S.1, İstanbul, 2007, s.44

² H. Mırsal ve Ark., “Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması”, Bağımlılık Dergisi, C.2., S.1, İstanbul, 2001, s.23.

³ K. Tatlıoğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Bolu, 2012, S.2, s.144.

Psikiyatrik bozukluklarla karşılaştırıldığında bu duruma eşlik eden madde kullananlarda intihar ihtimali çok yükselmektedir. “Bağımlılar genel popülasyona göre intihar açısından yüksek risk altındadır. Düzenli madde kötüye kullananların tamamlanmış intihar açısından genel psikiyatrik popülasyona göre iki kat kadar daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir.”¹ Madde kullanımının yaygınlaşması bağımlıların intihar riski göz önüne alındığında çığ gibi büyüyen bir toplumsal riski ortaya çıkarmaktadır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, madde kullanımı ülkemizde küçük yaşlarda bile görülmektedir. Maddelerin çeşitlenmesi, ucuz madde temin edilebilir hale gelmesi, ailelerin çocuklarının üzerindeki kontrolünün azalması, iletişim hataları veya eksiklikleri madde kullanımının tespitini güçleştirmektedir. Ailelerin ‘Benim çocuğum yapmaz!’ tutumları çocukları bu konuda rahatlığa itmekte ve deneme merakına sebep olmaktadır. Madde kullanıcılarına yönelik yasal tedbirlerin azlığı da kullanıcı sayısını artırmaktadır. Madde kullanımının bu kadar zaafiyet arasında yaygınlaşmaması mümkün değildir. Madde kullanımına bağlı intiharların da hızla artan kullanıcı sayısına paralel artmaması mümkün değildir. Madde bağımlılığı bireyin intihar olasılığını çok yukarılara çekmektedir.

Madde kullananların yaşamlarına son verme yöntemleri içerisinde birinci sırayı alan aşırı doz alımı toplumdaki yaygın adıyla ‘Altın vuruş’ olarak süslenmektedir. “Oyesefo ve arkadaşlarının yapmış olduğu kapsamlı bir araştırmaya göre; en sık intihar şekli olarak aşırı doz görünmektedir. Aşırı doz ile intihar, olguların %45’ini oluşturmaktadır.”² Aşırı doz alımının intihar amaçlı mı yoksa kaza mı olduğunu ayırt etmenin güç olması istatistikleri yanıltmaktadır. Aşırı doz alımının ne amaçla yapıldığı tespiti güç bir durumdur. Aynı intihar amaçla aracı uçurumdan yuvarlamak gibidir. Kayıtlara kaza olarak geçen ancak intihar amacıyla yapılmış uygulamaların sayısı azımsanamayacak kadar çoktur. Bu nedenle kullanıcı olduğu tespit edilen bireyin kullanıcılık süresi, kullandığı maddede değişiklik yapıp yapmadığı, genel ruh halinde değişiklik olup olmadığı değerlendirme açısından önem arz etmektedir. Madde kullanan bireyin yakın çevresinin kendilerinin de deşifre olma ihtimali ve başının belaya gireceği düşüncesi nedeniyle konu hakkında bilgileri saklama güdüsü kayıtlara geçmesi gereken

¹ C. Evren ve Ark., “Madde Kullanımı Nedeni İle Yatarak Tedavi Görenlerde İntihar Girişimi Öyküsü”, KPD, Ankara, 2001, S. 4, s.233.

² C. Evren ve Ark.s.233.

verilerin gizli kalmasına neden olmaktadır. Madde kullanan bireylerde kendisini toplumdan soyutlama, yalnızlaşma sıklıkla görülen bir hali bozukluğudur. Sınırlı sayıdaki kişilerle iletişim içerisinde olması tamamen mecburiyettendir. Bu mecburiyet madde temini için gereken maddi kaynağı sağlamak için gerekli olan kişiler ya da madde temin eden satıcılar olmaktadır. Bu çevresi dışında kişi yalnızdır.

Madde kullanımının bir intihar aracı mı yoksa intihara giden yolun başlangıcı mı olduğunu ayırmak güçtür. “Neeleman ve Farrell’in araştırmasına göre; intihar girişimlerinin primer belirleyicileri madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı mıdır, yoksa madde kullanıcıları, kötüye kullanım veya bağımlılık olmadan da intihar açısından yüksek riske sahipmidirler bilinmemektedir. Borges ve arkadaşlarının araştırmalarına göre; klinisyenler, halihazırda madde kullanımının varlığında kötüye kullanım ya da bağımlılık olmasa da planlanmamış intihar girişimleri için uyanık olmalıdırlar.”¹ Madde bağımlılığının bir intihar aracı olarak değerlendirilmemesi, sadece intihara sebebiyet veren nedenler arasında değerlendirilmesi madde kullanımını masumlaştırmamalıdır.

Madde kullanan bireylerin suça karışma olasılıkları ve cezaevine düşme olasılıkları madde kullanmayanlara oranla daha yüksektir. “Ülkemizde cezaevinde yapılan bir çalışmada ise cezaevi öncesi yaşamlarında mahkumların, üçte birine yakınında esrar ve üçte birinden daha fazlasında karışık madde kullanımı öyküsü bildirilmiştir.”² Madde kullanan mahkumların uyuşturucuya ulaşamamaları cezaevi intiharlarını da beraberinde getirmektedir.

Madde kullanımına başlanması masum gibi gösterilen kimyasal uyuşturucularla başlayan, sonu ölüm olan uzun bir yoldur. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin madde bağımlılığı öncesinde sigara ve alkol tüketiminin varlığı söz konusudur. Masum gibi görünen bu iki kavram bireyi madde kullanımına yöneltten birinci basamaktır. Her sigara ve alkol kullanıcısı madde kullanımına başlamayabilir ancak her tüketici beynin zevk noktasında sigara ve alkol kullanımı ile gelen doygunluğu hissetmektedir. Kimi bireyler bu zevkin üzerindeki malzemelere ulaşmaya çalışır ve sonunda madde ile tanışır. Madde kullanımı masum

¹ C. Evren ve Ark s.233.

² E.C. Evren - K. Ögel - D. Çakmak, “Esrar Ve Meperidin (Petidin) Kullanım Bozukluğu Nedeni Ile Yatarak Tedavi Gören Hastaların Özelliklerinin Karşılaştırılması”, APD, C.3, S.1, Sivas, 2002, s.25.

gibi görünen ve temini kolay kimyasal, sentetik ürünlerle başlar. Birey her zirvede biraz daha fazlasını istemeye başlar ve bu kullanım aşırı doz uygulaması ile son bulur. “Geçiş kavramını daha kategorik değerlendirecek olursak, geçişin esrar gibi ‘soft’ (hafif) olarak adlandırılan maddelerden, eroin, kokain gibi ‘hard’ (ağır) maddelere doğru olması beklenmektedir.”¹ Tüm dünyada alkol ve madde kullanımı hızla artmaktadır. Devletler bu konuda sıkı tedbirler almaya çalışsa da temin ediciler de farklı yöntemlerle pazarlamaya devam etmektedirler. Bu maddelere ulaşımın önünü kesmeye çalışmak geçici bir çözüm olacaktır. Önemli olan bireylerin bu maddelerin zararlarını bilmesi, kullanmaya başlamaması ve bağımlıların tedavi edilmesidir.

1.5.4 Şizofreni

İntiharın gerçekleşmesine yol açan psikiyatrik bozukluklardan birisi de şizofrenidir. Belirtileri genellikle davranışsal bozukluklardır. “Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal ve diğer yönlerini kapsayan, değişkenlik gösteren, fakat derinden yıkıcı psikopatolojik etkileri olan bir klinik sendromdur.”² Şizofren bireyin genel yaşamında ve fikirlerinde düzensizlik, dağınıklık ve parçalanmalar hakimdir. Hasta duygularını ifade etmekte güçlükler yaşamakta, davranışlarını kontrol edememekte, düşüncelerini karşı tarafa yansıtamamakta, konuşma güçlükleri çekmekte, yüz ifadesi ve bedensel hareketlerinde genel bir dağınıklık, düzensizlik, toplum tarafından yadırganan tutarsızlıklar sergilemektedir. Kişiler arası ilişkilerinde, kendi kişisel ihtiyaçlarını karşılamada bireyin bir türlü kendisini toparlayamaması belirgin bir özelliktir. Kavrama, öğrenme, uygulama gibi konularda hiçbir eksikliği olmamasına rağmen, kendi iç dünyasında hastalığın etkisiyle yaşadığı gerginlikler, güvensizlikler, dış dünyadan kopmalar ve ilişkisini kesmeler görülmektedir.

Şizofreni, bireyin yaşamının erken evrelerinde yaşadığı kayıplar, başarısızlıklar gibi benzeri travmalara bağlı olarak gelişmektedir. Bu nedenle erken yaşlarda başlama olasılığı yüksektir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki şizofreni genetik kodları da takip edebilmektedir. Şizofreni, genç yaşlarda ortaya çıkma

¹ K. Ögel ve Ark., “Bir Geçiş Maddesi Olarak Esrar”, TPD, S.2, Ankara, 2000, s.31.

² F. Algin, “Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı Ve İçgörü İle İlişkisi” Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, YUT, İstanbul, 2009, s.24.

eğilimi gösteren bir hastalık olarak bilinse de, son yıllarda yapılan araştırmalar geç başlayan vaka sayısının da sanıldığı kadar az olmadığını göstermektedir. Yaşamın erken evresinde bireyi derinden yaralayan, yıkan olaylar ya da travmalar hastalığın temel taşlarını oluşturmakta ya da gizliliğini sürdüren hastalığın harekete geçmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle şizofreniye sebep olan spesifik bir etken yoktur. Birçok faktörün birleşimi ile orataya çıkan bir hastalıktır. “Başlangıcın sinsi ve yavaş bir karakter gösterebildiği, hastanın yavaş yavaş içine kapanmaya, kendine özgü bir dünyaya girmeye başladığı, çok sayıda olgunun ise özellikle adölesan dönemde yoğun prepsikotik anksiyete belirtileri gösterdiği, başlangıç devrelerinde aşırı mastürbasyon ya da kendi bedeni ile yoğun uğraş sergilediği, öz bakım ve kişiler arası ilişkilerini ihmal ettiği dikkati çeken belirtilerdir.”¹ Bireyin ilk göstereceği belirtileri içe kapanma ve kendisini yalnızlaştırma olacağından fark edilmesi güç bir hastalıktır. İlk aşamalarının depresif bozukluklarla karıştırılması çok muhtemeldir.

Başlarda depresif bozukluk gibi görünen şizofreni ilerleyen aşamalarında farklılıklar göstermeye başlayacaktır. Özellikle halüsinasyonlar bunların en tipidir. Halüsinasyon dünyasında kendisine bir rol bürünen birey sonu intiharlara giden kurgular oluşturmaktadır. Bu kurgular kimi zaman sanrısız korkulara neden olmaktadır. Sanrısız korkuları ile mücadele etme gücünü kendisinde bulamayan bireylerin intiharları görülmektedir. Şizofreni tek başına ölümcül bir hastalık değildir. Ancak şizofreniye bağlı ortaya çıkan durumların sonucu ölümcüldür. “Şizofreni hastalarının erken ölüm sebepleri arasında intihar ilk sırada yer almaktadır. İntihar ve intihar girişimi şizofrenide genel popülasyona göre anlamlı derecede yüksek oranda ortaya çıkmaktadır. Şizofrenide tamamlanmış intihar oranı %10-15, intihar girişimi oranı ise %20-40 civarındadır.”² Kliniklerde yapılan araştırmalara göre şizofreni teşhisi alan bireyler yaşamlarında intihara bir ya da birkaç kez başvurmaktadırlar. Hayatın erken evrelerinde başlayan hastalık intihar riski yüksektir. Faktörleri de içerir. Ruh hali bozulan bireyin düşünsel yapısı da bozulduğu için hayatı üzerindeki kontrolünü kaybedecektir. Genç yaşlarda başlayan bir hastalık olması, intihar sonucu genç ölümleri de beraberinde getirmektedir.

¹ F. Algin, s.25.

² F. Algin, s.30-31.

Şizofreniye bağlı intiharı azaltabilmek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar kişinin yetisel davranış bozukluklarını gidermeyi amaçlamaktaydı. Ağır psikiyatrik bozukluklar içerisinde hem bireyin hemde ailesinin yaşamını en çok sıkıntıya sokan ve öz bakımı yavaşlatan bozukluk olan şizofreni, intihar riskinin en yüksek olduğu bozukluklardandır. “Deveci ve diğ., (2008)’in şizofreni hastalarında psikososyal beceri eğitim programının belirli örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkileri konulu çalışmalarında DMS-IV (1994) ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş 22 hastayı 6 ay süre ile incelemişler ve sonuçta eğitim verilen hastaların, eğitim sonunda kazandıkları sorun çözme becerileri, stresle başa çıkma konularında bilgi ve becerilerle psikiyatrik belirtilerin azaldığı sonucu elde edilmiştir.”¹ Şizofreni de en büyük intihar gerekçesi halüsinasyonlardır. İntihar bu hastalıktaki en belirgin ölüm şeklidir. Şizofren bireyi intihara götüren sebepler genelde kendisinin oluşturduğu iç dünyasıyla alakalıdır. Şizofren bireyin bakımını üstlenen insanların intihar riskleri de değerlendirmeye değer sayıdadır. Kontrolü ve ikna edilmesi güç olan şizofren bireye bakmanın getirmiş olduğu ruhsal bir takım bozukluklar söz konusudur. Bunların temelinde hasta bireyden uzaklaşamamaya bağlı sosyal yaşamdan uzaklaşma yatmaktadır. Şizofreni hasta olan bireyi etkilediği gibi etrafındaki yakınlarını da olumsuz etkilemektedir. Hasta yakınlarının bu karmaşık hastalığı kabullenmeleri, uyum sağlamaları ve hasta bireyle yaşamaya alışmaları uzun zaman almaktadır.

Şizofreni kendi içerisinde komplike bir hastalık türüdür ve kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Bireyin aynı durum karşısındaki davranışları arasında bile farklılıklar vardır. “Şizofrenide görülen yüksek intihar oranları duygudurum bozukluklarında olduğu kadar şizofreni hastalarında da intihar düşüncesi ve girişimlerinin sorgulanması ve intihar riski taşıyan şizofreni hastalarının belirlenmesinin gereğini göstermektedir. Ancak şizofreninin klinik görünümü, başlangıcı, seyri ve sonlanımı açısından heterojen bir görünümde oluşu ve intiharın çok yönlü doğası gereği bu hasta grubunda intihar riskinin belirlenmesi zor olmaktadır.”² Şizofren hastaların intihar riskleri değerlendirilirken yaş, cinsiyet,

¹ K. Tatlıoğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, AİBÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Bolu, 2012, C.12, S.2, s.143-144.

² Z. Tekin - Ç. Hocaoglu, “Şizofrenide İntihar”, RCHP Dergisi, S. 1-2, İstanbul, 2009, s.39-40.

medeni durum gibi sosyodemografik verilerin yanı sıra, toplum içerisindeki statüsü, gelir kaynakları gibi sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel verilere de yer verilmelidir. Şizofreni hastalarının risk değerlendirmelerinde geçmiş hayatına yönelik hikayeleri de büyük önem arz etmektedir. Şizofreninin daha çok psikolojik travmalar sonucunda mı, kalıtsal bir hastalık mı olduğu yoksa komplike bir alt yapıya sahip hastalık mı olduğu konusunda bu veriler çok önemlidir. Şizofreni gibi karmaşık bir hastalığın neden olabileceği intihar da gerekçeleri bakımından karmaşıklığa sahip bir olgudur. Bu iki karmaşık durumun bir arada olması intihar olasılığının hesaplanmasını güçleştirmektedir. Hastalığın teşhis aşaması büyük güçlükler çıkarmasa da veri toplama aşaması araştırmacılara büyük sıkıntılar yaşatmaktadır. Hasta bireyin yakınlarından alınan bilgiler her ne kadar doğru olsa bile hastanın duygularını yansıtamamaktadır. Her hastaya potansiyel intihar vakası gözüyle de bakılamayacağından çok iyi takip ve analiz gerektirmektedir.

1.5.5 Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları gerek tanı aşamasında gerekse tedavi aşamasında güçlüklerle dolu bir hastalıktır. Kişilik bozukluğu olan hastalar tedavi edilmesi, tedaviye uyum sağlaması, kararsız tutumları nedeniyle klinisyenler tarafından güçlekle tedavi edilebilen hastalardır. Klinisyenler bu konuda sebepleri de açıklamışlardır; “Birinci neden kişilik bozukluğu olan bireylerin kısa süreli tedavilerden çok, uzun süreli psikodinamik yönelimli terapilerden yararlanacakları biçimindeki yaygın görüştür. İkinci neden kişilik bozukluğu düşünülen bireylerde patolojinin uzun süredir devam etmesi, başlangıç yaşının erken oluşu, intihar düşüncesi ve girişimlerinin yaygınlığı, kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları derin sorunlar ve bunların sonucunda çeşitli işlevsellik alanlarında bozulmanın sık görülmesidir.”¹ Tedavisi bu kadar uzun süren, uyumsuz ve tutarsız hasta potansiyeli ile uğraşan klinisyenler çokta haksız değillerdir. Çok erken yaşlarda oluşması, tespitinin güç olması ve uzun süreli tedavi süreci bu hastalığı zor kılmaktadır.

Bu hastalar toplum içerisinde de yeteri kadar ilgiyi göremediklerinden kendilerini yalnız hissetmektedirler. “Kişilik bozukluğu olan hastalarda da intiharlar

¹ H. Boztaş - M. Z. Sungur, “Kaçınan Kişilik Bozukluğu”, Psikiyatri Dünyası Dergisi, ..., 2001, S. 5 s.71.

görlür. Bunlar impulsif, reddedilmeye aşırı duyarlı, regresyona meyilli, alkol ve toksik maddelere eğilimleri olan kişilerdir.”¹ İçinde bulundukları duruma ek olarak alkol, madde kullanımı, depresyon gibi durumlarla bu bozukluk derinleşmekte ve sonuçta umutsuz bir birey ortaya çıkmaktadır. Umudunu yitiren her birey intihar açısından kuvvetli risk sınıfındadır.

Kişilik bozukluklarında bireyin kendini suçlayıcı yönleri çok sık görülen bir durumdur. Savaşır ve ark.’na göre, “Çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler; ‘değersizim, hiç bir işe yaramam’, ‘sevilmeyecek biriyim’ gibi temel düşünce şemalarına sahiptirler.”² Bu bireylerin kaygıları ve bunalımsal halleri üst düzeyde olduğundan intihar eğilimleri yüksektir. Hastalıkları nedeniyle kendisine yönelen suçlayıcı tavırları bireyin intihara gidişini hızlandırmaktadır.

Tarihsel süreç içerisinde bir çok psikiyatr ve araştırmacı kişilik bozuklukları üzerine çalışmalar yapmış ve farklı türlerde kişilik bozuklukları olduğunu tespit etmişlerdir. “İntihar girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış hastalar benmerkezcil (egosentric), fazla bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontrolleri zayıf olan bireylerdir. Bu özellikler, ‘antisosyal, borderline (sınır), histrionik (aşırı duygusal), narsisistik (özsever)’ bireylerin kendine zarar verme davranışlarının ve intihar yüklerinin daha yüksek olduğu; Gunderson borderline kişilik bozukluğu manüplatif intiharların ve depresyonda kendine zarar verme davranışlarının çok fazla görüldüğü; Wallace Obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde ise sadistik bir süperegoya (üst ben) ambivalans (kararsız) bağımlılık ile dayanılmaz bir suçluluk geriliminden ne pahasına olursa olsun kurtulma gereksinimi bu kişilerin en sık intihar riskini artırmaktadır.”³ İntihar eden bireylerin, çeşitleri farklılık gösterse de kişilik bozukluğu özellikleri taşıdığı bilinmektedir. Var olan kişilik bozukluğu farklı şekillerde intihar üzerinde kuvvetli etki göstermektedir. Problemlere yaklaşım ve çözüm güçlükleri yaşayan hasta bireyler, yetisel yetersizlikleri nedeniyle problemler karşısında tahmin edilemeyecek sorunlar doğuracak davranışlar sergilerler. Kişilik

¹ S.S. Can - I. Sayıl, “Yineleyici İntihar Girişimleri”, KD, C.12, S. 3, Ankara, 2004, s.55.

² F.Ç. Ateşçi ve Ark., “İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları”, KPD, S.5, Ankara, 2002, s.23.

³ K. Tatlıoğlu, “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, AİBÜ, Sosyal Bilimler Entstitüsü Dergisi, S.2, Bolu, 2012, s.144-145.

sorunlarının yol açtığı depresyon, silik ruh hali, çekingen kişilikler son yıllarda genç popülasyonun başlıca intihar nedenleri olarak göze çarpmaktadır. Genç popülasyon içerisinde erkeklerin, popüler arkadaşlarına benzemeye çalıştıkları, bayanlarda ise öz doğasına aykırı bir şekilde saldırgan tavır sergileyenlerin daha çok depresyona eğilimli oldukları ve bu iki grubun intihar yönünden yüksek risk oluşturdukları görülür. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki kişilik bozukluğu olan bireyler genel nüfusa oranla intihar ihtimalleri çok yüksek olan bir gruptur.

Kişilik bozukluğu bireyi ikincil komplikasyonlara yönlendiren ek bozukluklara yöneltmektedir. “Kişilik bozukluğu; kişinin alkol ve madde kullanımına yönelebilmesi, daha çok çevresiyle sorunlar yaşayabilmeleri, sorunlarla uygunsuz şekilde baş etmeye çalışmaları, tedavi almak istememeleri gibi nedenlerle intihar girişimleri ve sonuçlandırmaları yüksek bir orandadır.”¹ Cezaları nedeniyle toplumdan ve sosyal yaşamdan uzaklaştırılmış tutuklular arasında antisosyal veya asosyal kişilik bozuklukları çok sık görülmektedir. Bu kişilik bozuklukları cezaevi intiharlarının temelini oluşturan etkenlerdendir. Kişilik bozukluğu olan bireyler genel olarak intihara eğilim gösteren kişilerdir. Bunun yanında olumsuz fiziki şartlar, alkol ya da madde kullanımı, depresif hastalıklar gibi ek durumlar intihar olasılığını artırmaktadır.

Kişilik bozuklukları genel nüfus içerisinde çok fazla bir orana sahip olmasa da kliniklerdeki hastaların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Kişilik bozukluğu yaşayan bireyler diğer psikiyatrik hastalardan farklı özellikler sergilerler. “Temel özellikleri, insanlar arası ilişkilerde, kimlik duygusunda ve duygulanımda tutarsızlıklar ile tepkilerini kontrol etmekte zorluk çekmeleridir.”² Kişilik bozukluklarının büyük bir çoğunluğunu kadınların oluşturuyor olması üzerinde durulması gereken bir durumdur. Kliniklerde kişilik bozukluğu tedavisi gören bireylerin büyük kısmını kadınlar oluşturmaktadır.

Kişilik bozukluklarında kişiden kişiye değişen tepkiler gözlemlenmiştir. Tepkiler çeşitlilik gösteriyor olsa da tespit edilen ortak davranışlar söz konusudur.

¹.....; <http://www.zeded.com/Yazici.asp?tur=yazi&ID=1362> (03.11.2013)

² D. Şahin, “Kişilik Bozuklukları”, Klinik Gelişim Dergisi, C.22, S.4, İstanbul, 2009, s.50.

Bunlar;

1. Terk edilme korkusu: Gerçek kişiler (Sosyal partner, eş, arkadaşlar) ya da nesnel olmayan (Allah, ruhlar, hayali dostlar v.b.) şeyler tarafından, hayatında her zaman belirgin bir şekilde var olan terk edilme korkuları vardır. Bu korkuları nedeniyle terk edilişe maruz kalmamak için anormal çabalar sarf ederler. Bu çabaları suçluluk duygusu oluşturmaya yönelik olur ve karşısındakileri ölümüyle tehdit eder. İçe kapanıp, kendi dünyası içerisinde aşırı dine ve ibadete yönelişler görülür.

2. Aşırılık: Kendi gücünü zorlayıcı hareketlerde bulunma, can güvenliğini tehlikeye atacak faaliyetler içinde bulunma, gelirlerini aşan harcamalar, kapasitesinden fazla beslenme, sınırsız cinsel iktidar gösterileri, madde kötüye kullanma, alkol kötüye kullanma, kendisine zarar verici saldırganlıklar bu kategoride sayılabilecek dürtüsel davranışlardır.

3. Öz kıyım tehditleri: Bireyin asıl amacı intihar değilken dikkat çekmek, karşısındakilere suçluluk duygusu yüklemek, onların gözlerini korkutmak için kesici aletlerle ölümcül tehdit oluşturmayacak kesiler oluşturma, çevredekilerce korkunç sayılabilecek ancak bedenine asgari derecede zarar verici hareketlerde bulunurlar. Bu davranışların altında yatan sebeplere bakıldığı zaman içinde yok olunmuş bir boşluk, baş edilemez bir can sıkıntısı ya da cezalandırma içgüdüsünün olduğu görülür.

4. Tutarsız davranışlar: Kişiler arası ilişkilerinde uç noktalarda davranışlar ve tutumlar içerisindeyler. Aşırı gergin olan birey aynı kişiye aynı zaman dilimleri içerisinde farklı yaklaşımlar içerisindeydir. Bazen sevecen, karşısındakine aşırı hayranlık sergilerken değişen tavırlarıyla bir anda onu küçümseyici, aşağılık bir kişi durumuna düşüren tavırlar sergiler. Karşısındaki bireylerin tutumlarının kendisini iyi hissettirecek şekilde olması ona karşı hayranlık duygularını harekete geçirir ve onu yüceltici tavırlar sergilerken, hoşuna gitmeyen en ufak bir tersliğinde bir anda değişip ondan uzaklaşma, öfkelenme hatta saldırganlığa varan tavırlara bürünür. Bu tutumları nedeniyle uzun süreli ilişkiler kuramaz, samimi arkadaşlıklar kuramaz, sık sevgili değiştiren ya da evliliklerini sürdüremeyen bireyler olarak göze çarparlar.

5. Düşünsel değişiklikler: Toplumsal yaşamı önemsemeyen ve hayatın merkezine kendisini oturtmuş, sadece kendisini ve fikirlerini önemseyen bireylerdir.

Ancak bu bireyler sürekli değişkenlik gösteren bir karmaşıa içerisindeyler. Bu karmaşıa bazen düşünsel olurken, bazen de davranışsal değişkenlikler gösterir. Aynı olaylara karşı farklı zamanlarda farklı tepkiler verirler. Olaylar karşısında edinilen tecrübelerden değil, yaşamış olduğu kimlik karmaşasından dolayı yaklaşımsal ve fikişsel farklılıklarla yaklaşır. Bu değişkenliğin altında yatan asıl sebep kendiciliktir. Olayların sonrasında karşılaşacağı sonuçların öz benliğine olan etkilerine göre farklı tutumlarla kendisini zarardan kurtarma ya da avantaj sağlama çabası içerisindeyler. Dünyaya bakış açıları, inançları, arzu ve istekleri sürekli değişen bireylerdir. Bu değişiklikler, süreklilik göstermeyen duygu halleri nedeniyle sürekli kendilerini bir boşlukta ve yalnız hissederler. İçe kapanma, toplumdan kendisini soyutlama, iletişime kapalı bireyler olarak depresif ruh halleriyle kendi yaratmış oldukları dünyada yaşamaya devam ederler.

6. Duygulanım bozuklukları: Küçük olaylar karşısında olayı aşırı dramatize etmek, büyük olaylara karşı tepkisiz kalmak gibi duygusal bozukluklar içerisindeyler. Normal bir insanı etkilemeyecek bir olay karşısında ani çökkünlük yaşar, bu durumu uzun depresyonlara kadar uzar. İçinde bulundukları durumuna tepki olarak öfke ve saldırganlıkları olur ve bu tavırları bazen kendilerine yönelse de genelde etrafındakilere yönelir. Onlardan intikam alma, saldırma davranışları içerisindeyler. Bu nedenle sikkınlığı ve öfkeyi aynı anda, iç içe yaşarlar. Kendi davranışlarını kontrol altında tutamayan birey zamanla kendisine veya çevresindekilere zarar verirler. İçinde bulundukları durumun veya öfkelerinin sebebini zaman içerisinde unuturlar ancak bu tutumları sebepsiz de olsa devam eder.

Kişilik bozukluklarında temel amaç farklı olma ve dikkat çekme çabasıdır. “Özellikle terk edilme, nesne kaybı ya da dışlandıklarını hissettikleri durumlarda stresle ortaya çıkan, genellikle kendisine kötülük yapılacağı ya da düşmanlık yapıldığına ilişkin sanrılar ile disosiyatif belirtiler söz konusu olabilir. Bu belirtiler, nedenin anlaşılmasının sağlanması ya da kısa süreli, düşük doz ilaç uygulamasıyla düzelir.”¹ Tespit edilen bu kadar çok davranış şekillerinden de anlaşılacağı üzere kişilik bozukluğu olan bireyler karmaşık duygular içerisinde, kendi iç dünyalarında yaşadıkları hayat ile dış dünyadaki hayat arasında çatışmalar yaşamaktadır. Aynı tür

¹ Şahin, s.50.

bozukluğu olan iki farklı hasta aynı durum karşısında farklı tepkiler vermektedirler. Çok fazla davranışsal farklılık barındıran kişilik bozukluklarını sınıflamak oldukça güçtür. Tedavilerinde stresle baş etmeyi öğretmek, gerekli durumlarda da ilaçla tedavi yöntemleri seçilir. Tedavi için başvurmayan, tedaviden kaçan kişilerde intihar yatkınlığı yüksek düzeydedir. Bu tip hastalar dikkatle takip edilmeli, tedaviye alınmalıdır.

1.5.6 Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluğu olan bireylerde sürekli korku nedeniyle intihara yatkınlık vardır. Anksiyetenin intihara nasıl sebep olduğu anksiyeteyi tanımlayarak anlaşılabilir. “Anksiyete veya endişe, canlılarca deneyimlenen kaygı, korku, gerilim, sıkıntı halidir. Nedeni belli olmayan tedirginlik hali olarak da açıklanabilir.”¹ Anksiyete bazen iç çatışmaların bir sonucu olarak görülse de genelde dış ortama uyum sağlamak amacıyla bireyin deneyimlerinden kazandığı öğrenilmiş, kendisini dış ortama karşı korumak amacıyla geliştirdiği tepkilerinin bütünüdür. Birey bu tepkilerini kontrol altında tutabildiği sürece anksiyete bir bozukluk olarak değerlendirilmez, normal bir davranıştır. Ancak kontrolden çıkıp bireyin toplum içerisindeki rollerini, faaliyetlerini, tutum ve davranışlarını etkiler hale geldiği zaman bozukluk olarak değerlendirilir. Çünkü birey anksiyetenin vermiş olduğu stres ve gerginlikle baş edemediği için kronikleşen bir durumla karşı karşıyadır. Kronik ve baş edilemeyen stres karşısında çözüm bulamayan birey bu gerginlikten uzaklaşabilmek için intihar yolunu tercih eder.

Anksiyete bozukluklarında tanılayıcı bazı belirtiler vardır. “Terleme, titreme, çarpıntı vs. gibi bedensel belirtileri görülebilir. Başına kötü bir şey geleceğini düşünme, rezil olmaktan veya komik duruma düşmekten korkma gibi bilişsel (düşünsel), fakat çoğu kez nedeni belirsiz, tanımlanamayan bir gerginlik durumudur.”² Bireylerde tespit edilen belirtiler de göstermiştir ki anksiyete sağlıklı insanları bile hataya zorlayacak bir durumdur. Yanlış yapma korkusu bireylerde hata yapma riskini artırmaktadır. Anksiyete halinde salgılanan adrenalin hormonu kişinin motor fonksiyonlarında gerginliklere ve kontrol dışı hareketlere neden olmaktadır.

¹; <http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete> (03.11.2013)

²; <http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete> (03.11.2013)

Uzmanlar tarafından belirtilere göre tanımlamalar da yapılmış olup bu tanımlamalarda davranışsal bozukluklara da yer verilmiştir. ”Anksiyete, genelde kavramsal, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenlere sahip olmak biçiminde tanımlanır.”¹ Terleme, kızarıklık, artan kan basıncına bağlı kaslarda gerginlik ve buna bağlı titreme, ana kas gruplarındaki gerginliğe tezat olarak düz kaslarda yavaşlama nedeniyle mide bulantısı, karın ağrısı, el ve ayaklarda soğuma sonucunda üşüme hissi anksiyete durumunda görülen fiziki etkilerdir.

Korku, panik, ortamdaki uzaklaşma duygusu ve çabası, moralsizlik, kendisini yalnız hissetme, rezil olma gibi duygusal etkiler de anksiyete anında görülür. Bütün bu belirtilere rağmen bireyi anksiyeteyi bir bozukluk olarak değerlendirmek kesinlikle yanlış olacaktır. Çünkü anksiyete yaşamsal bir tepkidir. Birey ilk kez karşılaştığı bir etki karşısında veya baş edemeyeceği kadar kuvvetli bir etki karşısında anksiyete yaşar, bu doğal bir durumdur. Anksiyetenin bozukluk olarak değerlendirilebilmesi için bireyin kontrolünün dışına çıkıp, baş etme yöntemleri ile gideremediği hale ulaşması gerekir. Anksiyete tedaviye başvurulduğunda ve düzenli bir şekilde ilaç kullanıldığında tedavi edilebilir bir bozukluktur.

Anksiyete bozuklukları toplum içerisinde çok sık görülse de bireylerin hastalıklarını tanımamaları nedeniyle ya da hastalık olarak görmemeleri nedeniyle aslolan sayısından daha az tespit edilmiştir. “Anksiyete bozukluğu ya da kaygı bozukluğu kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen çeşitli korku, kaygı veya anksiyete bozukluklarına verilen genel kapsamlı bir addır. Bu tür bozuklukların toplumun % 18’ini etkilediğine inanılmaktadır.”² Bilinçlendirme çabaları doğru tespitleri ve tedavileri sağlayacaktır. Anksiyete bozukluklarının toplumun herkesimine anlatılması gerekmektedir. Gerçek sayılarını tespit etmenin yolu bu bozukluğun toplum tarafından tanınması ile mümkündür.

Anksiyete bozukluğuna neden olan etkenler ise çok çeşitlidir. “Genetik, ailesel geçmiş ve yetiştirme biçimi, şartlanma (conditioning), son dönem stresleri, kişisel inanç ve tutumlar, duygularını ifade edebilme yeteneği anksiyete

¹;http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete (03.11.2013)

²;http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete_bozuklu%C4%9Fu (03.11.2013)

bozukluklarının ortaya çıkışında önemli olan faktörlerdir.”¹ Ailesel faktörler her psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi anksiyetede de önemli bir etkidir. Genetik kodlarında bu bozukluğu taşıyan bireylerde anksiyete bozukluğu görülme ihtimali artmaktadır. Bir diğer etken ise cinsiyettir. Kadınlarda anksiyete bozuklukları daha çok görülmektedir. Kadınlarda korku ve panik şeklinde kendisini gösteren anksiyete bozuklukları erkeklerde daha çok takıntılar şeklinde kendisini göstermektedir. Özellikle baskıcı ataerkil toplumlarda kadınlarda sosyal fobi çok sık görülen bir anksiyete bozukluğudur. Bu kişiler iletişim güçlüğü çekerler, konuşamama ya da kekemelik gibi tepkisel durumlarla hekimlere başvurular. Anksiyete bozukluğu bireyin toplumsal yaşantısını olumsuz etkilemektedir. Birey kendi heyecanının yaşadığı stresle baş edememektedir. Sürekli hata yapma korkusu bireyi kararlarında yanlış yönlendirmektedir.

Anksiyete bozukluklarının intiharlar üzerindeki etkisi çok az olsa da bireylerin toplum yaşantısındaki etkileri nedeniyle tedavi edilmesi gerekmektedir. “Anksiyete bozuklukları tek başlarına intihar riskini ciddi bir biçimde artırmazlar. Ancak komorbid, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının varlığında bu risk yükselir.”² Anksiyete bozuklukları sonucunda birey toplum içerisinde rencide olucu bir duruma düşmesine bağlı intihar etse dahi bu intiharı direk anksiyete bozukluğuna bağlamak yanlış olacaktır. İçine düştüğü durum sonucunda duygusal bir çökkünlük yaşayacak, sonrasında öfkelenecek ve bir şekilde intikam almak amacıyla intihara yönelecektir. Baş edilemeyen anksiyeteye bağlı intiharlar çok nadir görülmektedir ve intiharın asıl amacı uzaklaşma ve bir daha karşılaşmama duygusudur. Toplumsal yaşantı içerisinde ani duygusal değişimler yaşayan bireylerin umutsuzluğa düşme, dışlanma korkusu, hata yapma korkusu gibi bir çok korkuları olmaktadır. Bu tip korkuları olan bireylerin, geçmişinde intihar teşebbüsü olan bireylerin, ailesinde intihar öyküsü olan bireylerin mutlaka kişilik testleri ile periyodik olarak değerlendirilmeleri gerekmektedir. Çünkü bu bireyler anksiyete gibi küçük etkilerle bile intihara yönelebilecek bireylerdir. İntihar açısından riskli bulunan gruplara tedavi desteğinden çok sosyal destek

¹ O.E. Berksun, “Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları”,
http://www.umatkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi_anksiyete.pdf (e-kitap), s.13

² Berksun, s.20.

gerekmektedir.

Anksiyete bozukluklarında intihardan daha çok küçük dikkat çekmeye yönelik ölümcül olmayan teşebbüsler vardır. Amaç o anda karşılaşılan stresten kurtulmaktır. Bu gibi teşebbüsleri olan bireye sorulduğunda yalnızlığından, yardım edecek kimsesinin olmayışından, geleceğe dair umutsuzluğundan bahseder. Duygusal bir taşım yaşayan birey bu taşma gerçekleştiğinde küçük teşebbüslerle duygusal acıdan kurtulmaya, gerilimden uzaklaşmaya çabalamaktadır. Anksiyete bozukluklarına eşlik eden bir başka psikiyatrik ya da fiziksel hastalık varsa mutlaka bireyin gözlem altında tutulması ve tedavisine başlanması gerekmektedir. Toplumu intihardan korumanın sorumluluğu tüm bireylere düşmektedir.

2. İNTİHAR OLGUSUNA YÖNELİK ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

İntiharın toplum yaşantısı ve birey yaşantısındaki önemi, topluma yaşattığı travma, kayıplar ve kayıplara bağlı yaşanan duygusal yıkımlar çözüm konusunun önemini ön plana çıkarmaktadır. Dünya üzerinde gelişmiş toplumlar konunun önemini benimsemiş, intiharları kayıt altına almış, nedenlerini araştırmış, istatistiklerle tespitler yapmış ve çözüm konusunda tedbirler almaya çalışmıştır. Gelişmekte olan ülkeler içerisinde yer alan Türkiye, konunun önemini geç fark etmiş, araştırmalar ve istatistikler konusunda yetersiz kalmıştır. İntihar hakkında kaynak oluşturacak çalışmalarda da yetersiz kalmıştır. İntihar, teşebbüs öncesinde engellenmesi gereken bir olgudur. İntihar teşebbüsünden önce alınacak tedbirler, intihara teşebbüs eden bireylerin rehabilitasyonu ve tekrarlayan intihar teşebbüslerinden bireyleri korumak çözümün temelini oluşturmaktadır. İntiharda çözüm konusunda hala alınması gereken tedbirler vardır.

2.1. Ortak Veri Tabanı Oluşturulması: İntihar bir çok bilimsel alanı ilgilendiren bir konudur. İntihara çözüm üretmek sadece birkaç kişinin ya da kurumun yapabileceği kadar basit bir olgu değildir. Sağlıklı bir veri tabanı oluşturulması, doğru tespitleri ve doğru yorumlamaları beraberinde getirecektir. Bu kadar önemli bir detayın bu zamana kadar dikkate alınmaması büyük bir eksikliktir. Çağ dışı kalmış veri toplama sistemleri ile sağlıklı veri toplanmaya çalışılması

hayalcilikle eşdeğerdir. Toplumda büyük travmalara sebep olan intiharın çözümünün temel kaynağının doğru veri toplama olduğu gerçeği ile yüzleşmek gerekir.

Çağın getirdiği teknolojik imkanların bu konuda sonuna kadar kullanılması gerekir. Devlet kurumlarının hepsinde internet bağlantısı mevcuttur. TÜİK tarafından oluşturulacak online bir veri tabanı doğru verilerin direk tek merkezde toplanmasına olanak sağlayacaktır. İntihar veri tabanının kullanıcılarının kolluk kuvvetleri, kamu ve özel sağlık merkezleri olması gerekmektedir. Bireylerin kimlik numaraları, yabancı uyrukluların da pasaport bilgileri ile intihar bilgilerinin ortak kullanılan bir sisteme kaydedilmesi, ikincil kayıtları önleyecek, kişiye özel veri elde edilmesini sağlayacaktır. Veri toplayan ve verileri sisteme kaydeden kişilerin psikolojik ve sosyolojik açıdan eğitilmiş, donanım sahibi, sertifikalı bireyler olması gerekir. Çünkü canına kıymaya çalışan bir bireyle ya da yakınlarıyla iletişim kurmak özel beceri ve yetenek isteyecektir. Doğru verilerin sisteme kaydedilmesi, nedenlere yönelik özel tedbirler alınmasında, risk gruplarının belirlenmesinde, tedbir aşamasında önceliğin belirlenmesinde kaynak sağlayacağı gibi istatistiklerle intiharın anatomisi ortaya çıkarılacaktır. Veri tabanından elde edilecek veriler, başta aile hekimliği uygulaması ile toplumun her bireyine ulaşabilen Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılacak, aile hekimlerinin izlemlerle bireylere yönelik ön çalışmalar ve takipler yapmasını sağlayacaktır. Ayrıca verilerin Milli Eğitim Bakanlığı ile paylaşılması çok küçük yaşta yeni nesillere güçlükler karşısında baş etme becerisi kazandırma konusunda eğitimler verilmesini sağlayacaktır.

2.2. İhbar Hattı Oluşturulması: Türkiye’ de tüm yerleşim yerlerinde haberleşme imkanları sağlanmıştır. Hemen her kurumun bir ihbar hattı varken, ‘İntihar İhbar Hattı’ kurulmaması yadsınır bir durumdur. Türkiye’ de bir dönem uygulanmaya çalışılan fakat kısa bir sürede işlevselliğini yitiren bu servisin muhakkak hizmete açılması gerekmektedir. İntihar fikri oluşan bireyin imdat çağrısını yanıtlayacak, uzman bir ekiple müdahale edecek, gerekli sağlık ve emniyet tedbirleri için çalışma ve çağrı yapacak bir kuruluş olmalıdır.

2.3. Takip ve Rehabilitasyon Üniteleri Kurulması: Toplum içerisinde risk değerlendirmesi yapılması için ciddi bir saha taraması gerekmektedir. Ortak veri tabanında kaydı olan, ihbar hattına başvurmuş, yakınları tarafından ihbar edilmiş ya

da intihara yatkınlığı olan şahısların riskli grup statüsünde değerlendirilmesi gerekmektedir. Toplumun ruhsal ve bedensel olarak sağlıklı olup olmadığı ve hissettikleri konusunda bireysel anamnezler toplanmalıdır. Değerlendirmede bireyin hastalıkları, fiziki yapısı, kendisi ve çevresi hakkındaki düşünceleri muhakkak kaydedilmelidir. Bu veriler oluşturulacak özel ekipler yerine, halen hizmet vermekte olan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarınca toplanmalıdır. Kayıt ve risk değerlendirmelerinde riskli bulunan bireyler, daha önceden teşebbüste bulunan bireyler, ailesel yatkınlığı olan bireyler daimi takip edilmesi gerekenler olarak ortak veri tabanına kaydedilmelidir ve periyodik ziyaretlerle kontrolleri sağlanmalıdır. Olası risk tespitlerinde kişileri sorunlarının çözümü konusunda bilgilendirmek, yönlendirmek ve sonrasında takiplerini sağlamak saha çalışanları tarafından gerçekleştirilmelidir. Askeri kışlalarda rehberlik ve danışmanlık hizmeti veren psikologlar gibi ceza ve tevkif evlerinde de psikologlara kadro imkanı sağlanmalıdır. Ayrıca kışla şartları ile ceza evi şartlarındaki iyileşmeler de intiharlara yönelik önleyici çalışmalardan olacaktır.

İntihar teşebbüsünde bulunmuş bireylerin nedenlerine yönelik çözümler ise rehabilitasyon ünitelerinde sunulmalıdır. Bu üniteler kamusal sağlık merkezlerinde, psikiyatri kliniklerine yakın olacak şekilde tasarlanmalıdır. Üniteler bireylere sosyalleşme, uğraşı sağlama, psikiyatrik destek alma konularında hizmetler sağlamalıdır. Psikiyatrik bozukluğu olan bireylere klinik ve tedavi desteği sağlayabilmelidir. Ünite çalışanları, sağlık merkezlerindeki planlanmış müdahaleler öncesinde durumu bireylere anlatabilecek tıbbi donanıma da sahip olmalıdır. Bir organını ya da uzvunu kaybedecek, bedensel değişikliğe neden olacak bir uygulama öncesinde bireylerle görüşülmesi, fiziki nedenlere bağlı intiharların çözümü noktasında faydalı olacaktır. Acil müdahaleler neticesinde bu tablo ortaya çıktığında bireyin duruma hazırlanması, kabullenmesi, uyum sağlaması aşamaları rehabilitasyon ünitesi çalışanları tarafından sağlanmalıdır.

Psikiyatri kliniklerinde kişilerin bozukluklarına yönelik servis ayrımlarının yapılması gerekmektedir. Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygu durum bozukluğu olan kişilerle aynı servislerde olmaması gerekir. Bu nedenle psikiyatri servisleri fiziki açıdan yeniden planlanmalıdır.

2.4. Sosyal Yaşam ve Üretim Tesislerinin Oluşturulması: Bu merkezler toplum içerisinde belirli bir rol üstlenememiş, maddi imkansızlıkları nedeniyle, aile içi şiddet ya da baskı nedeniyle intihara yönelmiş bireylerin rol edindirme tesisleri olacaktır. Bu tesisler sığınma yerleri değil, birer imalathane görevi görecektir. Bireyler sosyal rollere bürünecek, becerileri geliştirilecek ve işe yarar hale gelecektir. Üretim tesisleri çözüm önerilerinin finansını sağlayacaktır.

2.5. Kurumlar Arası İletişimin Sağlanması: İntihar sadece bir kurumun değil, toplumun bir sorunudur. İntihar, toplumun her bireyini ilgilendiren, her bireye sorumluluk yükleyen bir olgudur. Ülke içerisinde bireyler birbirlerinden koptukları kadar intihara yaklaşırlar. Öncelikle toplum içerisinde yalnızlaşmayı önlemek için sosyal sorumlulukları artırmak gerekir. Her bireyin bir yaşama sebebi olmalıdır. Sosyal sorumluluklar hem toplum içi iletişimi kuvvetlendirecek, sıkı bağlar kurulmasına sebep olacak, hem de toplum içi yardımlaşma ile yaşanılabilir bir toplum ve çevre oluşturacaktır. Kişiler arası ilişkiler kadar devletin kurumları arasındaki iletişim de önemlidir. TÜİK Ortak Veri Tabanına işsizlik nedeniyle bir bilgi girişi yapıldığında İşve İşçi Bulma Kurumu' na uyarı mesajı gitmeli, şahsın durumu değerlendirilmeli ve uygun iş bulunmalıdır. Şahıs için uygun iş bulunamaması durumunda devletin sağladığı yardımlar için Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfı' na uyarı mesajı ulaşmalıdır.

Toplumsal yapıyı bozmadan çözümleri sağlamak, bireyleri intihar fikrinden uzaklaştırmak zorlu ve uzun bir çalışma ve tecrübe gerektirecektir. Sabır ve özenli çalışma ile başarılı çalışmaların neticesi gelecek nesillere yansıtılacaktır.

SONUÇ

Bakıldığı zaman literatürde intihar tek başına bir kavram olarak değil; daha çok depresyon ve intihar olarak ele alınmaktadır. Bu çalışma ile intihar nedenleri açıklanarak, veriler ışığında intiharın ne kadar komplike bir olgu olduğu gözler önüne serilmiştir. Bazı nedenler gelişmiş ülkelerde intihar nedeni sayılmazken, gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelerde intiharın en büyük nedenleri olarak karşılaşılmıştır. Ancak ne olursa olsun temelde tavsiye edilen, kurumlar ve disiplinler arası çalışmalar olmaktadır. Kurum ve kuruluşların yapacakları ortak çalışmalar ve toplumun her üyesinin desteği ile yapılacak eğitim çalışmaları ile intihar, bir hastalık gibi erken tanısının sağlanacağı ve önlenabilir bir durum olacaktır. Oluşturulacak komisyonlarda her seviyeden, her alandan farklı kurum ve uzmanların dahil olduğu bir sağlık planı ile engellenebilecektir.

İntihar girişiminde kullanılan materyallere ulaşımın kısıtlanmasına yönelik tedbirler bu anlamda alınacak devlet tedbirlerindendir. Ruhsal bozuklukların, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılıklarının tedavisinin sağlanacağı merkezlerin oluşturulması hükümetlerin sağlık politikaları içerisinde yer alması en az kanser erken tanı merkezleri kadar etkin çalışması önleyici tedbirler arasındadır. Bu hizmetleri sunan merkezlere bireylerin ulaşımının kolaylaştırılması, bireylerin bu merkezlere başvurmaları konusunda cesaretlendirilmesi eğitimlerle sağlanacaktır. Bu merkezlerin tanıtılması, başvuru şekillerinin anlatılması, intiharın cazip bir kaçış ya da isyan yolu olmadığının aktarılması konularında medyadan destek alınmalıdır.

İntihar ve intihar girişimlerini önlemeye yönelik tedbirlerin başında problemlerin doğru tespit edilmesi vardır. Sorunu değişik boyutlarıyla açıklamak ve anlamak gelmektedir. Sorunla ilgili bilimsel araştırmalar yapmak gerekir. Doğru veriler elde etmenin yolu kapsamlı, tek bir merkezde toplanan elektronik ortam kayıtlarından geçmektedir. Bu kayıtlar her kurumun ortak amaçla çalışıp veri toplayabileceği tarzda olması gerekir. Kurumlar tarafından kullanılmakta olan mevcut formlar, ortak veri tabanı sistemi oluşturulana kadar intihar girişiminde bulunmuş birey hakkında sosyo-ekonomik verileri ve psikolojik verileri de içerir şekilde düzenlenmelidir. Hazırlanan formların ulaşılabilirliğinin kolaylaştırılması,

internet üzerinden ortak bir ađ ile ilgili kurumların ve uzmanların kullanabileceği ve tek bir merkezden idare edilecek bir yazılım ile sağlanacaktır.

Veri tabanlarını kullanacak kişilerin şifreleri ile girmeleri bireylerin mahremiyetleri için önemlidir. Bu kullanıcıların eğitilerek hata yapma olasılıklarını en aza indirmek doğru veri toplanmasını sağlar.

Toplumsal yaşamın en yoğun olduğu şehirlerde intihar ve intihar girişiminin fazlalığı dikkate alındığında nedensel çalışmalar önem kazanmaktadır. Kırsal yaşam ile kentsel yaşam arasında farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklar kırsaldan kente göç edenlerde uyum sorununu ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda yaşanan sosyal problemlerin çözümüne yönelik sosyo-ekonomik ve kültürel tedbirler önemlidir.

İntihar ve intihar girişimlerinde bulunan risk gruplarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. İntihar girişimlerinde bu risk grupları gençler, kadınlar, işsizler, öğrenciler, ev hanımları ve bekarlardır. İntiharlarda ise, evli, genç ve orta yaşlı, işsiz, ev hanımı, serbest meslek, erkekler gibi sosyal kategorilerdir. Toplumun tamamının intihar konusunda bilgilendirmek veya eğitmek ilk aşamalarda çok mümkün olmasa da okullarda öğrencilere yönelik bilgilendirici ve bilinçlendirici çalışmalar yapılması gelecek nesiller için çok önemlidir.

İntihar ve intihar girişimlerini önlemede aile odaklı çalışmalara büyük önem verilmelidir. Sosyal hizmet uzmanları, sosyologlar ve psikologlardan oluşan ekiplerin öncelikle risk gruplarının ailelerine yönelik projeler hazırlamalı, eğitim programları düzenlemeli, katılımın sağlanmasına yönelik cazip ödüllendirmeler, bu çalışmaların tamamı için de ödenekler ayrılması gerekmektedir.

Medya intihar ve intihar girişimlerini haberleştirmemeli, zorunda ise de haberleştirirken daha dikkatli bir yaklaşım sergilemeli, sonuçlarının verdiği zararların da üzerinde durmalıdır. Medya yöneticilerinin bu konuda eğitilmeli hatta üniversitelerdeki ders müfredatlarında haber ayrıştırılması ile ilgili konular yer almalıdır.

Çalışmanın sonucunda şu gerçeğe karşılaşılmıştır; ‘İntihar, Türk toplumu için halen gizlenmesi, konuşulmaması gereken bir tabudur.’ İntihar girişimde

bulunmuş insanlarla yapılması arzu edilen görüşmeler çeşitli zorluklar yüzünden yapılamamıştır. İntihar teşebbüsünde bulunmuş ancak kurtulmuş insanlarla gerekli korunaklı ortamların sağlanmasından sonra, uzman kişiler yardımıyla (konu bireysel tercihleri ve yaşanmış travmaları içerdiği için psikiyatr veya uzman psikolog yardımıyla) yapılacak görüşmelerin konuyu detaylandırmada çok önemli sonuçlar ortaya koyacağı beklenmektedir.

İntihar vakaları ne kadar sosyolojik vakalar da olsa hepsi birer bireysel hikâyeye dayanmaktadır. Ancak bu farklı hikâyelerin derlenmesiyle anlamlı, ortak sonuçlar elde edilebilir. İntihara yönelten bireysel ve toplumsal nedenlere yönelik somut öneriler intihar olaylarından elde edilen sonuçların doğruluğuna bağlıdır.

İntihar konusunun toplumun her bireyini ürküten bir yanı vardır. Bireylerin içselliğinin en derinlerine ulaşmadan hissedilecek bir davranış değildir. Empati ile sempati arasındaki ince ayırım kaybedilmeden anlaşılabilir bir tutum değildir. İntihar konusu herkeste farklı duygu oluştursa da, genelde kaçılan, uzak durulan bir konudur. Bireysel mahremiyet sınırları aşılmadan çözüm yolları üretebilmek, uygulayabilmek, vicdani ve insani duygular ile bilimsel gerçekler arasında sıkışmak çalışmayı güç bir duruma sokmaktadır. Ancak, bu çalışma ile ivedilikle önleyici tedbirleri almak, kurumlararası koordinasyonu sağlayacak bilgi ağı sistemini kurmak, coğrafi yapı dikkate alınarak uygulanabilir çözüm yolları üretmek suratiyle intihar olgusunun azaltılabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

Kitap

Atasoy N. ve Ark., “Zonguldak İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı, Sosyodemografik, Klinik ve Ailesel Risk Etkenleri”, T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi Yayınları No.2, Zonguldak, 2014.

Erjem Y., Mersinde İntihar ve İntihar Girişimleri, Mersin, 2009.

Eskin M., İntihar, Ankara, 2004.

Gökçe B., Türkiye’nin Toplumsal Yapısı ve Toplumsal Kurumlar, Ankara, 2004.

Güçlü F., İntihar Umutsuzluğun Tırmanışı, Ankara, 2001.

Kaya N., Neden İntihar Ediyorlar, İstanbul, 1999.

Köknel Ö., Depresyon, İstanbul, 1989.

Odağ C., İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, İzmir, 1985.

Odağ C., Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, C. 2, Ankara, 1998.

Oktik N., Muğla’da İntihar ve İntihar Girişimleri, Muğla, 2005.

Oral G., İntihar, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Adli Tıp, C.3, İstanbul, 1999.

Polat O., İnancı MA, Aksoy ME., Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul, 1997

Ritzer G., Sociological Theory, McGraw-Hill, Third Edition, USA, 1992. (Çev.: Ümit Tatlıcan)

Sayıl I. ve Ark., “Kriz Ve Krize Müdahale”, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, 2000.

Vardar B.K., İlaç Alarak İntihar Teşebbüsleri, Vakıf Guruba Hastanesi Yıllık Bülteni, İstanbul, 1971.

Yetiş M., “Dünyada ve Türkiye’de İntihar”,

http://www.murtazayetis.com/MurtazaYetis_Files/%C4%B0ntihar%20vakalar%C4%B1n%C4%B1n%20%C3%96nlenmesi.pdf (03.03.2014)

Yücel M. T., Suç ve Ceza Anatomisi, Ankara, 1973.

Sürelî Yayınlar

Alpay N. - Karamustafaoğlu N.- Kükürt R., “Madde Bağımlılarında Suç”, Düşünen Adam Dergisi, C.8, S.2, İstanbul, 1995.

Arsel C.O. – Batıgün A.D., “İntihar ve Cinsiyet: Cinsiyet Roller, İletişim Becerileri, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme”, Türk Psikoloji Dergisi, C.26, S.68, Ankara, 2011.

Aslan M. – Hocaoglu Ç., “Yaşlılarda İntihar Davranışı”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, C.6, S.3, Ankara, 2014.

Ateşçi F.Ç. ve Ark., “İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları”, Klinik Psikiyatri Dergisi, S.5, Ankara, 2002.

Ayhan N., “Ülkemizde İntihar Verilerinin Toplanması Ve Derlenmesi; Kavramlar, Yöntemler ve Zaman Serileri”, Kriz Dergisi, C.4, S.1, Ankara, 1996.

Aysev A., “İntihar Girişimi Olan Çocuklarda Yaşam Olayları”, Kriz Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 1992.

Bakım B. - Özçelik B. – Karamustafaoğlu O., “Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları”, Düşünen Adam Dergisi, C.20, S.1, İstanbul, 2007.

Balcı Y., “Toplumsal Cinsiyet Açısından İntiharlara Yaklaşım”, Çalışma Ortamı Dergisi, S.70, Ankara, 2003.

- Berber S., “İntiharın Psikodinamik Kuramı”, 3P Dergisi, S.3, Ankara, 1995.
- Boztaş H. – Sungur M. Z., “Kaçınan Kişilik Bozukluğu”, Psikiyatri Dünyası Dergisi, S. 5, 2001.
- Can S.S. – Sayıl I., “Yineleyici İntihar Girişimleri”, Kriz Dergisi, C.12, S. 3, Ankara, 2004.
- Çayköylü A., ve Ark., “Özkıym Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler ve Tanı Dağılımı”, Kriz Dergisi, S.5, Ankara, 1997.
- Çuhadaroglu F. – Sonuvar B., “Adolesan İntiharları ve Kendilik İmgesi”, Türk Psikiyatri Dergisi, S.4, Ankara, 1993.
- Dilsiz A., “Çocuk ve Gençlerde İntihar Girişimi: Kontrollü Bir Çalışma”, Kriz Dergisi, S.4, Ankara, 1996.
- Dülger H.E. ve Ark., “İntihar Sonucu Ölüm Olgularının Retrospektif İncelenmesi”, Adli Tıp Dergisi, C. 7, S. 3-4, Ankara, 1991.
- Ekici G. - Savaş H.A. - Çıtak S., “İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.2, S. 4, Sivas, 2001.
- Ekici G. - Savaş H.A. – Çıtak S., “Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, C.11, S. 3, İstanbul, 2001.
- Evren C. ve Ark., “Madde Kullanımı Nedeni İle Yatarak Tedavi Görenlerde İntihar Girişimi Öyküsü”, Klinik Psikiyatri Dergisi, S. 4, Ankara, 2001.
- Evren E.C. - Ögel K.- Çakmak D., “Esrar Ve Meperidin (Petidin) Kullanım Bozukluğu Nedeni İle Yatarak Tedavi Gören Hastaların Özelliklerinin Karşılaştırılması”, Anadolu Psikiyatri Derneği Dergisi, C.3, S.1, Sivas, 2002.
- Fırat R., “Ölüm ve İntiharın Psikodinamiği”, Köprü Dergisi, 2001, S. 76.
- Fidaner C. – Fidaner H., “Türkiye’de Çocuk İntiharları Epidemiyolojisi”, Türk Psikiyatri Dergisi, C.3, S.4, Ankara, 1992.

- Fidaner C. ve Fidaner H., “Dünyada Yaşlı İntiharları Epidemiyolojisi”, Kriz Dergisi, C:1, S.1, Ankara, 1992.
- Hocaoğlu Ç. ve Ark., “Bir Ergenin intihar Girişimi”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, C.2, S.4, Sivas, 2001.
- Kula N., “Deprem ve Dini Başaçıkma”, Gazi Üniversitesi Çorum İlahiyat Fakültesi Dergisi, S.1, Çorum, 2002.
- Mırsal H. ve Ark., “Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması”, Bağımlılık Dergisi, C.2., S.1, İstanbul, 2001.
- Okman T., “Türkiye’de İntihar İstatistiklerinin Metodolojisi, Sistemi ve Eğilimi”, Kriz Dergisi, C.5, S.1, Ankara, 1997.
- Ögel K. ve Ark., “Bir Geçiş Maddesi Olarak Esrar”, Türk Psikiyatri Dergisi, S.2, Ankara, 2000.
- Ögel K. ve Ark., “Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye’de Çok Merkezli Bir Araştırma (2. Aşama)”, 3P Dergisi, S. 7 (ek sayı:4), Ankara, 1999.
- Özalp E., İntihar Davranışının Genetiği, Türk Psikiyatri Dergisi, Ankara, 2009.
- Özsoy S.D. - Eşel E., “İntihar (Özkıym)”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, S.4, Sivas, 2003.
- Palabıykoğlu R. ve Ark., “İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Depresiflerin Aile İşlevselliği”, Kriz Dergisi, C.1, S. 3, Ankara, 1993.
- Palabıykoğlu R. ve Ark., “Yaşlılarda Depresyon ve Yaşam Doyumu”, Kriz Dergisi, C.1, S.1, Ankara, 1992.
- Palabıykoğlu R., “İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi”, Kriz Dergisi, S.1, Ankara, 1993.
- Sağınç H. ve Ark., “Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, C. 1, S.2, İstanbul, 2000.

- Sayar K. – Bozkır F., “İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde İntihar Niyeti ve Ölümcüllüğün Belirleyicileri”, Yeni Symposium Dergisi, C.42, S.1, İstanbul, 2004.
- Sayıl I. ve Ark., “Ankara’da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma”, Kriz Dergisi, C.1, S.2, Ankara, 1993.
- Sayıl I., “Bipolar Bozukluklarda İntihar”, Kriz Dergisi, C.5, S.1, Ankara, 1997.
- Sayıl I. – Berksun O.E., Depresyon ve İntihar, Psikiyatri Dünyası, S. 2, Ankara, 1998.
- Sonuvar B. – Yörükoğlu A., “Çocukluk ve Delikanlılık Çağında İntihar Girişimleri”, Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni, C.4, S.2, Ankara, 1971.
- Soysal Z. –Eke S.M. –Çağdır A.S., “Postmortem Görüntüler, Adli Otopsi”, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rektörlük Yayın, No: 4164, Fakülte Yayın No: 223, Cilt 2.
- Suvarlı M. K., “Çocuklarda ve Adolesans Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler ve Çözüm Önerileri”, Kriz Dergisi , C.3, S.1-2, Ankara, 1995.
- Şahin D., “Kişilik Bozuklukları”, Klinik Gelişim Dergisi, C.22, S.4, İstanbul, 2009.
- Şener Ş. – Şenol S., “İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi ve Kısa Süreli İzlemi”, 3P Dergisi, S.4, Ankara, 1996.
- Tatlıoğlu K., “Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.12, S.2, Bolu, 2012.
- Tekin Z. – Hocaoglu Ç., “Şizofrenide İntihar”, RCHP Dergisi, S. 1-2, İstanbul, 2009.
- Topbaş F., “İşsizlik ve İntihar İlişkisi: 1975-2005 Var Analizi”, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Trabzon, S.Aralık, 2007.
- Yiğit Ö. ve Ark., “Kimler İntihar Girişiminde Bulunuyor? Bir Acil Servisin Deneyimleri”, Yeni Symposium Dergisi, C.48, S.2, İstanbul, 2010.
- Yüksel N., “İntiharın Nörobiyolojisi”, Klinik Psikiyatri Dergisi, S.4, Ankara, 2001.

İnternet Kaynağı

-, http://tr.wikibooks.org/wiki/Psikolojiye_Giriş/İntihar (10.04.2014)
-, http://www.afyonkarahisarsosyaletutproje.gov.tr/default_B1.aspx?id=56 (18.10.2013)
-, http://yaprakyasam.com/tedaviler.php?yazi_id=34&title=İNTİHAR (18.10.2013)
-, <http://www.psikoloji.com.tr/yetiskin/intihar/intihar-ve-nedenleri-1136.html>
(22.10.2013)
-, <http://www.dw.de/depresyon-intiharın-başlıca-nedeni/a-4882623> (21.10.2013)
-, <http://www.adlitip.org/yazilar/turkce/konular/kriminoloji/intihar.htm> (18.10.2013)
-, <http://www.eyh.gov.tr/tr/8448/Turkiyede-Yaslilara-Hizmet-Veren-Kuruluslar>
(18.10.2013)
-, http://www.bbc.co.uk/turkce/haberler/2013/01/130122_uk_suicide_rate (20.10.2013)
-, <http://www.sizinti.com.tr/konular/ayrinti/intiharlar-ve-sosyolojik-sebepleri.html>
(20.11.2013)
-, <http://www.spinabifidaturkey.com/smf/index.php?topic=1571.0> (05.01.2014)
-, http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete_bozuklu%C4%9Fu (03.11.2013)
-, <http://www.yorumla.net/konu/intihar.134378/page-2> (18.10.2013)
-, <http://www.intihar.de/Turkiye-yontemler.htm> (18.10.2013)
-, <http://www.ezifrm.net/i-j/120125-intihar.html> (18.10.2013)
-, <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/143329.asp> (18.10.2013)
-; <http://www.intihar.de/bio.htm> (21.11.2015)
-, <http://www.intihar.de/yontemler.htm> (18.10.2013)
-, <http://www.intihar.de/kultur.htm> (22.10.2013)

....., <http://tr.wikipedia.org/wiki/Anksiyete> (03.11.2013)

....., <http://www.intihar.de/psikolojik.htm> (Erişim Tarihi: 18.10.2013)

....., <http://www.kadinlarkulubu.com/archive/t-568557.html> (20.11.2013)

....., <http://www.zeded.com/Yazici.asp?tur=yazi&ID=1362> (03.11.2013)

Diğer Kaynaklar

Algın F., Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı ve İçgörü İle İlişkisi, Bakırköy Ord. Prod. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.

Altıntop H., Dindarlık-İntihar İlişkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2005.

Babaoğlu G., Psikiyatri, İntihar, Psikiyatrik Hastalarda İntihar Davranışı, Kronik İntihar Davranışının Değerlendirilmesi, Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 4. Psikiyatri Birimi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul 1990.

Balcıoğlu İ. – Çitken A., “Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitim Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, İstanbul, 2005.

Berksun O.E., “Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları”,
http://www.umatkenanbingol.com/ekitaplar/300406/psi_anksiyete.pdf (e-kitap)

Ekici G., Psikiyatrik Hastalığı Olan Ölümle Sonuçlanmış Olgularda Sosyo-Demografik Özellikler, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1999.

Fidaner H. – Fidaner C., Türkiye’de İntihar Epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İstanbul, 1987.

- Kaya N., Yatan Psikiyatrik Hastalarda İntihar Girişiminin Sosyo demografik Faktörler ve Psikiyatrik Tanılarla İlişkisi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
- Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-Sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı, İl Koordinasyon Kurulu 10. Toplantı Tutanağı, Kırıkkale, 2010.
- Kütük Y., “Türkiye’de İntiharların Ekonomik ve Sosyal Göstergeler İlişkisi”, İTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, İstanbul, 2011.
- Saraçoğlu U., Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. Adana, 2011.
- Saygılı R. – Aydın C., İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. İzmir, 1998.
- Sayıl I. – Tuğcu H., Toplumumuzda İntihar ve Adam Öldürme Üstüne Kıyaslamalı Bir Çalışma, 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara, 1988.
- Sungur Z., İntihar Olgusunun Sosyal ve Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi ve Eskişehir Bölgesi’nde Bir Uygulama Çalışması, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 1998.
- Taşçı K. – Özsan M.E., Bölgesel Hoşnutsuzluk Endeksi, 12. Uluslararası Ekonometri, Yöneylem Araştırması ve İstatistik Sempozyumu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2011.
- Yılmaz T., Fidan F., Karataş V., “İşsizliğin Sosyo-Psikolojik Sonuçları: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Bireylerin Tutumları”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Siyaset Konferansları Bildirimler, İstanbul, 2010.

ÖZGEÇMİŞ

01 Ocak 1982 tarihi, Kırıkkale İli Delice İlçesi, Bozköy doğumluyum. İlk Okul, Orta Okul ve Liseyi Çorum İli Sungurlu ilçesinde tamamladım. Sungurlu Sağlık Meslek Lisesi Acil Tıp Teknisyenliği bölümünden 2000 yılında mezun oldum. 2004 yılında Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü Ceylanpınar Devlet Hastanesi Acil Serviste Acil Tıp Teknisyeni olarak göreve başladım. 2011 yılında Denizli Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olarak 112 Komuta Kontrol Merkezinde Çağrı Yönlendirici Acil Tıp Teknisyeni olarak tayin oldum. 2009 yılında Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldum. 2012 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümüne, 2013 yılında ise Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümüne kaydoldum. Eğitimim halen devam etmektedir. Evli ve iki çocuk sahibiyim

Halen Denizli İl Merkezi 112 Acil Çağrı Merkezinde görev yapmaktayım.