



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE GELEN İNTİHAR VAKALARININ
SOSYODEMOGRAFİK AÇIDAN İNCELENMESİ**

AYŞE ACAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN

İSTANBUL-2009

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tarih

/ / 2009

Ayşe ACAR

TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek Lisans Eğitimi aldığım süreçte ve çalışmamın her aşamasında sonsuz sabır, ilgi ve hoşgörü ile yaklaşan, ayrıca bilgisi ve titiz, özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı çok sevdiğim değerli hocam ve danışmanım

Sayın Prof. Dr. Deniz ŞELİMEN'e,

Verilerin toplanması aşamasında, çalışmamın gerçekleştirildiği Devlet ve Özel Üniversite Hastanelerinde, Adli Tıp ABD'nde ve Arşiv bölümünde çalışan,

sağlık profesyonellerine,

Yaşamımın her aşamasında sevgi, hoşgörü ve desteklerini yanımda hissettiğim sevgili **anneme, babama, abim Serdar'a ve çalışma arkadaşlarıma,**

sonsuz teşekkürlerimi sunarım

AYŞE ACAR

Eylül 2009

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. İntiharın Tanımı	5
4.1.1. İntiharın Sınıflandırılması	6
4.1.1.1.İntihar Düşüncesi	6
4.1.1.2.İntihar Tehditleri	7
4.1.1.3.İntihar Girişimi	7
4.1.1.4.İntihar	7
4.2. İntiharın Tarihçesi	7
4.3. Türkiye’de İntihar Olgusu	9
4.4. Sosyodemografik Özellikler	11
4.4.1. İntihar Ve Cinsiyet	11
4.4.2. İntihar Ve Yaş	12
4.4.3. Eğitim, Meslek Ve Ekonomik Durum	13
4.4.4. İntihar Ve Medeni Durum	14
4.4.5. İntihar Ve Mevsimler	14
4.5. İntihar Olgusunun Adli Yönü	15
4.6. Aile Özellikleri	16
4.7. İntihar Yöntemleri	18
4.8. Kronik Ve Psikiyatrik Hastalık	19
4.9. Geçmişte İntihar Girişimi	20
4.10. Türkiye Ekonomisi Ve Politikası	21
5. GEREÇ ve YÖNTEM	
5.1. Araştırmanın Amacı	24
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
5.4. Verilerin Toplanması	25
5.4.1. Veri Toplama Araçları	26

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.6. Araştırmanın Etik Yönü	26
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
6. BULGULAR	
6.1. “İntihar ve İntihara Girişim Formu”ndan Elde Edilen Bulguların Dağılımı	28
7. TARTIŞMA	
7.1. “İntihar ve İntihara Girişim Veri Formu”ndan Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	52
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	
8.1. Sonuç	58
8.2. Öneriler	59
9. KAYNAKLAR	60
10. EKLER	64
Ek-1 İntihar ve İntihara Girişim Formu	65
Ek-2 Etik Kurul Onayı	71
Ek-3 Marmara Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	72
Ek-4 Maltepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	73
Ek-5 Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi İzin Yazısı	74
Ek-6 Yeditepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı	75
11. ÖZGEÇMİŞ	76

KISALTMALAR

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

HIV/ AIDS: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü/ Sonradan Edinilen Bağışıklık Sistemi Bozukluğu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TKM: Türk Medeni Kanunu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

1. ÖZET

Çalışma İntihar girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik özelliklerini ve adli yönünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde acil servis ünitesi bulunan; bir devlet ve üç özel üniversite hastanesinde, acil servis bölümüne 01 Ocak–31 Aralık 2007 tarihleri arasında gelen 139 intihar vakası oluşturdu. İntihar vakalarının dosya incelemeleri yapılarak “*İntihar ve İntihara Girişim Formu*” araştırmacı tarafından dolduruldu. Veriler bilgisayarda R 2.9.0 ile değerlendirildi.

Bu çalışmada 139 intihar vakası incelendi. Araştırma sonucunda; intihar vakalarının sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde; intihar vakalarının %54’ünün kadın, %46’sının erkek olduğu görüldü. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde en çok 25–34 yaş %42 (n=58) ve 15–24 yaş %30 (n=42) gruplarında intihar girişiminin bulunduğu belirlendi. Medeni duruma bakıldığında en çok %50 (n=70) bekarların, eğitim durumu değerlendirildiğinde ise en çok lise mezunlarının %44 (n=61) intihar girişiminde bulunduğu belirlendi. Meslek grupları arasında en çok %19 (n=26) öğrenci, %17 (n=24) ev hanımı, %16 (n=23) işçi gruplarında intihar girişiminin bulunduğu görüldü. İntihar girişim yöntemlerinden en çok %54 (n=75) ilaç içme yönteminin kullanıldığı belirlendi. Vakaların en çok %35 (n=49)’inin duygusal nedenler ve %22 (n=32)’sinin geçimsizlik nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu saptandı.

İntihar vakalarının psikiyatrik hastalık tanılarına bakıldığında en çok depresyon %23 (n=32) tanısı aldığı görülmüştür. İntihar girişiminde bulunanların bakmakla yükümlü oldukları çocuk sayısına bakıldığında en çok %66 (n=92)’sının çocuğunun olmadığı ve %13 (n=18)’ünün bir çocuk sahibi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Adli Vaka, İntihar

2. SUMMARY

INVESTIGATION OF SUICIDE INCIDENTS RECEIVED BY EMERGENCY SERVICES IN RESPECT OF SOCIO-DEMOGRAPHIC ASPECTS

This study is carried out to examine the socio-demographic characteristics and judicial aspects of the suicide attempts by using descriptive statistics.

The samples of this study consist of 139 suicide incidents received by emergency units of one state and three private university hospitals which has emergency units in İstanbul between 1st January 2007 and 31st December 2007. “*Suicide and Suicide Attempt Form*” is filled by the researcher by investigating the patient documents. Finally, data is analyzed with R 2.9.0 statistic program.

In this paper, 139 cases have been examined in detail. First of the socio-demographic results of the study is that people who attempt to suicide involves 54 percent women and 46 percent man. Secondly, 42 percent of the suicide attempts (n=58) are people whose ages range from 25 to 34, 30 percent’s ages (n=42) range from 15-24, and the rest of the population is in different age ranges. When we come to marital status, 50 percent of the sample (n=70) is constituted by singles. In addition, mostly high school graduates, 44 percent, attempts to suicide. Moreover, 19 percent of suicide attempts are (n=26) students, 17 percent’s (n=24) are housewives, and 16 percent’s (n=23) are workers. Furthermore, medicine is the most frequent way in suicide attempt with 54 percent (n=75). Finally, the most significant reason which leads to suicide is emotional causes with 35 percent (n=49), and discord in the family follows it with 22 percent (n=32).

The most significant psychological illness encountered in suicide attempt is depression with 23 percent (n=32). When we look at the child quantity of the people who attempt to suicide, 66 percent of them (n=92) has no children and 13 percent of them (n=18) has only one child.

Key Words: Emergency Unit, Forensic Incident, Suicide

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda sosyo-ekonomik, kültürel ve teknolojik olarak yaşanan hızlı gelişmeler toplumda yoğun bir stres yaratmakta ve ruhsal problemleri de beraberinde getirmektedir. Çıkış yolu bulamayan kendini çaresiz ve umutsuz hisseden bireyler intiharı bir çözüm seçeneği olarak görmektedir.

İntihar, özellikle gençler arasında giderek artan ve günden güne büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizdeki intihara bağlı ölüm oranları diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, daha düşük. Ancak son yıllarda oranlarda hızlı bir artış görülmektedir. İntihar sağlıklı bireylerde de görülebilmekle birlikte, yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalarda intiharın daha çok görüldüğünü belirtmektedir (Atlı 2007, Asoğlu 2007).

İntihar davranışı tüm dünyada son yirmi yılın ciddi soruları arasında yer almıştır. Karmaşık bir davranış biçimi olması nedeniyle intihar biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulduğu bir yaklaşımı gerektirmektedir.

Tarihin en eski zamanlarından beri kendi yaşamına son verenler olduğu halde, intihar sözcüğü ancak XVIII. Yüzyıldan bu yana kullanılmaya başlanmıştır. Orta çağda Latince *'sui homicida'* ve *'sui ipisus homicidum'* terimleri başkasını öldürmek, başkasını katletmek anlamında kullanılmıştır. Latince *'sui-kendi'* ve *'cadera-öldürmek'* köklerinden gelen *'suicidum'* kelimesi ilk kez Fransızcada Abbe Desfotaines tarafından kullanılmış ve 1737'de *'Dictionnaire de L'Academie'*de yer almıştır. Türkçeye ise intihar kelimesi Tanzimat döneminde girmiştir. Bu dönemde batı dillerinden Türkçeye çevrilen eserlerde *'suicide'* sözcüğüne karşılık olarak kendini katletme anlamına *'intihar'* sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır. Bu sözcük Arapçada kurban demek olan *'nahr'*dan gelmektedir (Ercan 1998, Sayıl ve Uçan 2006).

Tüm dünyada yapılan araştırmalarda, intihar ve intihar girişimlerinin sıklığı, biçimi, hazırlayan ve tetikleyen nedenler, klinik tablolar, eşlik eden ruhsal hastalıklar, biyolojik etkenler ve sosyodemografik özelliklerle olan ilişkileri saptanarak risk faktörleri araştırılmakta, intihar davranışını anlama ve engellemede koruyucu tedavi stratejileri belirlenmeye çalışılmaktadır (Goldsmith, Pellmar, Kleinman and Bunney 2001, Leenaars 2006).

Dünya Sağlık Örgüt'üne göre her yıl dünyada 1 milyon kişi intihar sonucu yaşamını kaybetmekte. Bu oranın 10–20 katı ise intihar girişiminde bulunmaktadır. Bu da demektir ki dünyada her 40 saniyede 1 kişi intihar etmekte ve 2–4 saniyede 1 kişi intihar girişiminde bulunmaktadır. Son 45 yılda dünyadaki intihar oranı %60 artış göstermiştir ve 2020 yılında intihar sonucu ölenlerin sayısının 1,5 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (Atlı 2007, Öncü 2001, <http://www.who.int/topics/suicide/en/>. Erişim Tarihi: 16. 06. 2006).

Bilindiği üzere, acil servislere intihar girişimi ile gelen her hasta mutlaka adli vaka olarak değerlendirilmekte ve adli vaka dosyası açılmaktadır. Bu çalışma intihar girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik özelliklerini ve intihar girişimlerinin adli yönünü değerlendirebilmek amacı ile planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. İntiharın Tanımı

Suicide (intihar) kavramının ortaya çıkışı oldukça yeni sayılır. Latin kökenli kelimelerden oluşmasına karşın, Latince değildir. İngilizce’de suicide tanımı 1662 yılında ilk kez kullanılmıştır. Ortaçağda Latince “*sui homicido*” ya da “*sui ipisus homicidum*” deyimleri kullanılmıştır.

Türkçeye intihar kelimesi Tanzimat döneminde girmiştir. Batı dillerindeki romanlarda görülen “*suicide*” sözcüğüne karşılık, Tanzimat döneminde Türkçeye çevrilen eserlerde “*kendini katletme*”nin yerine “*intihar*” kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu sözcük Arapçada “*kurban*” demek olan “*nahr*”dan türemiştir. Günümüzde bazı eserlerde ise intihar yerine öz-kıyım ya da öze-kıyım gibi kavramlar kullanılmaya başlanmıştır (Sayıl ve Uçan 2006, Taşdelen 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (Atlı 2007, Asoğlu 2007, Uçan 2006,).

Yakın bir geçmişe kadar ölümlerle sonuçlanmayan intihar olayları, ölümlerle sonuçlanan intiharların bir alt kategorisi olarak ele alınmıştır. Eylem ölümlerle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, kullanılan yöntem ölümcül olsun ya da olmasın, istemli olarak yaşamını son vermeyi hedefleyen her türlü davranış intihar olarak nitelendirilmiştir.

Son yıllarda ise, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümlerle sonuçlanır. İntihar girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir (Atlı 2007, Sağınç, Kuğu, Akyüz ve Doğan 2000, Uçan 2006).

Bu kategoriler dışında, ani gelişen ve genelde önceden bir intihar düşüncesi olmadığı halde, ölümlerle sonuçlanabilen durumlarda (kendi kendine zarar verme, tehlikeli araba kullanma, tehlikeli sporlar vb. çeşitli davranış biçimleri) şüpheli intihar girişimlerini içermektedir (Uçan 2006).

Bir ülkede görülen intihar girişimlerinde, o ülkedeki tarihsel olaylar, dinsel eğilimler, yaşam biçimi, sosyal sınıf, ekonomik koşullara ilişkin toplumsal özellikler, bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, medeni durumu gibi demografik etkenler, ayrıca kişinin bedensel, biyolojik ve ruh sağlığına yönelik değişkenlerin etkisi olmaktadır. Farklı toplumlarda ve farklı zamanlarda intihar oranlarının artması veya azalması genellikle, toplumsal normların bireyleri etkileme derecesiyle belirlenmiştir. Bu türden toplumsal engelleme veya desteklemeler intihar olgusunun hukuksal boyutunu oluşturmaktadır (Nock and Kessler 2006, Sayıl ve Uçan 2006, Taşdelen 2006).

4.1.1. İntiharın Sınıflandırılması

Yakın bir geçmişe kadar intihar girişimleri, yani ölümlle sonuçlanmayan intihar olayları, ölümlle sonuçlanan intiharların bir alt-kategorisi olarak ele alınmış ve girişimde bulunup, bunu başaramamış olanlar ise sadece ölüme ulaşamamış kişiler olarak değerlendirilmiştir (Uçan 2006, Taşdelen 2006).

İntihar denemelerinin tanımlanması ve sınıflandırılması, konsepti, metodolojisi ve klinik problemler açısından içeriklerine göre çok farklı şekillerde kategorize edilirler. Bu tanımlar doğrultusunda intihar olgusu; intihar (intiharın ölümlle sonuçlanması), intihar girişimi intihar düşüncesi ve intihar tehditleri olarak sınıflanabilir (Kaplan, Sadock and Sadock 2005, Nock and Kessler 2006).

4.1.1.1. İntihar Düşüncesi

Kişinin yaşamını son vermeyi düşünmesi ve bu yönde planlar yapması durumudur. İnsanların büyük bir çoğunluğu yaşamlarının belli dönemlerinde intihar girişiminde bulunmayı düşünmüşlerdir. Çünkü insan, her zaman ölümü ve ölümden sonrasını merak etmiştir. Bundan dolayı, kendi yaşamına kendisi son vererek bu merakını giderebileceğini düşünmüştür. Bu tür kendi yaşamını son vermeyi düşünenlerin büyük bir bölümü bunu uygulamaya geçirmeyerek, sadece düşünsel alanda bu eylemi gerçekleştirerek ölümlerinden sonra nelerin olabileceğini tahmin etmeye çalışmışlardır (Kaplan, Sadock and Sadock 2005, Taşdelen 2006).

4.1.1.2. İntihar Tehditleri

Bazı kişiler, istedikleri bir şeyi elde etmek için intihar tehditleri savururlar. Bu tür tehditler savuranlar diğerlerinin ilgisini, desteklerini almak amacı güderler. Çevrelerindeki kişiler bu tehditleri ciddiye almazlarsa, bazen göstermelik ve hatta gerçek intihar girişimleri ortaya çıkabilir (Nock and Kressler 2006).

4.1.1.3. İntihar Girişimi

Kişinin yaşamına son vermek için yaptığı girişimlerdir. Göstermelik intihar girişimlerinin yanı sıra, gerçek intihar girişimleri de vardır. Böyle bir eylemde bulunan kişi, yaşamını son vermeyi gerçekten istemekte, fakat seçtiği yöntem ve zamanlama nedeniyle amacına ulaşamamaktadır (Uçan 2006, Taşdelen 2006).

4.1.1.4. İntihar

Kişinin yaşamına son vermesi durumudur. İntihar ölümlü sonuçlanmış olaylardır. Gerçek intihar olarak adlandırılan davranışta en temel koşul eylem, yaşamına son vermesiyle sonuçlanmasıdır. Fakat yukarıda da bahsedildiği gibi, bazı olaylarda kişinin amacı yaşamına son vermek olmadığı halde, eylemi ölümlü sonuçlanmaktadır. Bunlar fazla bir orana sahip değildir. Gerçekten yaşamını son vermek isteyen kişiler, intihar girişimlerini tekrarlayarak amaçlarına ulaşmayı başarabilirler. Tabii, girişimlerini tekrarladıklarında daha kesin ve tehlikeli yöntemleri seçerler (Kaplan, Sadock and Sadock 2005, Uçan 2006, Taşdelen 2006).

4.2. İntiharın Tarihçesi

İntihar İngilizce ve Fransızca karşılığı olan “*suicide*” orta çağda kullanılmaya başlanan ve kendini öldürmek anlamına gelen “*sui homicide*” kelimesinden gelmektedir. 18. yüzyılda Fransızlar “*suicidum*” kelimesini kullanmaya başlamışlardır. Bugünkü haliyle ilk defa Abbe Desfontaines kullanmış daha sonra da bu kelime “*Dictionnaire de L’Academie*” de yer almıştır. Arapçada kurban anlamına gelen “*narh*” tan gelen “*intihar*” kelimesi Türkçeye ise ilk defa Tanzimat döneminde girmiştir.

İntihar eylemleri tarih boyunca çok farklı şekillerde yorumlanmış, bazı kültürlerde bir günah olarak lanetlenirken, bazılarında da onurla bağdaştırılarak saygıyla karşılanmıştır. İslamiyet, Musevilik ve Hıristiyanlık intiharı yasaklar; ayrıca bazı ülkelerde intihar

girişimlerinde ceza öngören yasalar mevcuttur. Bu yaklaşımın arkasında, intihar girişiminde bulunmak isteyen kişilerin dine, devlete ve topluma karşı çıkmış, intikam almak isteyen, toplumun yaşama gücünü kırmaya çalışan zararlı kişiler olarak görülmektedir (Devrimci-Özgüven ve ark. 2002, Leenaars 2006, Aktepe ve ark. 2006).

Eski Yunan kültüründe idam mahkumlarının intihar etmesine izin verilirken, Romalılarda ise, son dönemlerinde, intihara karşı hoşgörüsüz bir tutum benimsemişlerdir. Bunun nedeni, köleler arası intiharın yaygınlaşması, dolayısıyla da köle sahiplerinin ekonomik zarara uğramasıydı.

Brahmanlar ise intihara hoşgörüyle bakarlardı. Dul kalan bir kadının kendisini yakması (sati) yakın zamana kadar toplumsal kabul görülür, hatta özendirilirdi. Japonların hara-kiri (karın yarma) geleneği de uzun süre törensel biçimde uygulandı. Soylulara bu yolla hatalarından dolayı kendilerini cezalandırma ayrıcalığı tanınırdı. Hara-kiri aynı zamanda başarısızlığın getirdiği aşağılanmadan kurtulmak, düşmanları utandırmak, ölmüş bir büyüğe ya da imparatora bağlılığı göstermek için bir yoldu. Zorunlu hara-kiri 1873'te yasaklandı. Ayrıca Buda rahipleri ve rahibeleri arasında da toplumsal bir protesto biçimi olarak kendini yakma geleneğinin yaygın olduğu da bilinmektedir (Devrimci-Özgüven ve ark. 2002, Aktepe ve ark. 2006).

Avrupa'da ortaçağda başlayarak önce kilise hukuku, ardından ceza hukuku aracılığıyla intihar yasaklandı. Yine İngiltere'de ki geleneksel bakış; *“intihar girişiminde bulunur ve kurtulursanız, bir katil gözü ile bakılmaktan, kurtulmuş olursanız, bir “lunatik” (deli) olarak görülmekten kurtulamazsınız”* şeklindeydi. İntihar girişiminde bulunanlar için düzenlenen cezalar arasında en önemlileri toplumdaki ayrılmak zorunda bırakmak ve dinsiz ilan etmektir. Bunun yanı sıra, intihar edenleri gömmeyip açıkta bırakmak birçok kültürde kabul gören bir adettir. Fransız Devriminden sonra intihar girişimlerini cezalandıran yasalar kaldırıldı. İngiltere'de ise bu yasal düzenleme ancak 1961'de gerçekleşmiştir (Leenaars 2006, Arsenault-Lapierre, Caroline and Turecki 2004).

Türkiye'de ise intihar girişiminde bulunan kişi, bundan dolayı suçlu sayılmamaktadır. Ancak intihar için yasalarla kullanımı yasak edilmiş bir psikoaktif madde kullanmış veya ruhsatsız bir ateşli silahla intihar girişiminde bulunmuş ise sadece TCK'nun 6136 sayılı kanununa muhalefeten suçlu sayılır. Bu konuyla ilgili bir diğer maddeye göre de; birçok Avrupa ülkesi ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de uygulandığı gibi; başkalarını intihara

ikna ve yardım eden TCK. 454. maddesine göre yargılanır (İçel ve Yenisey 1991, Oral 1997, <http://www.intihar.de/frame.htm>/ Erişim Tarihi 14.12.2008).

4.3. Türkiye’de İntihar Olgusu

Ülkemiz intihar hızı düşük ülkeler arasında yer almasına karşın, istatistiklere göre kaba intihar oranları artmaktadır. Bilindiği üzere intihar istatistikleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de en az güvenilir istatistikler olup, intiharın hala tabu sayılan bir davranış oluşunun bunda büyük bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Ayrıca intihar ve intihar girişimi ile ilgili farklı yaklaşımlar sonucunda, ülkemizde intihar olaylarıyla ilgili birbirinden çok farklı istatistikler üretilmektedir.

Ülkemizde intihar istatistikleri 1962 yılından itibaren DİE tarafından, tüm Türkiye için Emniyet ve Jandarma Teşkilatı kanalıyla “ İntihar İstatistik Formu” ile derlenip yıllık olarak yayınlanmaktadır. Ayrıca 1963 yılından sonra, Adalet İstatistikleri Yıllığı içinde kısa bilgiler halinde yayımlanan intihar istatistikleri, 1974 yılından itibaren ayrı bir yayın olarak her yıl yayımlanmaya başlanmıştır (DİE 2003, Ekici, Savaş ve Çıtak 2001).

2003 yılı itibariyle ülkemizde kaba intihar hızı yüz binde 3,85 olup, 2705 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. Bu sayı içinde erkek/ kadın oranı 1,4’tür. Genel nüfustan 15 yaş altı grubu çıkarılarak yapılacak hesaplamada bu oran daha da yükselecektir (DİE 2003).

Ayrıca DİE 2002 verilerine göre kaba intihar hızı yüz binde 3,32 olup, yapılan bir çalışmada intihar hızları, 15 yaş üzeri nüfusta erkeklerde yüz binde 9,9, kadınlarda yüz binde 5,6 olarak bildirilmiştir (Seydioğlu 2002).

Ülkemizde intiharlar 15–24 ve 25–34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaş dağılımına göre 15 altı ve 15–24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkekler yüksek orandadır. Gençlerde tüm yaş gruplarından daha hızlı bir yükselme söz konusudur (DİE 2003, Sayıl ve Özgüven 2002).

DİE verilerine göre, Türkiye’de intihar olayları bölgeler arasında farklılık göstermekte, doğudan batıya gidildikçe ve özellikle büyük şehirlerde oranın arttığı görülmektedir. Fidaner’in yaptığı bir çalışmada, Türkiye’de kentsel bölgelerde intihar hızının

kırsal bölgelerin 2 katı olduğu ve şehirlerde özellikle gecekondu kesiminde intihar oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yüksel ve Ceyhun 1994).

Tüm bölgelerde erkek intihar oranı kadın intihar oranından fazla olduğu görülmekte ancak Güney Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki illerde kadın intihar oranı erkek intihar oranından fazla olduğu dikkat çekmektedir. Eğitim açısından değerlendirildiğinde ise literatürdeki bilgilerle uyumlu olarak, ülkemizde de eğitim düzeyi arttıkça intihar oranının azaldığı görülmektedir.

Ülkemizdeki her iki cinsiyette de, intihar yöntemlerinden birinci sırada kendini asma yöntemi gelmektedir. İkinci sırada, kadınlarda kimyasal madde kullanma; erkeklerde ateşli silahla yöntemleri, üçüncü sırada ise, kadınlarda yüksekte atlama, erkeklerde de kimyasal madde kullanma, yöntemleri gelmektedir.

Türkiye'deki intiharların en önemli nedeni, psikiyatrik hastalık olarak görülmektedir. İntihar nedenlerinden aile içi geçimsizlik ve ekonomik nedenler 2. ve 3. sırada yer almaktadır. Öğrenim başarısızlığı ise intihar nedenleri, arasında en düşük orana sahiptir (Seydioğlu 2002, Şenol, Ünalın, Avşaroğulları ve İkizceli 2005).

İntihar girişimlerine yönelik çalışmalar bölgesel çalışmalar olarak dikkat çekse de, ülkemizde intihar girişimlerine ilişkin en kapsamlı veriler Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Merkezi ile Dünya Sağlık Örgütü'nün ortak çalışması çerçevesinde elde edilen verilerdir. İntihar girişimlerine ilişkin bir istatistik bulunmamakla birlikte 1990 yılında yapılan bir çalışmada Ankara'da intihar girişimleri hızı yüz binde 107 olarak belirlenmiştir (Palabıyıkoglu 1992, Sayıl 2000).

Yapılan bir çalışmada, 15 yaş üzerinde intihar girişim oranları, erkeklerde yüz binde 31,9, kadınlarda yüz binde 85,6 olarak bildirilmiştir. Avrupa'da ve dünyada yapılmış intihar girişimi çalışmalarındaki bulgularla uyumlu olarak ülkemizde de intihar girişimlerinde kadınların erkeklerden fazla olduğu görülmektedir. Bu oranlar diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de intihar girişim oranları daha düşük bulunmakla birlikte, son yıllarda özellikle gençler arasında intihar hızlarındaki artış dikkat çekmektedir (Sayıl ve ark. 2000, Sayıl ve Özgüven 2002).

İntihar olgusunu etiyolojik, epidemiyolojik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve antropolojik olarak farklı boyutlarıyla ele alınması ve konuyla ilgili bilgi eksikliğini gidermek

ve önlenmesine yönelik çalışmalara ağırlık vermek gerekmektedir (Sayıl ve Akbıyık 2000, Seydioğlu 2002).

4.4. Sosyodemografik Özellikler

Sosyo-demografik özellikler kişisel, coğrafik, sosyal ve tarihi olmak üzere 4 şekilde ele alınmaktadır. Kişisel olarak özellikle boşanma, ekonomik zorluk veya politik baskıyla karşılaşan kişiler intihar riski altındadır. Coğrafi olarak düşük sosyal uyumlu (yüksek boşanma ve işsizlik oranları) alanlarda yaşayan kişilerde yüksek intihar riski vardır. Kurumsal organizasyon ve intihara bakış açısı farklı ülkelerde değiştir. İntihar oranları Kuzey Avrupa ülkelerinde, özellikle Finlandiya ve Avusturya, başta olmak üzere ekonomik, politik ve sosyal değişikliklerle sağlık koşullarının kötüleştiği Doğu Avrupa ülkeleri ve eski Sovyet Cumhuriyetlerinde yüksek hızlara ulaşmıştır. Japonya ve Çin, diğer Asya ülkelerinden daha yüksek intihar oranına sahiptir. Özellikle Doğu Asya ülkelerinde, kadın ve erkek arasındaki intihar oranları benzerlik göstermektedir. Değişik toplumlarda sosyal ve kültürel göstergelerin değişimi intihar eğilimleri etkilemektedir (Kubalı 2007, Siever and Trestman 1993).

4.4.1. İntihar ve Cinsiyet

İntiharın görülme sıklığı toplumdan topluma değiştiiği gibi, cinsiyetler arasında da intihar davranışı açısından önemli farklılıklar görölmektedir. Kendi yaşamını sonlandırma erkekler arasında daha yaygınken, kendi yaşamını sonlandırmayı düşünme ve bunun için girişimde bulunma kadınlar arasında daha fazla yaygındır. Yapılan çalışmalarda erkeklerde girişimin ölümlle sonuçlanması kadınlara oranla üç kat yüksek bulunurken, kadınlarda intihar girişimi erkeklere göre dört kat yüksek olduğu belirlenmiştir. 1981–1996 yılındaki Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre toplumumuzda yaşamına son verenlerin 15–54 yaşları arasında yoğunlaştiiği dikkati çekmektedir. Toplam intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde yaş arttıkça yaşamına son verenlerin sayısının arttığı görölmektedir (Kubalı 2007, Malone, Corbitt , Li and Mann 1996).

Kadınlarda erkeklere göre intihar girişimlerinin, erkeklerde ise kadınlara göre tamamlanmış intiharların daha fazla olmasının nedenlerinde farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Bunun için ileri sürölmüş birçok görüş vardır. Bu görüşlerden biri sosyalleşme kuramıdır. Bu kurama göre erkek ve kadın cinsiyet rolleri cinsiyetler arasındaki bu farklılığın sorumlusudur. Tüm toplumlarda kadınlık ve erkeklikle ilgili bazı ortak kalıp

yargılar bulunmaktadır. Örneğin, erkekler daha etkin kadınlar ise daha edildir. Kadın ve erkek intihar davranışlarının da bu toplumsal kalıp yargılara uyduğu öne sürülmüştür. Erkekler sıklıkla ateşli silahla, ası veya yüksekten atlama gibi yöntemleri tercih ederken; kadınlar ise yüksek dozda ilaç alma, zehirlenme veya bileklerini kesme gibi yöntemleri tercih etmektedirler. Daha etkin olarak görülen erkek, öldürücü yöntemlerle yaşamına son vermede kesin sonuca ulaşırken; kadınlar cinsiyet rolleri doğrultusunda intiharı düşünüp, hatta girişimde bulunup bir türlü kesin sonuca ulaşamamaktadırlar (Malone, Corbitt , Li and Mann 1996, Mann, Brent and Arango 2001, Oquendo and Mann 2001, Özsoy ve Eşel 2003).

Leenaars (2006), insanların intihar ederek, yaşamına son veren ya da girişimde bulunan bireyleri nasıl algıladıklarını incelemiş, intihar ederek kendi yaşamına son veren bireylerin erkeksi ve etkin algılandığını göstermiştir. İntihar girişiminde bulunan bireylerse kadınsı ve edilgen algılanmışlardır. Erkeklerin ve kadınların intihar girişiminde seçtikleri yöntemlerde ise, çevrelerinden bekledikleri destek ve yardım arama davranışına bağlı olarak farklılık gösterdiği bulunmuştur (Leenaars 2006).

4.4.2. İntihar ve Yaş

İntihar oranı yaşla birlikte artmaktadır. Erkeklerde intihar 45 yaşından sonra artmakta, kadınlarda ise tamamlanmış intiharların çoğunluğu 55 yaşından sonra olmaktadır. İntiharlar yaşlılarda daha sık görülürken, intihar girişimleri genç yaşlarda daha sık olmaktadır. Yaşlılar toplam popülasyonun %10'unu oluşturmalarına karşın, intiharların %25'i bu yaş grubunda daha fazla görülmektedir. Yetmiş beş yaşın üzerinde intihar oranı üç kat artmaktadır. Puberte öncesinde intihar oranının düşük olmasının nedeni bilinmemektedir (Özsoy ve Eşel 2003).

Türkiye'de tamamlanmış intiharlar, Avrupa ülkeleri ve ABD'den farklı olarak 15-24 yaşlar arasında en yüksek orandadır.

Son yıllarda adolesan intiharlarında belirgin artış izlenmektedir. Son otuz yılda oran üç kat artmıştır. Gençlerde intiharların intihar girişimlerine oranı 1/200 iken, yaşlılarda bu oran 1/4'tür. Bazı ülkelerde ölüm nedenleri arasında intihar girişimi ikinci sırada yer almaktadır (Kaplan and Sadock 2004, Özsoy ve Eşel 2003).

4.4.3. Eğitim, Meslek ve Ekonomik Durum

Eğitim en önemli sosyoekonomik düzey göstergelerinden birisidir. Sayıl ve arkadaşları (2000) intihar girişiminde bulunanların % 93'ünün eğitim seviyelerinin lise ve altında olduğunu, ilkokul ve lise eğitimi olan kişilerde intihar eğilimlerinin farklılık gösterdiğini saptamışlardır (Sayıl ve ark. 2000).

Çalışmalar genellikle, işsizlik ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğunu, intiharların düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olabileceğini destekler niteliktedir. İntihar girişimlerin üzerine yapılan çalışmalarda yaşamını sonlandırma olaylarının düşük sosyoekonomik düzeyi olan toplumlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir. İşsizlerde gözlenen intihar oranının, bir işi olan gruba göre daha yüksek olduğu, ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde de intihar sıklığının arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında ise azaldığı bildirilmektedir.

Standish-Barry ve arkadaşları (1989) İngiltere'nin Leeds kentindeki intihar girişimleri ve işsizlik arasındaki ilişkiyi araştırmış, işsizlik oranı arttıkça intihar girişimi oranlarının da arttığını saptamışlardır. Benzer şekilde Crepet ve Florenzano (1988) İtalyan toplumunda işsizlik arttıkça insanların yaşamlarına son vermelerinin de arttığını beirtmişlerdir (Crepet and Florenzano 1988, Standish-Barry, Clayden and Sims 1989).

Araştırmacılar, yaptıkları hesaplar sonucu intihar olgularının %66'sı gibi önemli bir bölümünün nedeninin işsizlik olabileceğini belirtmektedirler. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireyler arasında kadınların %12'sinin, erkeklerin ise %20'sinin işsiz olduğu, Türkiye'de ise intihar girişimlerinin ekonomik olarak daha bağımlı olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Malone, Corbitt, Li and Mann 1996, Mann, Brent and Arango 2001, Sayıl ve ark. 2000).

İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlar arasında psikiyatristler de sık karşılaşılmakta, onları göz doktorları ve anesteziistler izlemektedir. Çalışmalar, intihar girişiminde bulunan doktorların başta depresyon ve madde bağımlılığı olmak üzere çoğunlukla bir ruhsal bozukluğu olduğunu, sıklıkla işiyle ya da ailesiyle ilgili bir takım güçlükler yaşadığını göstermektedir. Ölümcül yöntemlere ulaşımında sağlık çalışanları, bilim

adamları ya da tarım işçileri gibi oranları etkilemektedir (Arsenault-Lapierre, Caroline and Turecki 2004, Kubalı 2007, Özsoy ve Eşel 2003).

4.4.4. İntihar ve Medeni Durum

Evli kişilerde intihar oranı daha düşüktür. Yapılan çalışmalarda intihar, evlilere oranla bekârlarda iki kat, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört-beş kat daha sık görülmektedir. Erkeklerde bu fark daha yüksektir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu bekâr ya da duldur ve bunların yaklaşık %30’u yalnız yaşamaktadır. Kadınların %6’sı, erkeklerin ise %9’u düzenli ev koşullarından düzensiz ev koşullarına bir geçiş yaşadıkdan sonra intihar girişiminde bulunmuşlardır (Kubalı 2007, Sayıl ve ark. 2000).

Hiç evlenmeyenlerde evlilere göre risk iki kat fazladır. Boşanmış veya dul kişilerde ise risk üç kat fazladır. Boşanmış kadın dul kadına kıyasla daha yüksek intihar hızına sahipken erkeklerde durum tersinedir, genç dul erkeklerde yüksek intihar hızına sahiptir. Yaş, cinsiyet, ırk, eğitim, aile geliri ve oturduğu bölge düzelterek yapılan regresyon analizinde bekâr veya dul olmanın intihar riskine herhangi bir etkisi olmadığı, boşanmış veya ayrı yaşayanlarda evlilere göre iki kat intihar riski görüldüğü bildirilmiştir (Sayıl ve ark. 2000, Özsoy ve Eşel 2003).

Evliliğin koruyucu etkisi sosyal uyumu artırmasına bağlanabilir. Tersine boşanma veya dullukla psikolojik kayıp deneyimi ve sosyal uyumun azalması intiharı artırır. Evlilikle sosyoekonomik durum ve madde kullanım değişikliği de etken olabilmektedir (Kubalı 2007, Özsoy ve Eşel 2003).

4.4.5. İntihar ve Mevsimler

Bireylerin tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında yoğunluk kazandığı görülmektedir. Çalışmalarda farklı sosyal, çevresel, biyolojik ve psikolojik etkenlerin intiharda mevsimsel dalgalanmanın olası nedeni olabileceği belirtilmiştir. 1890’ların başında Durkheim, intiharda mevsimselliği sosyal yaşamdaki mevsimsel değişikliğe bağlamıştır. Mevsimsel intiharlarda intiharla sıcaklık, rutubet ve hava koşulları arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar, çevresel etkenlerin rolünün önemini vurgulamıştır. Nörokimyasal düzeylerde mevsimsel dalgalanma tamamlanmış intihar ve intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir. Örneğin şiddet, dürtüsellik ve saldırganlık gibi

intiharla ilişkili davranışlara bağlanan serum kolesterol düzeyleri, intihar oranlarında yıllık döngüsel değişikliklere benzer mevsimsel değişiklik göstermektedir.

Çalışmalar mevsimsel intiharda serotonin işlevlerinin mevsimsel özellik taşıdığını göstermiştir. Başka bir çalışmada, şiddet içeren intihar ve erkeklerin intiharının mevsimsel olduğu bulunmuştur. Şiddet içeren yöntemleri kullanan erkekler incelendiğinde mevsimsel etki dikkati çekmektedir. Tamamlanmış intiharı ve major depresyonu olan 115 Fransız-Kanadalı erkek üzerinde yapılmış geriye dönük bir çalışmada, B kümesi kişilik bozukluğu ek tanısı olmayan bireylerin intiharları mevsimsel özellik gösterirken, B kümesi kişilik bozukluğu ek tanısı olan bireylerin ise mevsimsel özellik göstermemektedir. İntihar ve kendine zarar vermenin farklı mevsimsel yapılar gösterdiği, intihar yaygınlığının, ilkbahardan erken yaza doğru artma ve sonbahar/kışa doğru azalma eğilimi gösterdiği, bu etkinin özellikle erkeklerde ve şiddet içeren yöntemleri kullanan bireylerde olduğu gözlenmiştir (Kim et al 2004, Maes et al 1993).

Başka bir çalışmada şiddet içeren intiharla şiddet içermeyen intihar karşılaştırıldığında sadece şiddet içeren tamamlanmış intiharın mevsimsel özellik gösterdiği bulunmuştur. Avusturya’da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, erkek ve kadınlar arasındaki intiharların benzer mevsimsel eğilimi taşıdığı, her iki cinsiyette mayıs ayında tepe noktasına ulaştığı, şubat ayında ise düşüş gösterdiği saptanmıştır (Kapusta and Sonneck 2004, Kim et al 2004, Engelberg 1992, Rock, Greenberg and Hallmayer 2005, Maes et al 1993).

4.5. İntihar Olgusunun Adli Yönü

İntihar olgusunun suç olarak sayılıp sayılmaması konusunda tarihsel süreçte benzer ve çeşitli görüşler bulunmaktadır. Türk Medeni Kanununun (TKM) 15, 16, 23 ve 24 maddeleri; kişiliğe saygı ve kişiliğin korunması ile ilgili maddeleri kapsar. 1982 Anayasasınının 12. maddesine göre; “*Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir*”. Kişilik hakkı, mutlak, tek başına sahip olma ve hakimiyet hakkıdır. Kişisel varlıkların tümünü ve başkalarının müdahalelerini engellemeyi de içerecek şekilde hak sahibinin bunlar üzerindeki mutlak hakimiyetini kapsar ve doğum anından itibaren geçerlidir.

İntiharla ilgili olarak Türk Ceza Kanu (TCK)’nunda ilgili hüküm olan 454. madde, “*birinin intihara ikna ve buna yardım eden, intihar eden kişi ölü bulunduğu takdirde 3 seneden 10 seneye kadar ağır hapis cezasına mahkûm olur...*” demektedir. Ülkemizde olduğu

gibi birçok ülkede de intihara ikna ve yardım suçtur. Bu fiillerin suç olarak kabul edildiği hukuk sistemlerinde korunmaya değer görülen yarar, kişiliğe bağlı haklar içinde en önemli olarak kabul edilen bireyin “yaşama hakkı”dır. “Yaşama hakkı”nın neleri kapsayacağı oldukça tartışmalı bir konudur (Dural 1977, Kaboğlu 1993, Polat, İnanıcı ve Aksoy 1997).

Adli Bilimler açısından “şüpheli ölüm” olarak kabul edilen intiharla ilgili olarak iki önemli sorun vardır. Birincisi intihar ederek yaşamına son verdiği düşünülen kişide, başlangıç noktası intihar olup olmadığı kararını verebilecek verileri otopsi ve otopsiyle ilgili çalışmalarla toplamak ve değerlendirmektir. İkincisi de ötenazi olup olmadığı hususunda sorulabilecek sorulara Adli Psikiyatrik açıdan cevap bulabilmektir (İçel ve Yenisey 1991, Kaboğlu 1993).

Hukuki bakış diğer yasalarda da olduğu gibi kanun yapanların “*kamu vicdanını*” ön plana alarak intiharı değerlendirmesi gerektiğini ortaya koyar. Toplum ise bu konuda farklı düşüncelere sahiptir. Bir ucunda intiharın, doğal bir hak olduğunu düşünenler diğer ucunda bunu tam anlamıyla reddeden görüşler arasında geniş bir spektrumda farklı fikirlere sahip birçok insan ve hukukçu bulunmaktadır (Oral 1997, Uçan 2006).

Sağlık sorunları ile ilgili tüm yasaların 1917 yılındaki hali ile kalmış olması, pek çok sorunda olduğu gibi intihar olgusunda da istenilen sonuca ulaşılamamakta olduğu görülmektedir. En kısa zamanda sorunun ele alınarak çağdaş düzeyde yeniden düzenlenmesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylelikle intihar girişiminde bulunan kişi ve yakınları duyarlı bir dönemde gereksiz yere hırpalanmayacak, yargı oranları da yersiz olarak meşgul edilmeyecektir (Uçan 2006).

4.6. Aile Özellikleri

İntihar davranışı tehdit, düşünce, girişim ve yaşamın sonlanmasıyla sonuçlanan eylemler olarak geniş bir yelpaze içinde yer almaktadır. İntihar davranışının etyolojisinde aile yapısı, etkileşimi ve kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar önemli bir yere sahiptir. İntihar davranışı ister bir düşünce, ister girişim ya da tamamlanmış bir eylem olsun aileyi derinden etkilemektedir (Palabıykoğlu 1992, Yalvaç 2006).

Ailede intihar öyküsü olanlarda genetik bir hazırlayıcı etken olup olmadığı konusu açık değildir. Bazı yazarlar intihara katkıda bulunan bir genetik etkenin dürtüsellik ile ilişkili olabileceğini öne sürmektedirler. Ailede psikiyatrik hastalık bulunması ya da madde

bağımlılığı öyküsü aile bireyleri için risk faktörleri içinde yer almaktadır (Palabıykoğlu 1992, Yalvaç 2006).

Parçalanmış ailelerde, dul veya boşanmış olanlarda intihar riski yüksektir. Anne-baba yokluğu, sorunlu ailelerden gelmek, aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismar ergen intiharlarında önemli bir risk etkeni olarak ifade edilmektedir (Sayıl ve ark. 2000).

Aile bütünlüğünün, farklı değerleri intihar girişiminde bulunmada en etkili risk faktörüdür. Rol kargaşası ile birlikte evlilik sorunları, aile bütünlüğünde bozulma ya da tehditleri özellikle kadınlarda intihar riskini arttırmaktadır. Erkeklerle göre kadınların intihar girişimi riskinin yüksek olması kadının toplumdaki yeri ve konumu ile ilişkilidir. Kadınların erkeklere göre yaşamlarında daha doyumsuz olması, depresyona eğilimleri, rollerinin toplumda engelleyici ve sınırlayıcı tavırlarla belirlenmesinden kaynaklanmaktadır.

Ailede sosyal ilişkilerin azalmasının yanı sıra çocuğun olmaması depresyonla birlikte rol oynamaktadır. Tek bir nedene bağlı olmadan birden fazla neden intihar girişiminin artmasında rol oynamaktadır ve özellikle var olan durum ailenin dengesinde bir bozulma meydana getiriyorsa intihar riski iki kat daha artmaktadır (Palabıykoğlu 1992, Siyez 2006).

Aile içi şiddetin de çocuk ve ergenlerin intihar davranışıyla ilgili nedenler olduğu bildirilmektedir. Anne-babaların birbirine ve çocuklarına fiziksel şiddet uyguladıkları ailelerde çocukların kontrollere oranla daha fazla intihar düşüncesi ve davranışı göstermeye eğilimli oldukları ve intihar davranışının çoğunlukla aile içi çatışmaların bulunduğu dönemlerde ortaya çıktığı belirtilmektedir. Fiziksel kötüye kullanıma uğrayan çocukların, aile sorunları nedeniyle kendilerini suçladıkları, kendilerini günahkar ve aşağılık olarak hissettikleri, kendilerine zarar verici davranışlara normal kontrollerden ve ihmal edilmiş çocuklardan daha fazla yatkın oldukları bulunmuştur (Ercan 1998, Sayıl ve ark. 2000).

Ailenin intiharla ilgili geçmişi, ailedeki medikal ve psikiyatrik rahatsızlıklar da intihar riskini arttırmaktadır. Ekonomik sıkıntı, aile içindeki çatışmalar ve kayıplar, ebeveynlerin ayrı olması, yeniden evlenmesi, aile üyelerinden birinin daha önceden intihar girişiminde bulunması, aile üyelerinde depresyon ve madde kullanımı, risk faktörleri içerisinde sayılmaktadır (Aktepe ve ark. 2006).

İntihara teşebbüs eden ergenler ailelerini ilgisiz, reddeden ve destek olmayan bireyler olarak tanımlamışlardır (Siyez 2006).

Yapılan birçok çalışma; ailenin önemini vurgulamış ve intihar girişimlerinin çoğunlukla dağılmış, ruhsal sorunu ve alkolizmin olduğu ailelerin çocuklarında görüldüğünü ve ergenlerin intihar girişimi öncesinde yoğun ailesel çatışmalar yaşadığını belirlemiştir (Ercan 1998, Siyez 2006).

4.7. İntihar Yöntemleri

İntihar yöntemleri zamanla değişmekte ve ayrıca o andaki olanağa bağlı olduğu görülmektedir (örneğin, kırsaldaki intiharlarda, az sayıda yüksekten atlama ve ölüm oranı görülür, buda çok katlı apartmanların olmamasına bağlı olabilir). Yöntemin yaşamını sonlandırmış kişi için bazen özel ve sembolik bir anlamı olmasına karşın, daha çok acıdan, çirkinlikten, ölümden ya da yaşamdan kaçınmadaki çare ve isteği yansıtır. İntihar girişiminde bulunanların %70'i aşırı dozda ilaç kullanırken, intihar edenlerin %63'ü ateşli silahları tercih etmişlerdir. Kendini zehirlenme, kendini asma, kendini kesme, kendini yakma, trafiğin ortasına atlama, ateşli silahlar ergenlik döneminde en sık kullanılan yöntemler arasındadır (Aktepe ve ark. 2006).

Sıralaması ülkelere göre değişmekle birlikte, ilk üç sırada yer alan intihar yöntemleri, kimyasal madde (analjezikler, antibiyotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, antihistaminikler ve koroziv etkili ilaçlar) alarak kendini zehirlenme, ası ve kendini ateşli silahla vurma olarak belirtilmiştir (Şenol, Ünalın, Avşaroğulları ve İkizceli 2005, Aktepe ve ark. 2006).

Silahlar halen en sık kullanılan yöntemdir ve intiharların silah kontrolleri ile azalacağı kesin olarak söylenemezken, cinayetlerin hızlı bir şekilde azalacağı açık bir şekilde söylenebilir. Ancak, silahlara ulaşabilme azalmış olsa da, diğer yöntemlerle yapılan intihar girişimlerin sayısı azalmasa da, intihar ölüm oranları azalacağı düşünülmektedir (Asoğlu 2007).

Litvanya'da ise ası oldukça yaygın bir yöntem olup düşük eğitim seviyesi olanlarda, fakir bölgelerde yaşayanlarda, yaşlı ve erkekler arasında sık görülür (Starkuviene, Kalediene and Petrauskiene 2006).

Türkiye'de yapılan bir incelemede intihar girişiminde bulunanlarının %94.7'sinin ilaç içme yöntemini kullandıklarını saptamıştır. Farklı bir çalışmada da ilaç içme dışında, en çok

tercih edilen ikinci yöntemin kimyasal madde kullanarak zehirlenme ve yüksek bir yerden atlama olduğunu belirtmektedir (Asoğlu 2007, Şenol, Ünalın, Avşaroğulları ve İkizceli 2005).

4.8. Kronik Ve Psikiyatrik Hastalık

Psikiyatrik hastalıklar intiharların en önemli nedenidir. Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3–12 kat arttığı bildirilmektedir. Bu riskin derecesi ise yaşa, cinsiyete, tanının türüne ve hastanın yatarak ya da ayaktan tedavi görüyor olmasına göre değişmektedir. Zaman zaman yatarak tedavi gören erkek ve kadın psikiyatrik hastaların, genel nüfustaki yaşlılarına göre 5 ve 10 kat daha fazla intihar riskine sahip olduğu, hastaneye psikiyatrik tedavi için hiç yatırılmayan ayaktan tedavi gören erkek ve kadın hastalarda risk oranlarının genel nüfustaki yaşlılarına göre 3 ve 4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Toplumda intihar edenler genel olarak orta ya da ileri yaş grubunda iken, intihar eden psikiyatrik hastalar daha genç gruptadır. Bunun nedeni intihar eden psikiyatrik hastaların büyük bölümünün şizofreni ya da duygudurum bozukluğu gibi genç yaşta başlayan kronik hastalıklara bağlı olabilir (Devrimci-Özgüven ve ark. 2002, Kaplan and Sadock 2004, Sayıl 2000).

İntihar girişiminde bulunanların % 58-68'i intihar girişiminden en az 36 ay önce psikiyatrik bir hastalığa sahip oldukları görülmüştür. Bazı çalışmalarda intihar edenlerin yakınlarından, doktorlarından ve bilgi verebilecek diğer kişilerden yaşamını sonlandıran kişilerle ilgili ayrıntılı bilgiler toplanmıştır. Bu çalışmalarda, intihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin %90-95'inde en az bir psikiyatrik hastalığı olduğu, yaklaşık %80'inin intihardan önceki bir ay içerisinde bir doktor tarafından değerlendirildiği saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan kişilerin psikiyatrik tanılarının başında duygudurum bozuklukları (%45–70) ve alkolizm gelmektedir (%25) (Oto, Özkan ve Altındağ 2004, Sayıl 2000).

İntihar eden depresif bozukluk hastaları diğer depresif hastalardan klinik belirtiler yönünden farklılık göstermemektedir. Ancak, bu hastaların öyküsünde daha fazla sayıda intihar girişimi bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca bekâr, dul hastalar ve erkeklerin daha yüksek risk altında olduğu vurgulanmıştır (Oto, Özkan ve Altındağ 2004, Sayıl ve ark. 2000).

Psikotik depresyonu olan hastaların en yüksek intihar riskine sahip oldukları belirtilmektedir. Depresif bozuklukları olan hastaların intihar riski %15'tir. Öyküde dürtüsel davranışı veya şiddet eylemleri olan tüm hastaların %25'inde de intihar riski yüksektir.

Tamamlanmış intiharlar arasında duygudurum bozukluklarının %10-15, alkolizm olgularının (sıklıkla depresyon eşlik eder) %10-15, şizofreni hastalarının (sıklıkla postpsikotik depresyon sürecinde) %10, borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının %5-10 olduğu bildirilmiştir (Kaplan and Sadock 2004, Oto, Özkan ve Altındağ 2004).

San Diego'da yapılan bir araştırmada maddeyi kötüye kullanma ve antisosyal kişilik bozukluğu tanımlarının 30 yaş altındaki kişilerde, duygudurum ve bilişsel bozukluk tanımlarının 30 yaş ve üstündeki intihar olgularında daha sık olduğu belirtilmiştir. 30 yaşın altındaki bireylerde gözlenen intiharlarla ilişkili stres etkenleri arasında ayrılık, reddedilme, işsizlik ve yasal zorluklar gibi nedenler yer alırken, 30 yaş üstündeki intihar olgularında hastalıkla ilişkili stres etkenleri daha sık yer almaktadır (Kaplan and Sadock 2004).

Fiziksel hastalıklar psikiyatrik hastalıkların belirtilerini örtetek tanıyı geciktirebilirler. Fiziksel hastalık olarak HIV/ AIDS, maligniteler (özellikle baş ve boyun), peptik ülser hastalığı, sistemik lupus eritematosus, kronik hemodializ-tedavi edilmiş renal yetmezlik, kalp hastalığı ve erkeklerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve prostat gibi hastalıklar da görülmektedir (Kubalı 2007).

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

Klinik olarak belirgin duygudurum hastalığı yokluğunda ciddi hastalıklı bireylerde nadiren intihar görülür. Aynı zamanda kişisel özellikler cinsiyet, sosyal desteklerin mevcudiyeti, psikososyal streslerin varlığı, önceki intihar davranışı hikayesi ve hastalığın kişi için anlamına bağlıdır (Kubalı 2007, Oto, Özkan ve Altındağ 2004).

4.9. Geçmişte İntihar Girişimi

Psikiyatrik hastalıkların dışında daha önceki intihar girişimleri de bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun önemli bir göstergesidir. Çalışmalar intihar eden depresyonlu hastaların %40'ının daha önce en az bir intihar girişiminde bulunmuş olduğunu göstermektedir. Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri

bulunmakta, intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (Asoğlu 2007).

İntihar girişiminden sonraki 3-6 ay, intihar riskinin en yüksek olduğu dönem olup, bu dönemde intihar girişiminin tekrarlanması ile ilgili başlıca risk etkenleri, ruhsal bozukluğun aktif olması ve gerileme evresine girmemiş olması, aile içinde stres düzeyinin yüksek olması, taburculuktan sonra yapılması planlanan aile terapisine devam edilmemiş olması olarak belirtilmektedir. Daha önceki intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlar kadar, intihar girişimleri için de açık bir risk etkeni olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ının girişimlerini yinelediği, %12-25'inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdiği, daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde daha sonraki girişimlerin mortalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tekrarlayıcı intihar girişimlerinde bulunan bireylerin çoğunluğunu 25-49 yaşlar arasında bulunan, boşanmış ya da bekar, işsiz ve alt sosyal sınıftan olan kişilerin oluşturduğu belirtilmiştir (Kubalı 2007, Yalvaç 2006).

Tekrarlayıcı intihar girişiminde bulunan kişilerin hemen hemen yarısının kronik olarak kendi kendine zarar veren kişiler olduğu, bunların öykülerinde sıklıkla depresyon, umutsuzluk, kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kötüye kullanımı, stresli ya da travmatik yaşam olaylarının bulunduğu vurgulanmıştır (Yalvaç 2006, Şenol, Ünalın, Avşaroğulları ve İkizceli 2005).

4.10. Türkiye Ekonomisi ve Politikası

Ülkemizde resmi rakamlara göre yoksulluk oranı %22'dir. Kriz öncesi 1.800 bin kişi günlük bir doların altında bir gelirle yaşamını sürdürmektedir. Beş yaş altındaki çocukların %12'sinde beslenme yetersizliği bulunmaktadır.

Yoksulluk, genel olarak bir halkın ya da belirli bir kesimin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmek için gıda, giyim ve barınak gibi sadece en basit ihtiyaç maddelerini karşılayamaz olması durumudur. Psikiyatri araştırmalarında uzun yıllardır yoksulluğun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Psikiyatri araştırmalarında yoksulluğun göstergesi olarak sosyoekonomik düzey, sosyal sınıf ve düşük yaşam standardı gibi parametreler kullanılmaktadır (Kesici 2007, Topbaş 2005).

Gelir düzeyi düşük olan bireylerde yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre 1,5 – 2 kat daha fazla depresyon gözlenmektedir. Okuryazarlık, eğitim, meslek, gelir durumu, yaşanılan evin koşulları gibi yaşam standartlarını belirleyen parametrelerle sık ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki araştırıldığında; hem eğitim düzeyi hem de gelir düzeyi düşüklüğünün 2,5'er kat ruhsal bozukluk sıklığını artırdığı saptanmıştır (Ansal ve ark. 2000, Ekici, Savaş ve Çıtak 2001).

Sosyal stresin, aile içi sorunların, intiharların artışı ve alkol, tütün bağımlılığının yükselmesini de kriz ortamının tetiklediği yoksul toplum kesimlerinde daha sık görülmektedir.

İntiharlarla ilişkili sosyal faktörler arasında işsizlik ve sosyoekonomik düzey önemli yer tutmaktadır. İşsizlik ve intihar arasındaki nedensel ilişkiyi araştıran bir çalışmada, işsiz olan bireylerin çalışanlara göre intihara bağlı ölümlerin 2 – 3 kat arttığı tespit edilmiştir (Ansal ve ark. 2000, Ekici, Savaş ve Çıtak 2001).

Ülkemizdeki intihar olayları nedenleri incelendiğinde, psikiyatrik hastalık nedeniyle intiharlar, nedeni bilinen intiharlar içerisinde birincil intihar nedeni olarak kaydedilmiştir. Aile geçimsizliği ise en belirgin ikinci nedendir. Ekonomik kaynaklı nedenlerle bir arada değerlendirildiğinde (geçim zorluğu ve ticari başarısızlık), intihar nedenleri arasında üçüncü nedenin ekonomik nedenler olduğu görülmektedir. Ayrıca, işsizlik-intihar ilişkisine yönelik, işsizliğin neden olduğu sosyal izolasyon ve ilişkilerde yaşanan bozulmaların bireyin intihar eğilimini artıracak göz önüne alındığında aile geçimsizliği de işsizlikten kaynaklanabilecek bir intihar nedeni olarak belirtilmektedir. Bu durumda işsizlik kaynaklı intiharlar, toplam intiharlar içerisinde birinci sıraya yerleşmektedir (Sugözü 2006, Topbaş 2005).

Hükümet ülke ekonomisi ile ilgili tozpembe tablolar çizmeye devam ederken, yurdun dört bir yanında ekonomik ve ahlaki nedenlerden kaynaklanan intiharların hızla artması düşündürücü bulunmaktadır. Ekonomik nedenlerle yaşamına son verenler pek çok olmakla birlikte birçok borçluda kendi içinde yaşamlarını sürdürmek için mücadele vermektedir (Sugözü 2006).

Bu bağlamda intihar girişimlerinin psikiyatrik hastalık, ekonomik nedenler, aile içi geçimsizlik veya duygusal nedenler gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Bu yönde de ülke politikasının, sağlık çalışanlarının, psikolog ve sosyologların önlem alması durumunda intihar ve intihar girişim oranlarının azalacağı düşünölmektedir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

İntihar girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik özelliklerini ve intihar girişimlerinin adli yönünü belirlemek amacı ile yapılan retrospektif tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ili Anadolu yakası içinde bulunan 1(bir) devlet üniversitesi ve 3(üç) özel üniversite hastanelerinden gerekli izinler alındıktan ve Marmara Üniversitesi etik kurul onayı alındıktan sonra 01 Şubat – 30 Haziran 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

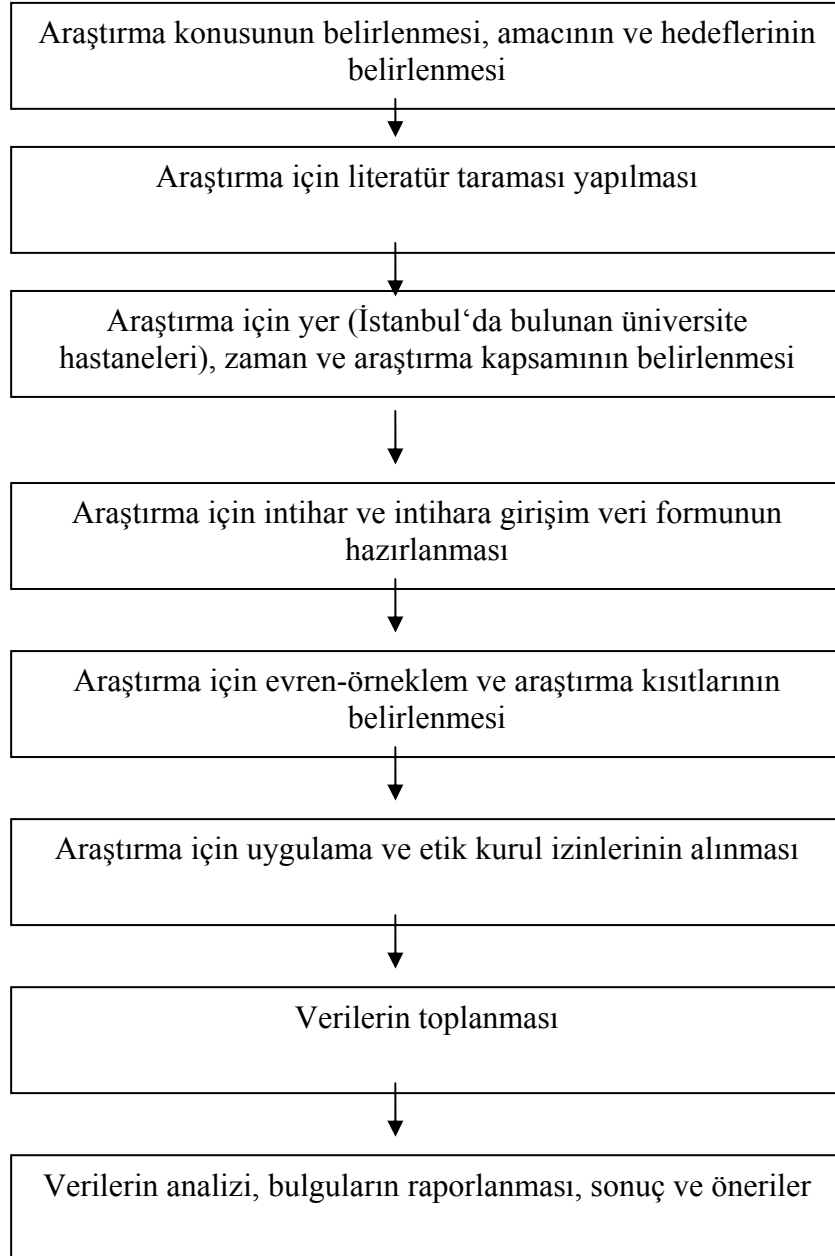
Araştırma Evrenini; İstanbul ili Anadolu ve Avrupa yakasında acil servisi bulunan 3(üç) devlet ve 4(dört) özel üniversite hastanelerine, 01 Ocak–31 Aralık 2007 tarihleri arasında acil servise başvuran intihar vakaları oluşturmaktadır. Bir yıllık süre içinde araştırmanın evreni toplamda 210 intihar vakasından oluşmaktadır.

Araştırma Örneklemi; Araştırma evreni örneklemin tamamını oluşturmaktadır. Ancak evren içinde bulunan Avrupa yakasındaki 2(iki) devlet ve 1(bir) özel üniversite hastanelerinden etik kurul onayı alınamadığı için bu hastaneler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemi 139 intihar vakasından oluşmaktadır.

5.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması, araştırma ölçütlerine uyan, hastane arşivlerinde bulunan, acil servise başvuruda bulunan hastaların dosya incelemesi yapılarak araştırmacı tarafından, ekte gösterilen intihar ve intihara girişim formu doldurulması şeklinde gerçekleşmiştir.

Şekil 5.4.1’de araştırma süreci detaylı olarak şekillendirilmiştir.



Şekil 5.4.1: Araştırma süreç akış diyagramı

5.4.1. Veri Toplama Araçları

İntihar ve intihara girişim formunun (EK-1) oluşturulmasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı uzmanlarının ve araştırmacıların gözlem ve deneyimleri alınarak oluşturulmuştur.

Araştırmanın verileri retrospektif olarak dosya incelemesi ile araştırmacı tarafından anket doldurularak toplanmıştır.

Veri toplama aracı olarak, literatür ve uzman görüşüne başvurularak araştırmacı tarafından hazırlanan “*İntihar ve İntihara Girişim Formu*” kullanılmıştır (EK-1). İntihar ve İntihara Girişim veri toplama aracı olarak kullanılan veri formunda; tedavi gördüğü hastane türü, cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, intihara girişim şekli, intihara girişim nedeni, daha önce intihar girişiminde bulundu mu, psikiyatrik hastalığı var mı, psikiyatrik tedavi gördü mü, kronik rahatsızlığı var mı, evde evcil hayvan besliyor mu, bakmakla yükümlü olduğu kişi ve kişilerini sorgulayan 13 soru bulunmaktadır. Ayrıca mesleği, daha önce intihar girişiminde bulundu ise kaç kez, psikiyatrik hastalığı var ise tanısı, psikiyatrik tedavi gördü ise süresi, kronik hastalığı var ise tanısı, bakmakla yükümlü olduğu çocuk sayısı ve intihar girişim tarihinin sorulduğu 7 açık uçlu soru kullanılmıştır.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Verilerin toplanacağı belgelerin eksik ve düzgün tutulmaması
- Veri olarak yorumlanacak belgelerin arşivden kaybolması, doğal afet ya da yangın sonucu belgelerin kaybolması
- Araştırmaya alınacak hastanelerden uygulama izninin alınamaması

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nden etik kurul onayı alınmıştır (EK-2). Devlet Üniversitesi hastanesi için araştırma izni hastanenin başhekimliğinden (Ek-3), İlk Özel Üniversite hastanesi için izin hastanenin başhekimliğinden (Ek-4), ikinci Özel Üniversite hastanesi için izin hastanenin başhekimliğinden (Ek-5), üçüncü Özel Üniversite hastanesi için izin hastanenin başhekimliğinden (Ek-6) alınmıştır.

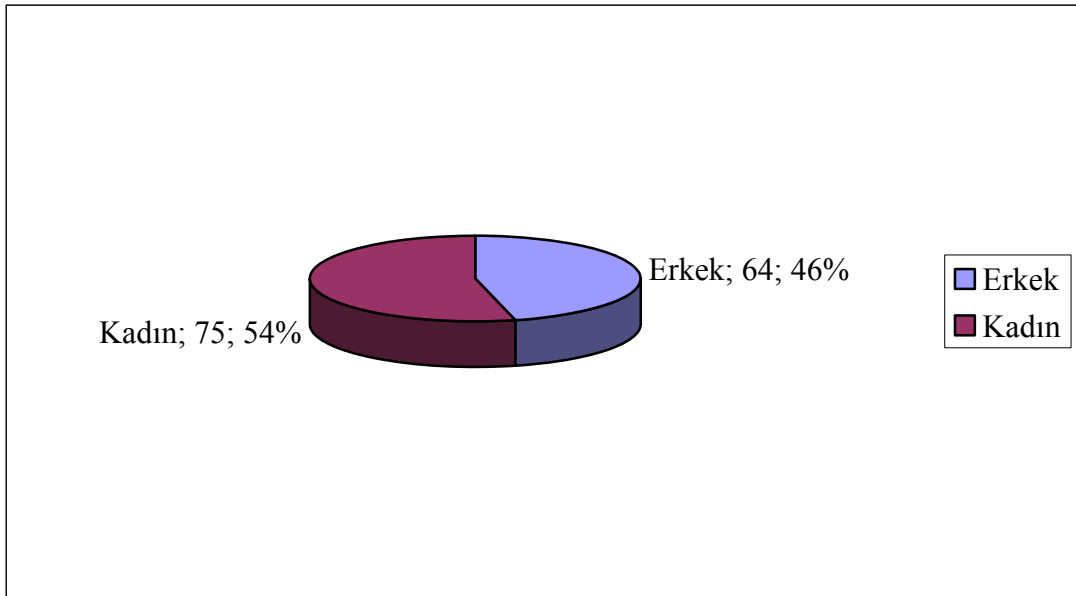
5.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler R 2.9.0 (açık kaynak istatistik programı) ile değerlendirildi. Ortalama, standart sapma, mod ve medyan gibi tanımlayıcı istatistiksel veriler oluşturuldu.

6. BULGULAR

İstanbul ilinde bir devlet üniversitesi ve üç özel üniversite hastanesinde 1 Şubat- 30 Haziran 2009 tarihleri arasında, “Acil Servise Gelen İntihar Vakalarının Sosyodemografik Açından İncelenmesi” konulu tez çalışması, 01.01.2007–30.12.2007 tarihlerinde acil servise başvuruda bulunan intihar vakalarını içeren, toplam 139 dosya araştırması yapılarak gerçekleştirildi. Elde edilen veriler 1 ana başlık altında toplandı.

6.1. “İntihar ve İntihara Girişim Formu”ndan Elde Edilen Bulguların Dağılımı

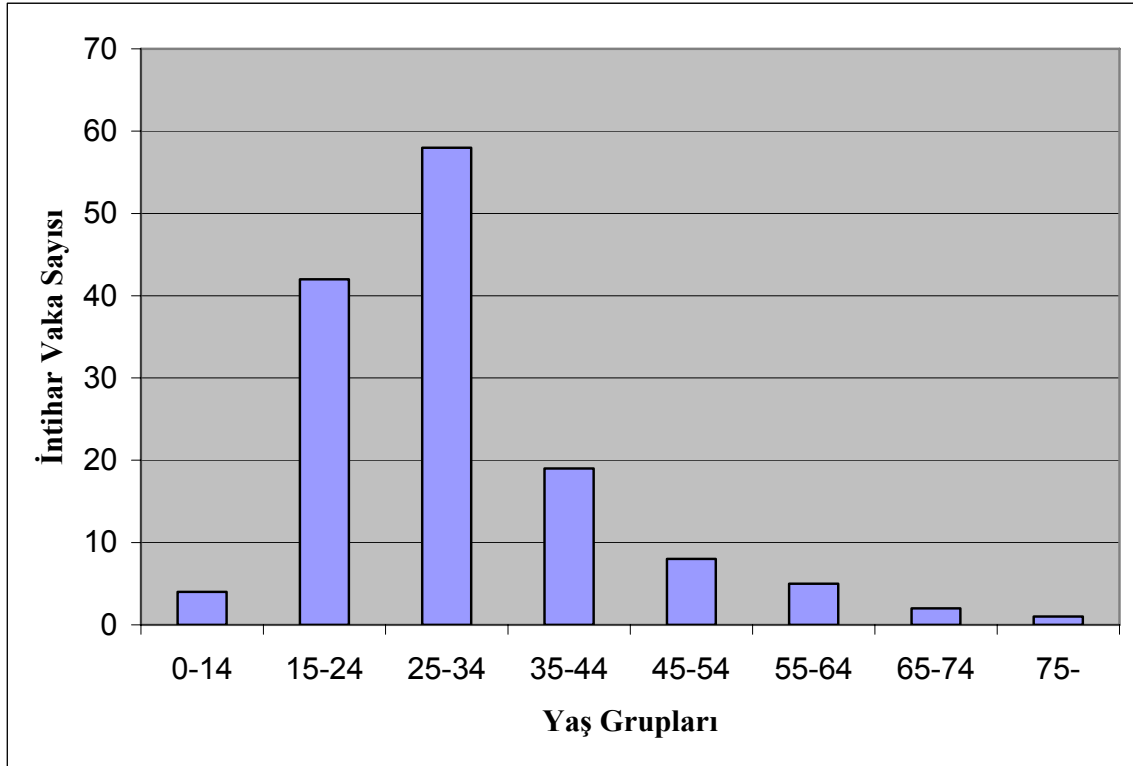


Şekil 6.1.1: Cinsiyete Göre İntihar Vakalarının Dağılımı

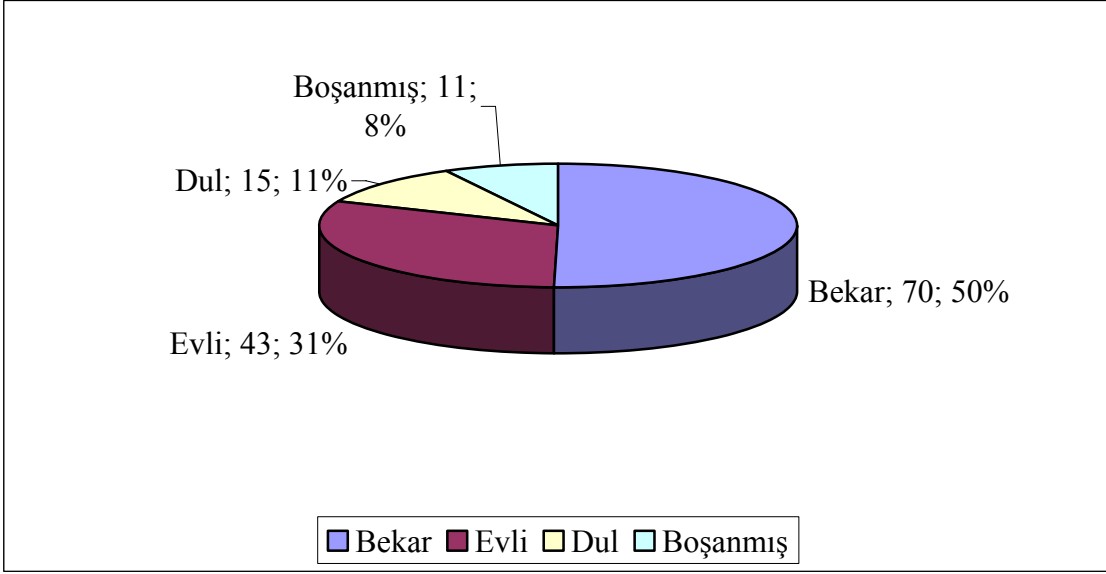
İntihar vakalarının cinsiyet dağılımına bakıldığında; %54’ünün (n=75) kadın, %46’ısının (n=64) erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.1: Yaş Gruplarının Sıklık Dağılımı

Yaş Grupları	N	%
0-14 yaş	4	2,88
15-24 yaş	42	30,22
25-34 yaş	58	41,73
35-44 yaş	19	13,67
45-54 yaş	8	5,76
55-64 yaş	5	3,60
65-74 yaş	2	1,44
75 ve üstü	1	0,72



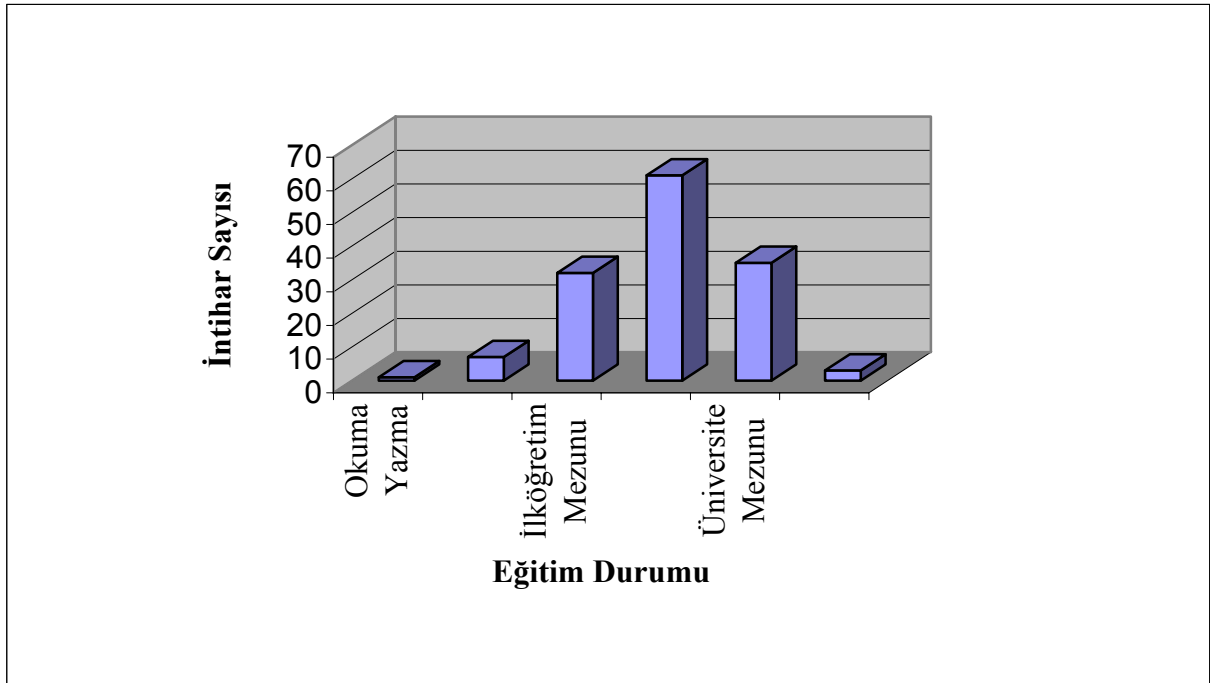
Şekil 6.1.2: İntihar Vakalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Şekil 6.1.3: İntihar Vakalarının Medeni Duruma Göre Dağılım

Tablo 6.1.2: İntihar Vakalarının Eğitim Durumu

Eğitim Durumu	N	%
Okuma Yazma Bilmiyor	1	0,72
Okur Yazar	7	5,04
İlköğretim Mezunu	32	23,02
Lise Mezunu	61	43,88
Üniversite Mezunu	35	25,18
Lisansüstü Mezunu	3	2,16

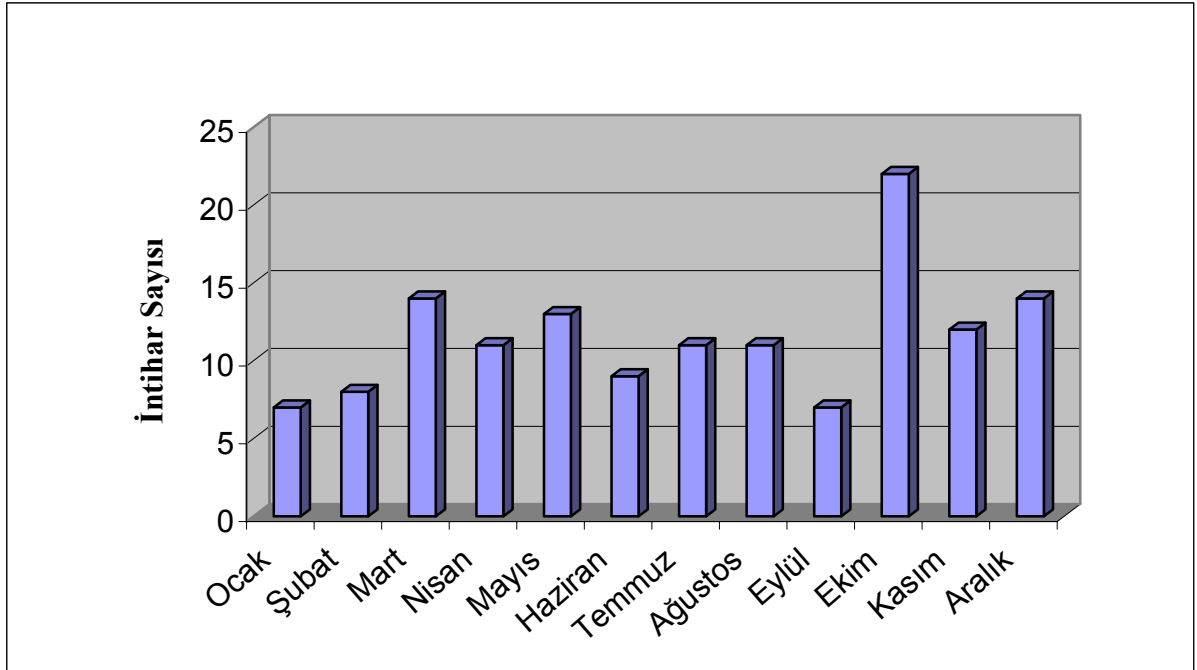


Şekil 6.1.4: İntihar Vakalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılım

İntihar vakalarının eğitim durumlarına bakıldığında; %0,72'sinin (n=1) okuma yazma bilmiyor, %5,04'ünün (n=7) okuryazar, %23,02'sinin (n=32) ilköğretim mezunu, %43,88'inin (n=61) lise mezunu, %25,18'inin (n=35) üniversite mezunu ve %2,16'sının (n=3) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.3: Aylara Göre İntihar Vakalarının Dağılımı

Aylar	N	%
Ocak	7	5,04
Şubat	8	5,76
Mart	14	10,07
Nisan	11	7,91
Mayıs	13	9,35
Haziran	9	6,47
Temmuz	11	7,91
Ağustos	11	7,91
Eylül	7	5,04
Ekim	22	15,83
Kasım	12	8,63
Aralık	14	10,07

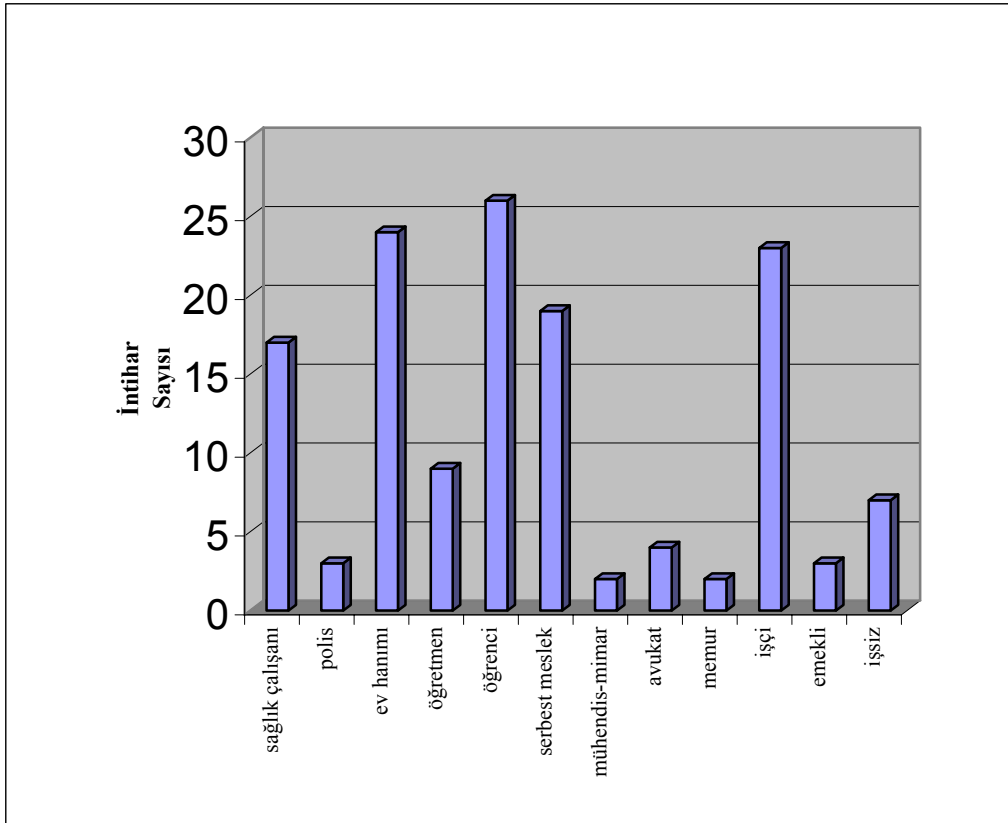


Şekil 6.1.5: Aylara Göre İntihar Vakalarının Dağılımı

Aylara göre intihar vakalarının dağılımına bakıldığında; en az %5,04'ünün (n=7) Ocak ve %5,04'ünün (n=7) Eylül ayında, en çok %15,83'ünün (n=22) Ekim ayında intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.4: Meslek Gruplarına Göre İntihar Vakalarının Dağılımı

Meslek Grubu	N	%
Sağlık çalışanı	17	12,23
Polis	3	2,16
Ev hanımı	24	17,27
Öğretmen	9	6,47
Öğrenci	26	18,71
Serbest meslek	19	13,67
Mühendis-mimar	2	1,44
Avukat	4	2,88
Memur	2	1,44
İşçi	23	16,55
Emekli	3	2,16
İşsiz	7	5,04

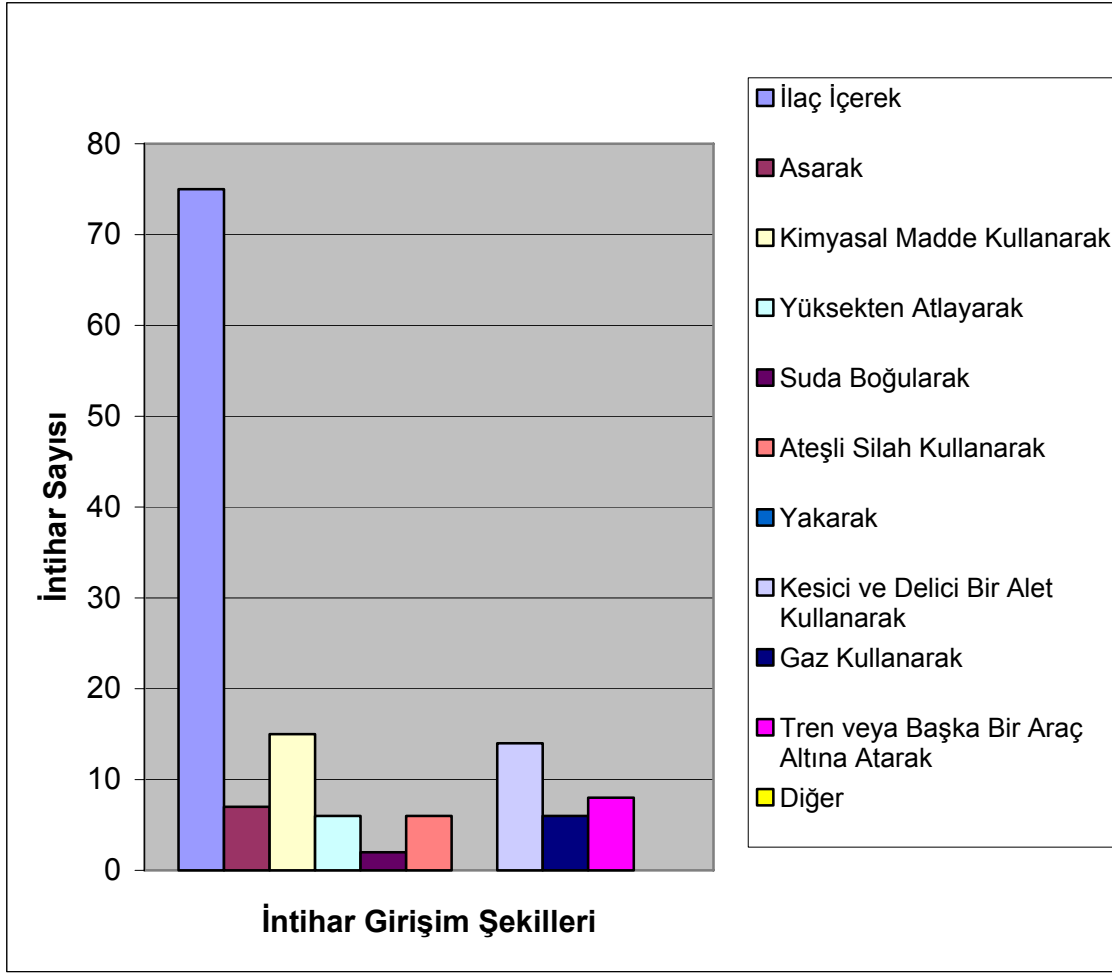


Şekil 6.1.6: Meslek Gruplarına Göre İntihar Vakalarının Dağılım

Meslek gruplarına göre intihar vakalarının dağılımına bakıldığında; en az %1,44'ünün (n=2) mühendis-mimar ve %1,44'ünün (n=2) memur, en çok %18,71'inin (n=26) öğrenci olduğu görülmüştür.

Tablo 6.1.5: İntihar Girişim Metodlarına Bağlı İntihar Vakalarının Dağılımı

İntihar Girişim Metodu	N	%
İlaç İçerek	75	53,96
Asarak	7	5,04
Kimyasal Madde Kullanarak	15	10,79
Yüksekten Atlayarak	6	4,32
Suda Boğularak	2	1,44
Ateşli Silah Kullanarak	6	4,32
Yakarak	0	0,00
Kesici ve Delici Bir Alet Kullanarak	14	10,07
Gaz Kullanarak	6	4,32
Tren veya Başka Bir Araç Altına Atarak	8	5,76
Diğer	0	0,00

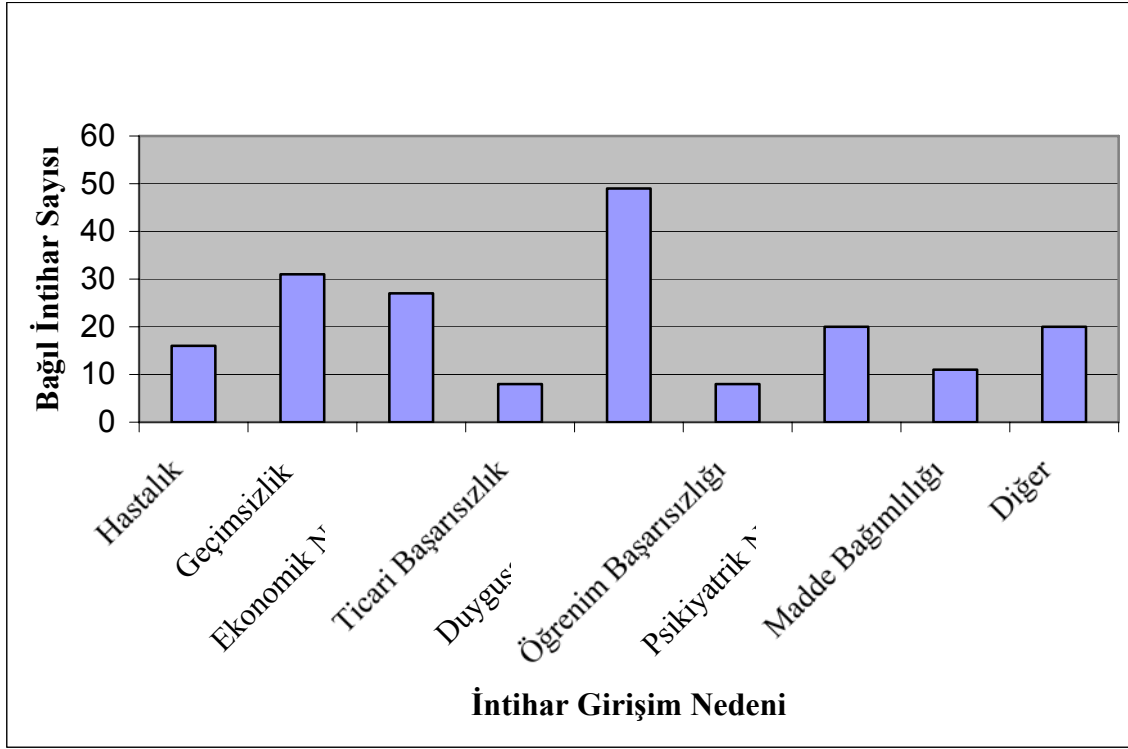


Şekil 6.1.7: İntihar Girişim Metodlarının Dağılımı

İntihar girişim metodlarına bakıldığında; intihar vakaların, en az %1,44'ünün (n=2) suda boğuma, en çok %53,96'sının (n=75) ilaç içme yöntemlerini kullandıkları görülmüştür. Kendini yakma yönteminin hiç kullanılmadığı bulunmuştur.

Tablo 6.1.6: İntihar Girişim Nedenlerine Bağlı Bağlı İntihar Sayısı Dağılımı

İntihar Girişim Nedeni	N	%
Hastalık	16	11,51
Geçimsizlik	31	22,30
Ekonomik Nedenler	27	19,42
Ticari Başarısızlık	8	5,76
Duygusal Nedenler	49	35,25
Öğrenim Başarısızlığı	8	5,76
Psikiyatrik Nedenler	20	14,39
Madde Bağımlılığı	11	7,91
Diğer	20	14,39

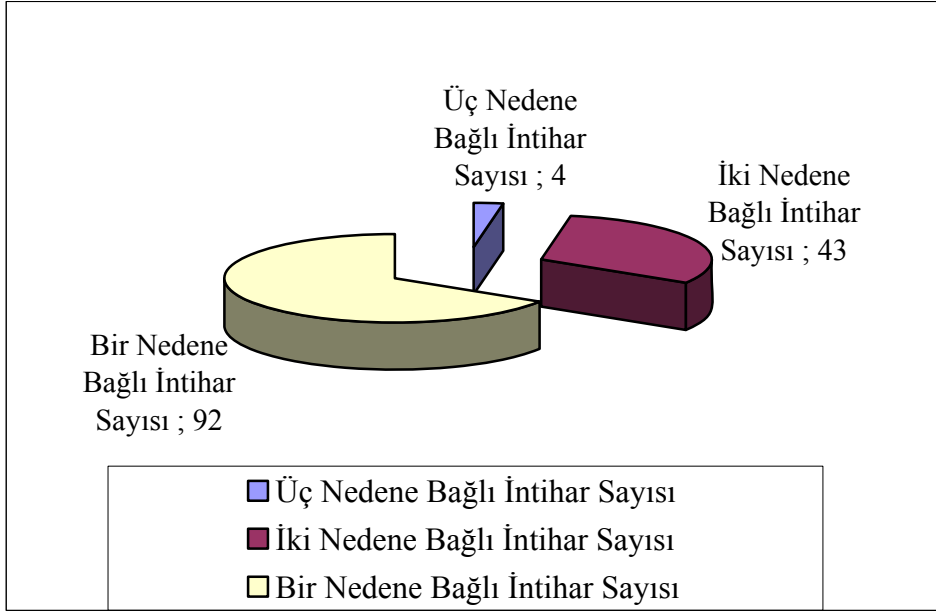


Şekil 6.1.8: İntihar Girişim Nedenlerine Bağlı Bağlı İntihar Sayısı Dağılımı

Bağlı intihar sayısı ile intihar girişim nedenlerine bakıldığında; %11,51'inin (n=16) hastalık, %22,30'unun (n=31) geçimsizlik, %19,42'sinin (n=27) ekonomik nedenler, %5,76'sının (n=8) ticari başarısızlık, %35,25'inin (n=49) duygusal nedenler, %5,76'mın (n=8) öğrenim başarısızlığı, %14,39'unun (n=20) psikiyatrik nedenler, %7,91'inin (n=11) madde bağımlılığı ve %14,39'unun (n=20) diğer olduğu görülmektedir.

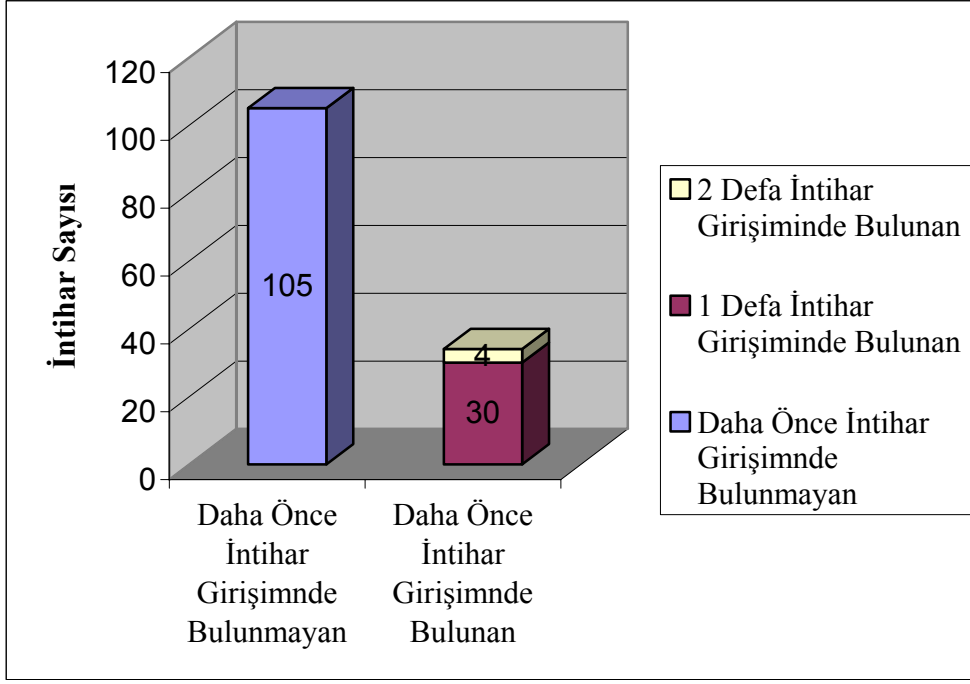
Tablo 6.1.7: İntihar ve İntihar Girişim Neden Sayısına Göre İntihar Sayıları Dağılımı

İntihar Girişim Nedenleri Sayısı	N	%
Üç Nedene Bağlı İntihar Sayısı	4	2,88
İki Nedene Bağlı İntihar Sayısı	43	30,94
Bir Nedene Bağlı İntihar Sayısı	92	66,19



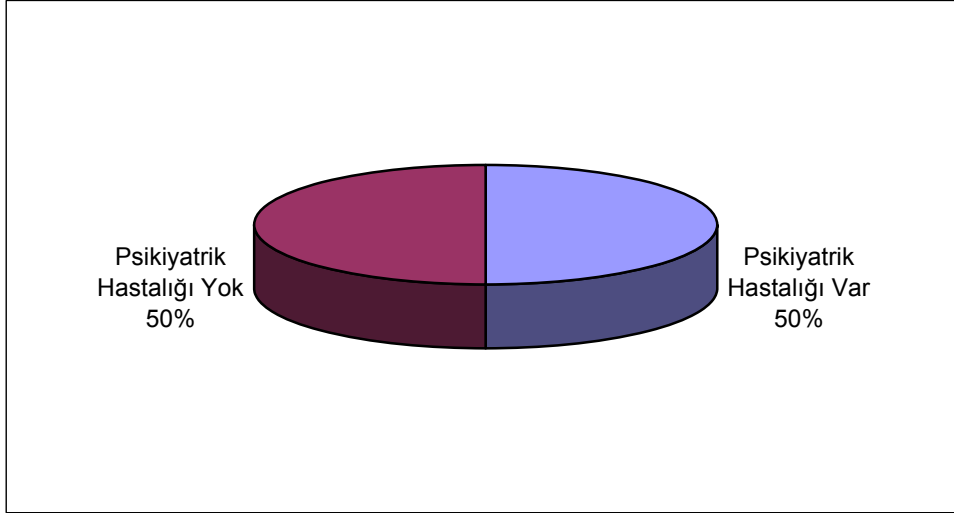
Şekil 6.1.9: İntihar ve İntihar Girişim Nedeni Sayısına Göre Dağılım

İntihar girişim nedenlerine göre bağıl intihar sayılarına bakıldığında; %66,19'unun (n=92) bir nedene bağlı intihar ve intihar girişim sayısı, %30,94'ünün (n=43) iki nedene bağlı intihar ve intihar girişim sayısı ve %2,88'inin (n=4) üç nedene bağlı intihar ve intihar girişim sayısı olduğu görülmektedir.



Şekil 6.1.10: İntihar Girişim Dağılımı

İntihar vakalarının daha önce intihar girişiminde bulunan ve bulunmayanlara bakıldığında; %75,54 (n=105)daha önce intihar girişiminde bulunmayan, % 21,58 (n=30) daha önce intihar girişiminde 1 defa bulunan ve % 2,88 (n=4) daha önce intihar girişiminde 2 defa bulunan olduğu görülmektedir.

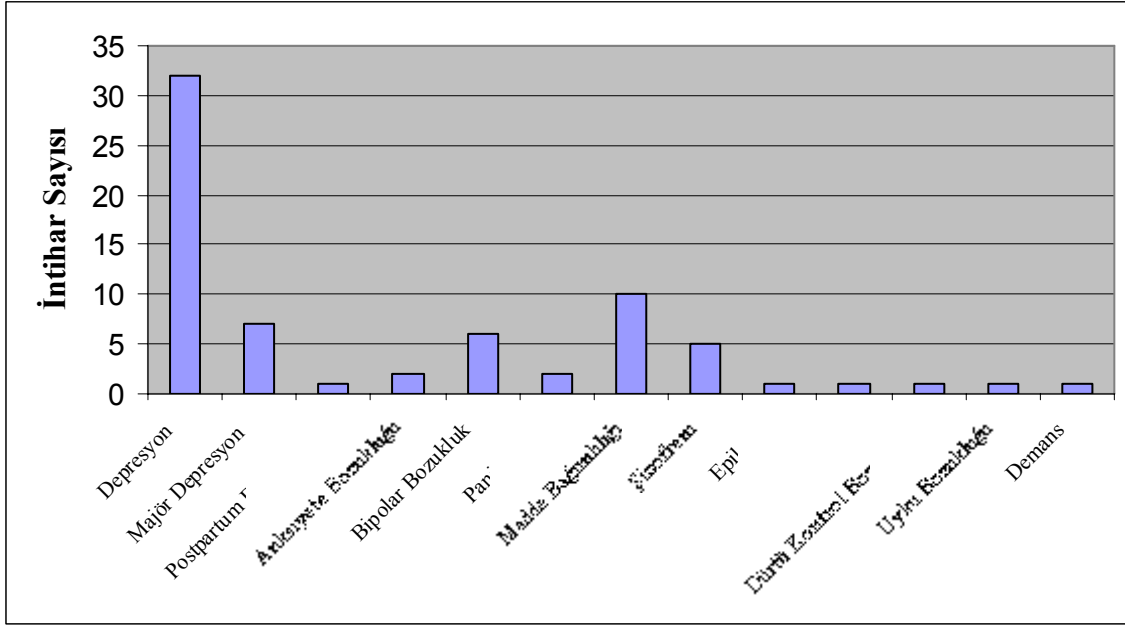


Şekil 6.1.11: İntihar Vakalarının Psikolojik Durum Dağılımı

İntihar vakalarının Psikiyatrik durumuna bakıldığında; %50'sinin (n=70) psikiyatrik hastalığının yok, %50'sinin de (n=69) psikiyatrik hastalığı var olduğu görülmüştür.

Tablo 6.1.8: İntihar Vakalarının Psikiyatrik Hastalık Tanılarının Dağılımı

Psikiyatrik Hastalıklar	N	%
Depresyon	32	23,02
Majör Depresyon	7	5,04
Postpartum Depresyon	1	0,72
Anksiyete Bozukluğu	2	1,44
Bipolar Bozukluk	6	4,32
Panik Atak	2	1,44
Madde Bağımlılığı	10	7,19
Şizofreni	5	3,60
Epilepsi	1	0,72
Obsesif	1	0,72
Dürtü Kontrol Bozukluğu	1	0,72
Uyku Bozukluğu	1	0,72
Demans	1	0,72



Şekil 6.1.12: Psikiyatrik Hastalık Tanılarının Dağılımı

İntihar vakalarının psikiyatrik hastalık tanılarına bakıldığında; en çok %23,02'inin (n=32) depresyon tanısının olduğu görülmektedir.

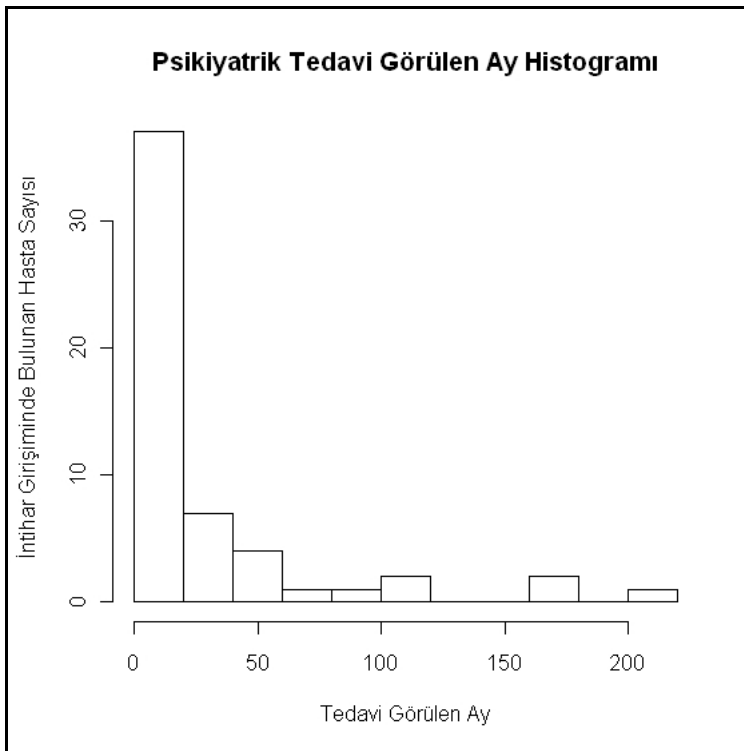


Şekil 6.1.13: Psikiyatrik Tedavi Görme Dağılımı

İntihar vakalarının psikiyatrik tedavi görme durumuna bakıldığında; %40'ının (n=56)psikiyatrik tedavi gördüğü, %60'ının (n=83) psikiyatrik tedavi görmediği belirtilmiştir.

Tablo 6.1.9: Tedavi Görülen Ay Ortalaması

	N	Ortalama	Standart Sapma	Medyan
Tedavi Görülen Ay	55	30.10	46.90	10



Şekil 6.1.14: Psikiyatrik Tedavi Görülen Ay Histogramı

İntihar vakalarının psikiyatrik tedavi gördükleri ay verileri Şekil 6.1.14 deki histogram ile gösterilmiştir. Buna göre ortalama tedavi görülen ay %30.1 dir. (S.S:46.9%) bu histogramda intihar vakalarının psikiyatrik tedavi gören hastaların psikiyatrik tedavi süresini göstermektedir. Bir hastada doktor kontrolü altında olmadan 5 yıl antideprasan ilaç kullandığı görülmüştür.

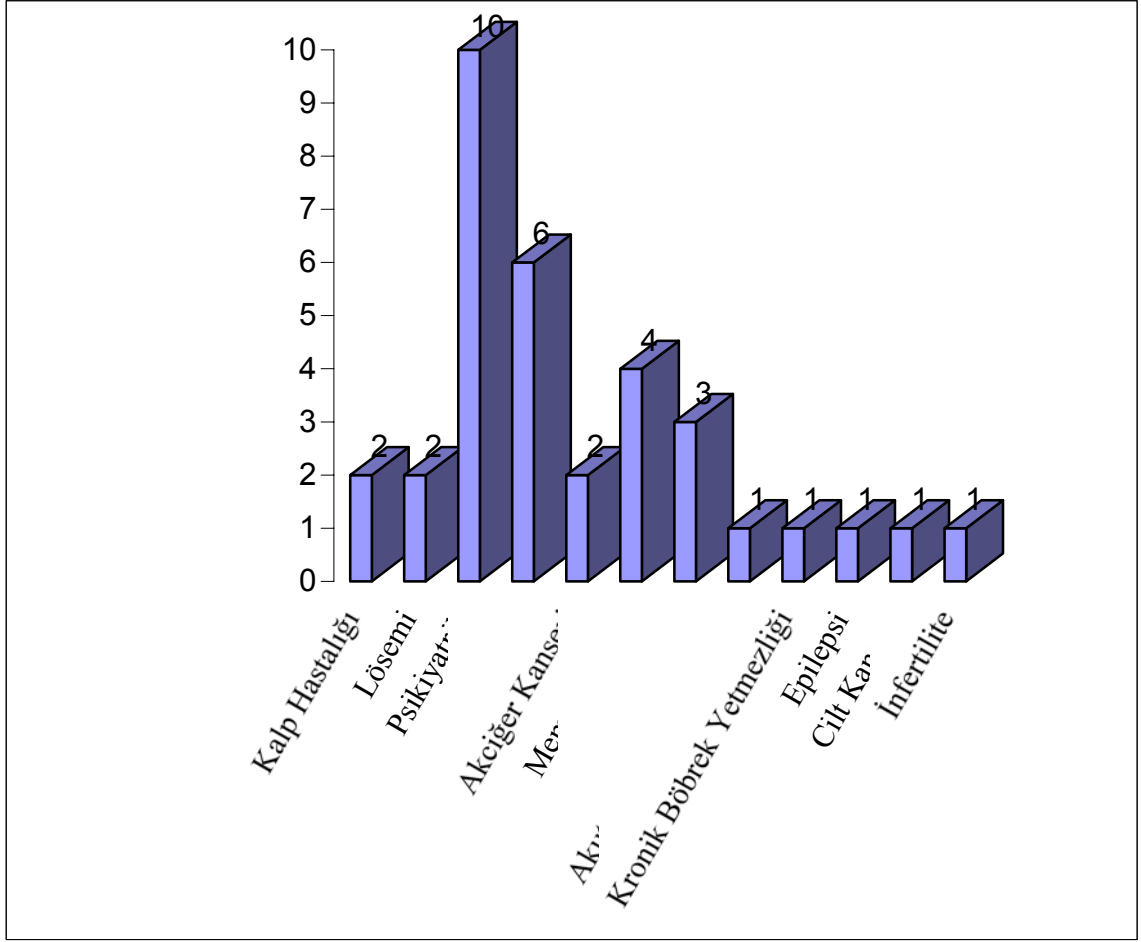
Tablo 6.1.10: Kronik Hastalık Dağılımı

Kronik Hastalık Varlığı	N	%
Kronik Hastalığı Var	105	75,54
Kronik Hastalığı Yok	34	24,46

İntihar vakalarının kronik hastalık durumuna bakıldığında; %75,54'ünün (n=105) kronik hastalığının olduğu, %24,46'sının da (n=34) kronik hastalığının olmadığı görülmüştür.

Tablo 6.1.11: Kronik Hastalık Tanısı

Kronik Hastalık Tanıları	N	%
Kalp Hastalığı	2	1,44
Lösemi	2	1,44
Psikiyatrik	10	7,19
Diabet	6	4,32
Akciğer Kanseri	2	1,44
Meme Kanseri	4	2,88
Hipertansiyon	3	2,16
Akut Böbrek Yetmezliği	1	0,72
Kronik Böbrek Yetmezliği	1	0,72
Epilepsi	1	0,72
Cilt Kanseri	1	0,72
İnfertilite	1	0,72

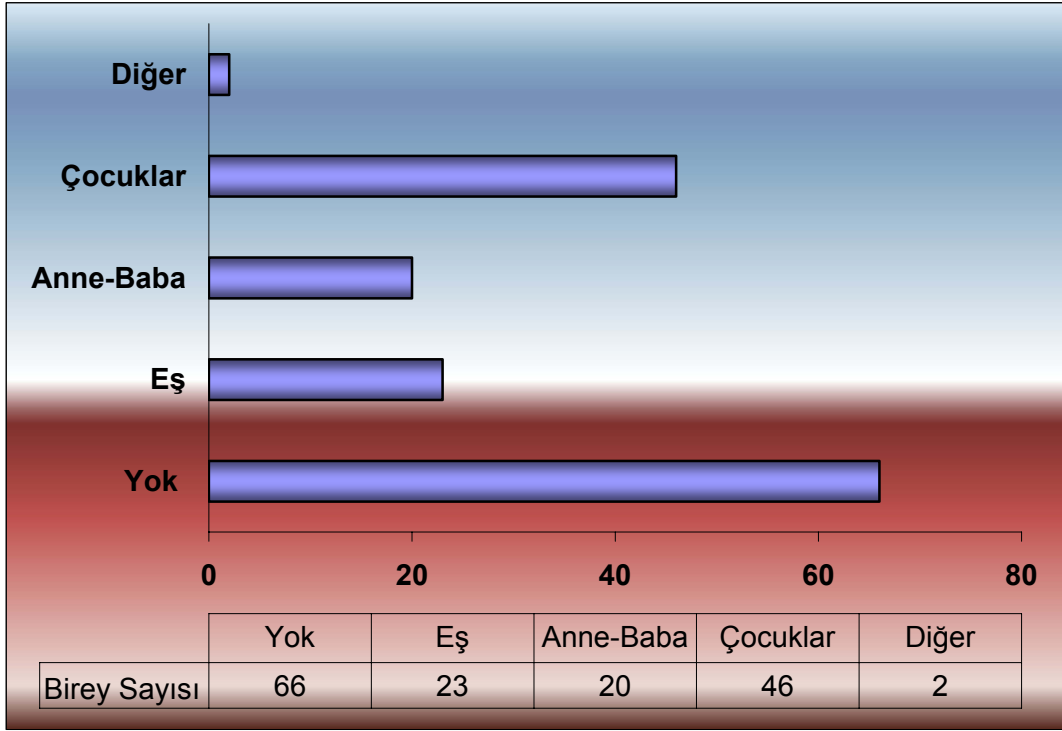


Şekil 6.1.15: Kronik Hastalık Tanılarının Dağılımı

Kronik hastalığı olanların tanılarına bakıldığında; en çok %7,19'unun (n=10) psikiyatrik hastalık tanısının olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.12: Bakmakla Yükümlü Olunan Bireylere Göre İntihar Vakalarının Dağılımı

Bakmakla Yükümlü Olunan Bireyler	N	%
Yok	66	47,48
Eş	23	16,55
Anne-Baba	20	14,39
Çocuklar	46	33,09
Diğer	2	1,44



Şekil 6.1.16: İntihar Vakalarının Bakmakla Yükümlü Olduğu Birey Dağılımı

İntihar vakalarının bakmakla yükümlü olduğu birey dağılımlarına bakıldığında; en çok %47,48'inin (n=66) bakmakla yükümlü olduğu bir birey olmadığı görülmüştür.

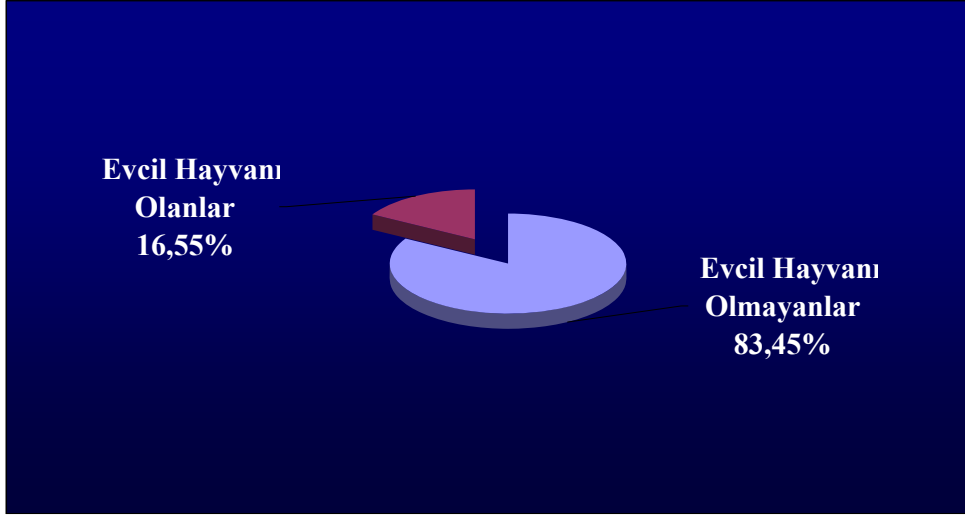
Tablo 6.1.13: İntihar Vakalarının Bakmakla Yükümlü Olunan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Bakmakla Yükümlü Olunan Çocuk Sayısı	N	%
Çocuğu Olmayanlar	92	66,19
1 Çocuğu Olanlar	18	12,95
2 Çocuğu Olanlar	16	11,51
3 Çocuğu Olanlar	10	7,19
4 Çocuğu Olanlar	3	2,16

İntihar vakalarının bakmakla yükümlü oldukları çocuk sayılarına bakıldığında; en az %2,16'sının (n=3) dört (4) çocuğu olduğu, en çok %66,19'unun (n=92) çocuğunun olmadığı görülmektedir.

Tablo 6.1.14: İntihar Vakalarının Evcil Hayvan Varlığı

Evcil Hayvan Varlığı	N	%
Evcil Hayvanı Olmayanlar	116	83,45
Evcil Hayvanı Olanlar	23	16,55

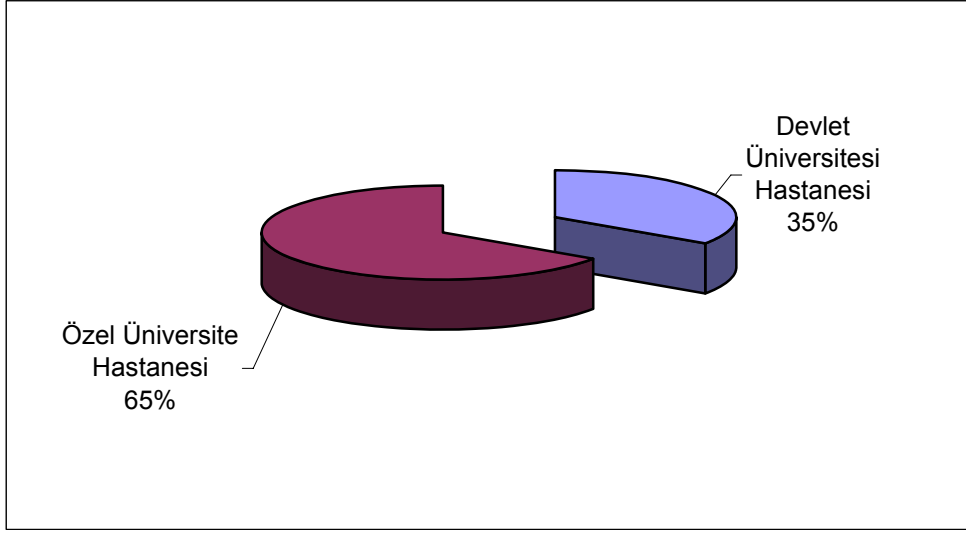


Şekil 6.1.17: Evcil Hayvan Besleme Durumu Dağılımı

İntihar vakalarının evcil hayvan besleme durumlarına bakıldığında; %16,55'inin (n=23) evcil hayvanı olanlar, %83,45'inin (n=116) evcil hayvanı olmayanlar olarak görülmektedir.

Tablo 6.1.15: İntihar Vakalarının Başvurduğu Kurum Türü

Hastane Türü	N	%
Devlet Üniversitesi Hastanesi	48	34,53
Özel Üniversite Hastanesi	91	65,47



Şekil 6.1.18: İntihar Vakalarının Başvurduğu Kurumlar Dağılımı

İntihar vakalarının başvurduğu kurumlara bakıldığında; %34,53'ünün (n=48) devlet üniversitesi hastanesine başvurduğu, %65,47'sinin (n=91) özel üniversite hastanelerine başvurduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.16: Cinsiyet-Yaş ve Eğitim Durumunun Genel Dağılımı

Cinsiyet	Yaş Grubu	Eğitim Durumu											
		Okuma Yazma Bilmiyor	%	Okuma Yazma Biliyor	%	İlk öğretim Mezunu	%	Lise Mezunu	%	Üniversite Mezunu	%	Lisans üstü Mezunu	%
Toplam	0-14	-	-	1	0,72	3	2,16	-	-	-	-	-	-
	15-24	-	-	2	1,44	11	7,91	26	18,71	3	2,16	-	-
	25-34	1	0,72	1	0,72	12	8,63	24	17,27	18	12,95	2	1,44
	35-44	-	-	-	-	3	2,16	7	5,04	9	6,47	-	-
	45-54	-	-	1	0,72	2	1,44	1	0,72	3	2,16	1	0,72
	55-64	-	-	1	0,72	1	0,72	1	0,72	2	1,44	-	-
	65-74	-	-	-	-	-	-	2	1,44	-	-	-	-
	75 ve üzeri	-	-	1	0,72	-	-	-	-	-	-	-	-
Erkek	0-14	-	-	-	-	2	3,13	-	-	-	-	-	-
	15-24	-	-	2	3,13	5	7,81	6	9,38	-	-	-	-
	25-34	-	-	1	1,56	7	10,94	17	26,56	7	10,94	1	1,56
	35-44	-	-	-	-	-	-	6	9,38	5	7,81	-	-
	45-54	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,13	1	1,56
	55-64	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,56	-	-
	65-74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	75 ve üzeri	-	-	1	1,56	-	-	-	-	-	-	-	-
Kadın	0-14	-	-	1	1,33	1	1,33	-	-	-	-	-	-
	15-24	-	-	-	-	6	8	20	26,67	3	4	-	-
	25-34	1	1,33	-	-	5	6,67	7	9,33	11	14,67	1	1,33
	35-44	-	-	-	-	3	4	1	1,33	4	5,33	-	-
	45-54	-	-	1	1,33	2	2,67	1	1,33	1	1,33	-	-
	55-64	-	-	1	1,33	1	1,33	1	1,33	1	1,33	-	-
	65-74	-	-	-	-	-	-	2	2,67	-	-	-	-
	75 ve üzeri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

İntihar vakalarının cinsiyet-yaş ve eğitim durumları bakıldığında; Kadınlarda ileri yaşlarda intihar oranı erkeklere göre daha fazladır. 45 yaş üstü erkeklerde intihar görülme oranı aynı yaş ve eğitim grubundaki kadınlara göre daha azdır. Kadınlarda intihar eğilimi 15–24 yaş grubunda ve aynı eğitim grubundaki erkeklere göre daha fazladır. 45 yaş üstü erkeklerde her eğitim grubunda intihar girişimi nadiren görülmekte, ancak kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.

Tablo 6.1.17: Cinsiyet ve Medeni Hal

Cinsiyet	Medeni Hal							
	Bekar		Evli		Dul		Boşandı	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Erkek	33	23,74	20	14,39	6	4,32	5	3,60
Kadın	37	26,62	23	16,55	9	6,47	6	4,32

İntihar vakalarında cinsiyet ve medeni hale bakıldığında; erkek ve kadının intihar eğilimi bekar ve evli gruplarda daha sık görülmektedir.

İntihar vakalarında cinsiyet ve medeni hale göre intihar girişim sayısına bakıldığında; erkek ve kadınlarda aynı cinsiyet içinde medeni hale göre intihar sayısının benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 6.1.18: Aylar Bazında İntihar Nedeni Dağılımı

Ay	İntihar Nedeni								
	Hastalık	Geçimsizlik	Ekonomik Nedenler	Ticari Başarısızlık	Duygusal Nedenler	Öğrenim Başarısızlığı	Psikiyatrik Nedenler	Madde Bağımlılığı	Diğer
Ocak	1*	3	2	-	4	-	1	1	1
Şubat	-	2	1	-	3	1	2	1	1
Mart	1	6	3	-	3	1	5	-	1
Nisan	2	3	-	-	5	1	-	1	1
Mayıs	1	1	4	1	5	-	1	1	2
Haziran	1	2	-	1	4	-	1	1	1
Temmuz	1	2	3	1	5	1	-	2	2
Ağustos	3	1	1	1	3	1	2	-	1
Eylül	1	3	2	-	-	-	3	1	1
Ekim	3	5	6	2	9	1	2	2	1
Kasım	1	1	3	1	2	-	1	-	6
Aralık	1	2	2	1	6	2	2	1	2

* Tablodaki değerler intihar nedeninin intihar vakalarında aylara göre görülme sıklığıdır.

İntihar vakalarında aylara göre intihar nedeni bazında intihar girişim sayısına bakıldığında; tüm aylarda 5. nedene bağlı en fazla intihar vakası gözlenmiştir. İlk altı ayda 2. neden, 5. nedenden sonra en sık gözlenen intihar nedenidir.

Tablo 6.1.19: Yaş Grubu ve İntihar Nedeni Dağılımı

Yaş	İntihar Nedeni								Diğer
	Hastalık	Geçimsizlik	Ekonomik Nedenler	Ticari Başarısızlık	Duygusal Nedenler	Öğrenim Başarısızlığı	Psikiyatrik Nedenler	Madde Bağımlılığı	
0-14	-*	-	1	-	1	1	-	1	1
15-24	1	11	5	-	10	7	6	6	10
25-34	6	13	18	7	20	-	9	2	5
35-44	2	5	1	1	8	-	3	2	3
45-54	3	-	2	-	6	-	-	-	1
55-64	3	1	-	-	3	-	-	-	-
65-74	1	-	-	-	1	-	2	-	-
75 ve üzeri	-	1	-	-	-	-	-	-	-

* Tablodaki değerler intihar nedeninin yaş gruplarına göre intihar vakalarında görülme sıklığıdır.

İntihar vakalarının yaş gruplarına göre intihar nedeni dağılımına bakıldığında; 15-24 ve 25-34 yaş gruplarındaki bireyler için geçimsizlik, duygusal nedenler, ekonomik nedenler, psikiyatrik nedenler intihar nedeni olarak ön plana çıkmıştır. Duygusal nedenler her yaş grubu için önemli bir intihar nedeni olarak gözlenmektedir. Aynı şekilde hastalık nedeniyle farklı yaş gruplarında intihar vakaları gözlenmektedir.

Tablo 6.1.20: Cinsiyete göre İntihar Nedeni Sıklığı

Cinsiyet	İntihar Nedeni								
	Hastalık	Geçimsizlik	Ekonomik Nedenler	Ticari Başarısızlık	Duygusal Nedenler	Öğrenim Başarısızlığı	Psikiyatrik Nedenler	Madde Bağımlılığı	Diğer
Erkek	6*	10	15	8	18	3	9	9	8
Kadın	10	21	12	0	31	5	11	2	12

* Tablodaki değerler intihar nedeninin intihar vakalarında cinsiyete göre görülme sıklığıdır

İntihar vakalarında cinsiyete göre intihar nedeni sıklığına bakıldığında; erkekler için en sık görülen intihar nedeni duygusal nedenlerdir. Arkasından en sık görülen neden olarak ekonomik nedenler ve geçimsizlik takip etmektedir. Erkeklerde en az sıklıkla görülen intihar nedeni ise öğrenim başarısızlığıdır. Kadınlarda erkeklere benzer şekilde en sık görülen intihar nedeni duygusal nedenlerdir. 2. sırada geçimsizlik gelmektedir. Kadınlarda en az sıklıkla görülen intihar nedeni ise madde bağımlılığıdır.

Tablo 6.1.21: Medeni Durumuna Göre İntihar Nedeni Sıklığı

Medeni Hal	İntihar Nedeni								
	Hastalık	Geçimsizlik	Ekonomik Nedenler	Ticari Başarısızlık	Duygusal Nedenler	Öğrenim Başarısızlığı	Psikiyatrik Nedenler	Madde Bağımlılığı	Diğer
Bekar	4*	7	8	5	26	8	8	9	13
Evli	6	19	16	3	5	-	9	1	4
Dul	4	1	2	-	5	-	1	-	2
Boşanmış	2	4	1	-	7	-	2	1	1

Tablodaki değerler intihar nedeninin intihar vakalarında medeni hale göre görülme sıklığıdır.

İntihar vakalarında medeni durumuna göre intihar nedenine bakıldığında; bekar bireyler için en çok karşılaşılan intihar nedeni duygusal nedenlerdir. Evli bireyler için ise geçimsizlik ve ekonomik nedenlerdir. Eşi vefat etmiş bireyler için en belirgin intihar nedeni duygusal nedenlerdir. Aynı şekilde boşanmış bireyler için de en sık görülen intihar nedeni duygusal nedenlerdir. Yine boşanmış bireylerde geçimsizlikte 2. derece sıklıkla görülen bir intihar nedenidir.

Tablo 6.1.22: İntihar Vakalarının Yaş Gruplarına Göre Bakmakla Yükümlü Oldukları Birey Sıklığı

Yaş	Bakmakla Yükümlü Olunan Bireyler			
	Yok	Eş	Anne-Baba	Çocuklar
0-14	3*	-	1	-
15-24	29	2	5	8
25-34	20	15	12	24
35-44	7	3	1	10
45-54	3	1	1	3
55-64	3	1	-	2
65-74	1	1	-	-
75 ve üzeri	-	-	-	1

Tablodaki değerler bakmakla yükümlü olunan bireylerin intihar vakalarında yaş gruplarına göre görülme sıklığıdır.

İntihar vakalarının yaş gruplarına göre bakmakla yükümlü oldukları birey dağılımına bakıldığında; 0–14, 15–24 ve 25–34 yaş gruplarındaki intihar vakalarının sıklıkla bakmakla yükümlü oldukları kimseleri olmadığı görülmektedir. 25–34 yaş grubunda ise intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu eş, anne-baba veya çocuklarına bakmakla yükümlü oldukları görülmektedir. 45 yaş üstü bireylerde intihar vakası az gözlemlendiği için bu bireylerin bakmakla yükümlü oldukları bireyler hakkında çok fazla bilgi edinemiyoruz.

Not: 1 kişi de bakmakla yükümlü olunan kimse beyan edilmemiştir.

7. TARTIŞMA ve SONUÇLAR

Son yıllarda dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de artış gösteren intihar olgusu çok boyutlu bir konu olup sosyolojik, psikolojik, biyolojik yönleri bulunmaktadır. Bu çalışma intihar girişiminde bulunan bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve adli yönünü değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi ve çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışıldı.

7.1. “İntihar ve İntihara Girişim Veri Formu”ndan Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda intihar olguların %54’ü (75) kadın, %46’sı (64) erkektir. Çalışmadaki Kadın/Erkek oranı 1.17’dir.

Yalvaç’ın (2006) çalışmasında intihar olgularının % 64’ü kadın, %36’sı erkek, Kadın/erkek oranı ise 1,7 olduğu belirtilmiştir (Yalvaç 2006). Bu oran çeşitli çalışmalarda 3/1 ile 9/1 arasında değişmektedir. ABD’de bu oran 4/1, Avrupa’da 1.5/1, Türkiye’de ise 2/1 olduğu bildirilmektedir (Seydioğlu 2002). Çalışmamızın Kadın/Erkek oranına bakıldığında literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza alınan olguların yaş gruplanmasına bakıldığında %2,88’inin (n=4) 0–14 yaş arasında, %30,22’sinin (n=42) 15-24 yaş arasında, %41,73’ünün (n=58) 25-34 yaş arasında, %13,67’sinin (n=19) 35-44 yaş arasında, %5,76’sının (n=8) 45-54 yaş arasında, %3,60’mının (n=5) 55-64 yaş arasında, %1,44’ünün (n=2) 65-74 yaş arasında, %0,72’sinin (n=1) 75 ve üzeri olduğu görülmüştür.

Yalvaç’ın (2006) çalışmasında intihar olguların yaş ortalaması 28 ± 10.5 olup, kadınların yaş ortalaması 25.9 ± 7.6 , erkeklerin yaş ortalaması 32.3 ± 13.7 ’dir (Yalvaç 2006). Diğer çalışmalara bakıldığında, Siyez (2006) Avrupa’da erkeklerde 15–44 yaşlar, kadınlarda ise 25–44 ve 65–75 yaşlar intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralıkları olarak bulunmuştur (Siyez 2006). Özsoy ve Eşel (2003) Türkiye’de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralığı 15–24 ve 25–34 yaşları olarak saptamışlardır (Özsoy ve Eşel 2003).

Çalışmamızda cinsiyet-yaş ve eğitim durumları karşılaştırıldığında, kadınlarda ileri yaşlarda intihar oranı erkeklere göre daha fazladır. 45 yaş üstü erkeklerde intihar görülme oranı aynı yaş ve eğitim grubundaki kadınlara göre daha azdır. Kadınlarda intihar eğilimi 15–24 yaş grubunda ve aynı eğitim grubundaki erkeklere göre daha fazladır. 45 yaş üstü

erkeklerde her eğitim grubunda intihar girişimi nadiren görülmekte, ancak kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Çalışmada yer alan olguların cinsiyet-yaş durumlarına bakıldığında literatürdeki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %50'sinin (n=70) bekar, %31'inin (n=43) evli, %11'inin (n=15) dul ve %8'inin (n=11) boşanmış olduğu, ayrıca erkek ve kadının intihar eğilimi bekar ve evli gruplarda daha sık görülmüştür.

Çalışmamızda erkek ve kadınlar için, intihar eğiliminin yoğunlaştığı gruplar 45 yaşından genç, bekar ve evli insanlardan oluşmaktadır. Ayrıca 45 yaş üstü, evli ve dul olan, kadınlarda intihar eğilimi, aynı yaş ve medeni hal gruplarındaki erkeklere göre daha sık görülmektedir.

Kubalı'nın (2007) çalışmasında intihar girişiminde bulunanların % 51,6'sı bekârdır. Eşsiz yaşayanlar (eşi ölmüş, boşanmış ve eşinden ayrı olanlar bekârlara eklenirse) intihar girişiminde bulunanların % 63,2 oluşturduğu bulunmuştur (Kubalı 2007). Yalvaç'ın (2006) çalışmasında ise intihar girişimleri evli kadınlarda (%59.4) ve bekâr erkeklerde (%55.6) daha çok görülmüştür (Yalvaç 2006). Sonuçların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

İntihar girişiminde bulunanların eğitim durumlarına bakıldığında; %0,72'sinin (n=1) okuma yazma bilmiyor, %5,04'ünün (n=7) okuryazar, %23,02'sinin (n=32) ilköğretim mezunu, %43,88'inin (n=61) lise mezunu, %25,18'inin (n=35) üniversite mezunu ve %2,16'sının (n=3) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Ülkemizde ve Avrupa'da eğitim durumlarına göre intihar girişim ortalamasına bakıldığında, eğitim seviyesi düştükçe intihar oranının artmakta olduğu saptanmıştır (Asoğlu 2007). Bizim çalışmamızdaki bulgularla benzerlik taşımamaktadır. Bunun nedeni de araştırmanın metropol bir şehirde yapılmış olması ve burada yaşamın getirdiği sorumluluklarla birlikte eğitim seviyesi yükseldikçe beklentilerin artması ve beklentilere cevap alamamak nedeniyle ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda aylara göre intihar girişimlerine bakıldığında, birinci sırada %15,83'ü (n=22) Ekim ayı, ikinci sırada %10,07'si (n=14) Mart ayı ve %10,07'sinin (n=14) Aralık ayı, en fazla intihar girişiminin bulunduğu aylar olarak görülmüştür. 15–24 ve 25–34 yaş grubu bireylerde intihar eyleminin görülmesi tüm aylarda diğer yaş gruplarına göre daha fazladır.

Çalışmamızda meslek gruplarına göre intihar girişimlerine bakıldığında, %12,23'ünün (n=17) sağlık çalışanı, %2,16'sının (n=3) polis, %17,27'sinin (n=24) ev hanımı, %6,47'sinin (n=9) öğretmen, %18,71'inin (n=26) öğrenci, %13,67'sinin (n=19) serbest meslek, %1,44'ünün (n=2) mühendis-mimar, %2,88'inin (n=4) avukat, %1,44'ünün (n=2) memur, %16,55'inin (n=23) işçi, %2,16'sının (n=3) emekli ve %5,04'ünün (n=7) işsiz olduğu görülmektedir.

Yalvaç'ın (2006) çalışmasında meslek grubu olarak en fazla intihar oranı ev hanımlarında (%42), işsiz (%18) ve öğrencilerde (%18) olduğu görülmüştür (Yalvaç 2006). Başka bir çalışmada da Kubalı (2007) intihar girişiminde bulunanların çoğu işçi, ev hanımı ve öğrenci olarak saptanmıştır (Kubalı 2007). Leenaars (2006) çalışmasında ise Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12'si, erkeklerin ise %20'sinin işsiz olduğu görülmüştür (Leenaars 2006). Sonuçlarımız literatürdeki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Sayıl ve ark. (2000) genel olarak bir işte çalışıyor olmanın intihara karşı koruyucu bir etken olduğu ve işsizlerde intihar oranının, bir işi olan gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharın artmakta olduğu, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında ise azalmakta olduğu belirtilmektedir (Sayıl ve ark. 2000). Bizde ülkemizdeki intihar girişimlerinin ev hanımı ve öğrenci gibi kişilerde daha sık görülmesi, ekonomik nedenlere bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada intihar girişim metodlarına bakıldığında, %53,96'sının (n=75) ilaç içerek, %5,04'ünün (n=7) asarak, %10,79'unun (n=15) kimyasal madde kullanarak, %4,32'sinin (n=6) yüksekten atlayarak, %1,44'ünün (n=2) suda boğularak, %4,32'sinin (n=6) ateşli silah kullanarak, %10,07'sinin (n=14) kesici ve delici bir alet kullanarak, %4,32'inin (n=6) gaz kullanarak ve %5,76'sının (n=8) tren veya başka bir araç altına atarak olduğu görülmüştür.

Sayıl'ın (2000) çalışmasında intihar girişimlerinin %88'i çeşitli ilaç ve toksik madde alımı olarak bulunmuştur. Kesi yöntemi ise %8 ile ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (Sayıl 2000). Nock and Kressler (2006) çalışmasında ABD'de tamamlanmış intiharlarda erkeklerin en sık kullandıkları yöntemler ateşli silahlar, ası ve yüksek yerlerden atlama olduğu görülmüştür (Nock and Kressler 2006). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (2003) verilerine göre, Türkiye'de her iki cinsiyet için tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemin ası

olduğu belirtilmiştir (DİE 2003). Yalvaç'ın (2006) çalışmasında da intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemin hem erkeklerde, hem de kadınlarda ilaç ve zehir içme olduğu tespit edilmiştir (Yalvaç 2006).

Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçlarına göre intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem yüksek doz ilaç alımıdır. Çalışmamızda intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemler arasında aşırı dozda ilaç alımı ilk sıradadır. Yapılan diğer çalışmalarda bizim bulgularımıza benzer şekilde ilaç kötüye kullanımı ve aşırı doz ilaç alımları her iki cinsiyette en önemli intihar girişim yöntemleri olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda intihar girişim nedenlerine bakıldığında; %11,51'inin (n=16) hastalık, %22,30'unun (n=31) geçimsizlik, %19,42'sinin (n=27) ekonomik nedenler, %5,76'sının (n=8) ticari başarısızlık, %35,25'inin (n=49) duygusal nedenler, %5,76'ının (n=8) öğrenim başarısızlığı, %14,39'unun (n=20) psikiyatrik nedenler, %7,91'inin (n=11) madde bağımlılığı ve %14,39'unun (n=20) diğer olduğu görülmektedir.

15–24 ve 25–34 yaş gruplarındaki bireyler için geçimsizlik, duygusal nedenler, ekonomik nedenler, psikiyatrik nedenler intihar nedeni olarak ön plana çıkmıştır. Duygusal nedenler her yaş grubu için önemli bir intihar nedeni olarak gözlenmektedir. Aynı şekilde hastalık nedeniyle farklı yaş gruplarında intihar vakaları gözlenmektedir. Erkekler için en sık görülen intihar nedeni duygusal nedenlerdir. Arkasından en sık görülen neden olarak ekonomik nedenler ve geçimsizlik takip etmektedir. Erkeklerde en az sıklıkla görülen intihar nedeni ise öğrenim başarısızlığıdır. Kadınlarda erkeklere benzer şekilde en sık görülen intihar nedeni duygusal nedenlerdir. İkinci sırada geçimsizlik gelmektedir. Kadınlarda en az sıklıkla görülen intihar nedeni ise madde bağımlılığıdır.

Yalvaç'ın (2006) çalışmasında intihar nedeni olarak ailevi sorunlar (%50) en sık intihar girişim nedeni olup, girişim sonrası nedenler arasında da ilk sırada (%56,6) yer aldığı tespit edilmiştir (Yalvaç 2006). Atlı'nın (2007) çalışmada ise aile içi geçimsizlik, hastalık ve geçim zorluğu ilk üç sırada yer alan girişim nedenlerini oluşturduğu görülmüştür (Atlı 2007). Sayıl ve Akbıyık (2000) ülkemizde intihar nedenleri içinde ilk üç sırada hastalık (%31,6), aile içi geçimsizlik (%30) ve geçim zorluğunun (%13,3) yer aldığını saptamışlardır (Sayıl ve Akbıyık 2000). Çalışmamızdaki bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdaki intihar vaklarının daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadığı sorgulandığında %75,54 (n=105)'ünün bulunmadığı, %% 21,58 (n=30) daha önce intihar girişiminde 1 defa bulunduğu ve % 2,88 (n=4) daha önce intihar girişiminde 2 defa bulunduğu görülmüştür.

Yalvaç'ın (2006) çalışmasındaki olguların %32'sinde öyküde intihar girişimi mevcut bulunmuş. Öykülerinde intihar girişimi olan bireylerin % 37,5'i 1 kez, %62,5'i 2 ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür (Yalvaç 2006). Çalışmamız literatürdeki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

İntihar girişiminde önemli risk faktörlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik hastalıkların varlığıdır. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlarda %50'si (69) psikiyatrik hastalığı var olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki intihar girişiminde bulunanların %23,02'si (n=32) depresyon, %5,04'ü (n=7) majör depresyon, %0,72'si (n=1) postpartum depresyon, %1,44'ü (n=2) anksiyete bozukluğu, %4,32'si (n=6) bipolar bozukluk, %1,44'ü (n=2) panik atak, %7,19'u (n=10) madde bağımlılığı, %3,60'ı (n=5) şizofreni, %0,72'si (n=1) epilepsi, %0,72'i (n=1) obsesif, %0,72'si (n=1) dürtü kontrol bozukluğu, %0,72'si (n=1) uyku bozukluğu ve %0,72'si (n=1) demans psikiyatrik hastalık tanı oranları saptanmıştır.

Yalvaç'ın (2006) çalışmasında intihar girişiminde bulunanlarda psikiyatrik hastalık oranı %80 bulunmuştur (Yalvaç 2006). Oquendo and Mann (2001) çalışmasında intihar girişiminde bulunanların psikiyatrik hastalık oranı %61 bulunmuştur ve psikiyatrik bozukluklar arasında intihar oranı en yüksek olan tanı grubunun, depresif bozukluk spektrumu olduğu saptanmıştır (Oquendo and Mann 2001). Arsenault-Lapierre, Caroline and Turecki (2004) İntihar girişiminde bulunmuş 100 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada, kişilerin %70'inde depresyon, %15'inde alkolizm, %3'ünde şizofreni ve %5'inde diğer bozukluklar olduğunu tespit etmişlerdir (Arsenault-Lapierre, Caroline and Turecki 2004). Çalışmamızın literatürdeki sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir.

İntihar vakalarının bakmakla yükümlü olduğu birey oranlarına bakıldığında %47,48'inin (n=66) bakmakla yükümlü olduğu birey olmadığı, %16,55'inin (n=23) eşine baktığı, %14,39'unun (n=20) anne-babasına baktığı, %33,09'unun (n=46) çocuk-çocuklarına baktığı ve %1,44'ünün (n=2) diğer olduğu görülmüştür. İntihar vakalarının bakmakla yükümlü olduğu bir birey olmadığı, oranın yüksek olmasının nedeni intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunun bekar olmasından kaynaklanabileceği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların yaş gruplarına göre bakmakla yükümlü oldukları birey karşılaştırıldığında 0–14, 15–24 ve 25–34 yaş gruplarındaki intihar vakalarının sıklıkla bakmakla yükümlü oldukları kimseleri olmadığı görülmektedir. 25–34 yaş grubunda ise intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu eş, anne-baba veya çocuklarına bakmakla yükümlü oldukları görülmektedir. 45 yaş üstü bireylerde intihar vakası az gözlemlendiği için bu bireylerin bakmakla yükümlü oldukları bireyler hakkında çok fazla bilgi edinemiyoruz.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %16,55'i (n=23) evcil hayvan beslemekte, %83,45'i (n=116) evcil hayvan beslememektedir. İntihar girişiminde bulunan kişilerde evcil hayvan beslememe oranının yüksek görülmesi, duygusal nedenle intihar girişim sayısının yüksek olmasına bağlı olabileceği düşüncesindeyiz

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların, %34,53'ü (n=48) devlet üniversitesi hastanesine, %65,47'si (n=91) özel üniversite hastanelerine başvurduğu görülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

İntihar girişiminde bulunan bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve adli yönünü değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada;

- Araştırmaya alınan intihar vakalarının %34,53'ünün (48) devlet üniversitesi hastanesine başvurduğu, %65,47'sinin (91) özel üniversite hastanelerine başvurduğu görülmektedir.
- Araştırma sonucunda; intihar vakalarının çoğunluğu 25–34 yaş arasında, (%41,73; n=58) ve 15–24 yaş arasındadır (%30,22; n=42). Çalışmamızdaki intihar vakalarının (%54; n=75) kadın, (%46; n=64) erkek, (%43,88; n=61) lise mezunu, (%50; n=70) bekar olduğu ve (%15,83; n=22) Ekim ayında intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir. Meslek gruplarına göre intihar vakaları bakıldığında en çok (%18,71; n=26) öğrenci, (%17,27; n=24) ev hanımı ve (%16,55; n=23) işçi olduğu görülmektedir.
- İntihar vakalarının çoğunluğu (%53,96; n=75) ilaç içme yöntemini kullanmıştır. (%35,25; n=49) duygusal nedenlerden, (%22,30; n=31) geçimsizlik nedeninden ve (%19,42; n=27) ekonomik nedenlerden dolayı intihar girişiminde bulunduğunu bildirmiştir.
- İntihar vakalarının (%75,54; n=105)daha önce intihar girişiminde bulunmadığı, (% 21,58; n=30) daha önce intihar girişiminde 1 defa bulunduğu ve (% 2,88; n=4) daha önce intihar girişiminde 2 defa bulunduğu görülmektedir.
- İntihar vakalarının (%50; n=70) psikiyatrik hastalığının olmadığı ve (%50; n=69) psikiyatrik hastalığının var olduğu görülmüştür. İntihar vakalarında (%23,02; n=32) depresyon tanısının olduğu görülmüştür.
- İntihar vakalarının (%75,54; n=105) kronik hastalığının olduğu, (%24,46; n=34) kronik hastalığının olmadığı görülmüştür. (%7,19; n=10) psikiyatrik hastalık tanısının olduğu görülmüştür.
- İntihar vakaları (%47,48; n=66) bakmakla yükümlü olduğu bir bireyin olmadığını ve (%66,19; n=92) bakmakla yükümlü çocuğunun olmadığını belirtmiştir.
- İntihar vakalarının (%16,55; n=23) evcil hayvan beslediğini, (%83,45; n=116) evcil hayvan beslemediğini belirtmiştir.

8.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen bu sonuçlara göre;

- İntihar girişiminde bulunan kişiler sosyal desteğe sahipse ve çevrelerindeki insanlar bu konuda ilgili ve dikkatli olursa intihar girişimini önleyebilir.
- İntihar risk faktörlerinin; genetik, psikososyal, sosyopolitik ve sosyoekonomik olarak multidisipliner çalışmalar yapılmasıyla intihar girişimlerinin azaltılmasında olumlu katkılar sağlanabilir.
- İntihar girişiminde bulunanlara yeterli psikolojik ve sosyal destek sağlanması ve tedavileri riskli hastaların daha yakında izlenmesi sağlık ve sosyal hizmet planlamasında öncelikli konular içerisine alınabilir.
- Genç yaş grubu intihar girişimleri üzerinde ayrıca ve önemle durulmalıdır. Konunun ciddiyeti dikkate alındığında intihar girişimlerinin sağlıklı olarak değerlendirilebilmesi için gerek ebeveynlerin gerekse okullarda görev yapan psikolojik danışmanların ve öğretmenlerin intiharla ilgili olası yanlış inançlarını değerlendirecek araştırmaların yapılması ve intiharın riskleriyle ilgili olarak eğitim verilmesinin intihar girişimlerinin ve tamamlanmış intiharların azalmasında bir rol oynayabileceği düşünülmektedir.
- Okullarda genç yaş grubunun akıl sağlığı problemlerinden haberdar olmaları sağlanmalı, kendileri veya arkadaşları için nasıl yardım alacakları öğretilmeli; eğitim, sosyal ve problem çözme yetenekleri geliştirilmelidir.
- Acil servislerdeki intihar girişimlerinin izlenmesi ve tedavisi için protokoller geliştirilmelidir. Psikiyatri kliniğinden taburcu edilen hastalarında takibi ve tedavileri sağlanmalıdır.
- Adli soruşturma sırasında intihar olaylarını açıklamak için sosyal hizmet uzmanı olarak adli hemşire ve adli tıp doktorunun görev alması sağlanmalıdır.
- Görsel ve yazılı basın daha duyarlı olmalı, reyting ya da daha fazla gazete, dergi baskı sayısı elde edebilmek için intiharları manşetten vermemelidir.
- Toplumun bilinçlendirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalı, insanların maddi sorunlarının çözümü için iş imkanları arttırılmalı, herkesin bir psikolojik danışmana ulaşabilmesi sağlanmalı, tüm şehirlerde intihar danışma hatları kurulmalıdır.

9. KAYNAKLAR

1. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Topbaş KSM, Özkorumak E. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerde Sosyodemografik Ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. Çeviren: Evrim AKTEPE, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi AD. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6):444–454, Trabzon.
2. Ansal H. ve ark. (2000). Türkiye Emek Piyasasının Yapısı Ve İşsizlik. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayınları, Numune Matbaacılık, İstanbul.
3. Arsenault-Lapierre G, Caroline Kim C, Turecki G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis, *BMC Psychiatry*, 4(37):1–11.
4. Asoğlu M. (2007). Şanlıurfa’da İntihar Girişimlerinin İlişkili Olduğu Risk Faktörleri. H.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Doç. Dr. A Altındağ).
5. Atlı Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)’nin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. M Eskin).
6. Crepet P, Florenzano F. (1988). Suicide and unemployment in Italy. *Current Issues of Suicidology*. Ed. Möller HJ, Schmidke A ve Welz R. 356-363, Berlin.
7. DİE. (2003). İntihar İstatistikleri 2003. Türkiye Cumhuriyeti, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.
8. Devrimci-Özgüven H, Oğuz Y, Erden G, Alper Y, Pırıldar Ş, Doğan Y, Palabıykoğlu R, Coşkunol H, Sayıl I. (2002). İntihar. Ed, Çelikkol A. *Ege Psikiyatri Yayınları*, 7–23, İzmir.
9. Dural M. (1977). Türk Medeni Hukukunda Gerçek Kişiler. İ.Ü. Hukuk Fakültesi Yayınları, İstanbul.
10. Ekici G, Savaş AH, Çıtak S. (2001). İntihar riskini artıran psikososyal etmenler: Sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4): 204-212.
11. Engelberg H. (1992). Low serum cholesterol and suicide. *Lancet*, 339:727–729.
12. Ercan EB. (1998). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. E.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. C Aydın).

13. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. (2001). Reducing Suicide: A National Imperative: Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide. *Board on Neuroscience and Behavioral Health N.W.* Washington.
14. İçel K, Yenisey F. (1991). Türk Ceza Kanunu. Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ. 2. Baskı, İstanbul, 205.
15. Kaboğlu İÖ. (1993). Özgürlükler Hukuku. Afa Yayınları, 41–48, İstanbul.
16. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. (2005). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Depressive Disorders and Suicide in Children and Adolescents: David Shaffer. 8th Ed. Howard S. Sudak. 3262-3273.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. (2004). Klinik psikiyatri. Ed. Çeviren: Abay E, *Psikiyatrik Aciller*, 25(1):361–366.
18. Kapusta N, Sonneck G. (2004). Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. *The Journal of Men's Health & Gender*, 1(2–3):197–202.
19. Kubalı Z. (2007). Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi. G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. R Aygün).
20. Kesici MR. (2007). Yoksulluk Şiddet Döngüsünün Sosyal Politika Açısından Analizi. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınları, 2. Baskı, 121-158.
21. Kim CD, Lesage AD, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, Turecki G. (2004). Seasonal Differences in Psychopathology of Male Suicide *Completers*. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5):333–339.
22. Leenaars AA. (2006). Life Span Perspectives of Suicide. *Time-Lines in the Suicide Process*.
23. Maes M, Cosyns P, Meltzer HY, De Meyer F, Peeters D. (1993). Seasonality in violent suicide but not in nonviolent suicide or homicide. *Am Journal Psychiatry*, 150:1380–1385.
24. Malone KM, Corbitt EM, Li S, Mann JJ. (1996). Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. *Br Journal Psychiatry*. 168:324–329.
25. Mann JJ, Brent DA, Arango V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 24:467–477.

26. Nock MK, Kessler RC. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal Abnorm Psychol*, 115 (3): 616-623.
27. Oral G. (1997). İntihar ve Adli Bilimler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adli Psikiyatri Bilim Dalı, Sempozyumu 35(2-3): 46-57.
28. Oto R, Özkan M, Altındağ A. (2004). Batman İntiharları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 5(2):74-100.
29. Oquendo MA, Mann JJ. (2001). Neuroimaging findings in major depression, suicidal behavior and aggression. *Clinical Neuroscience Research*, 1:377-380.
30. Öncü B. (2001). İntihar Eğilimi Olan Hastaya Acil Müdahale. *Kriz Dergisi*, 14 (2): 31-37.
31. Özsoy SD, Eşel E. (2003). İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:175-185.
32. Palabıyıkoglu R. (1992). İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi. A.Ü. T.F. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara.
33. Polat O, İnanıcı MA, Aksoy ME. (1997). Adli Tıp Ders Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. 250-266.
34. Rock DJ, Greenberg DM, Hallmayer JF. (2005). Impact of case fatality on the seasonality of suicidal behaviour, *Psychiatry Research*, 137(1-2):21-27.
35. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. (2000). Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(2): 83-88.
36. Sayıl I. (2000). İntiharlar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Antıp A.Ş. Yayınları.
37. Sayıl I, Akbıyık Dİ. (2000). Türkiye’de İntihar Olgusu Bibliyografya III. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara.
38. Sayıl I, Uçan Ö. (2006). Türkiye’de İntihar Olgusu Bibliyografya IV. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara.
39. Sayıl I, Özgüven HD. (2002). Suicide and suicide attempt in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Crisis*, 23(1): 11-16.
40. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. (2000). İntihar Davranışı: Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara: Damla Matbaacılık, 6: 165-178.
41. Seydioğlu M. (2002). İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi, Depresyon ve Sosyal Destek Algısı Açısından Değerlendirilmesi. Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Van, 24-25.

42. Siever L, Trestman RL. (1993). The serotonin system and aggressive personality disorder. *International Clinical Psychopharmacol*, 8:33–39.
43. Siyez DM. (2006). Ergenlik döneminde intihar girişimleri: Bir gözden geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14 (2): 413–420.
44. Standish-Barry HMS, Clayden A, Sims ACP. (1989). Age, Unemployment and Parasuicide in Leeds. *International Journal of Social Psychiatry*, 35:303- 312.
45. Starkuviene S, Kalediene R, Petrauskiene J. (2006). Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: does socio-demographic status matter?. *Public Health*, 120(8):769–75.
46. Sugözü Hİ. (2006). Türkiye Ekonomisi 2006 Yılı Ekonomik Değerlendirmesi Ve 2007’ye Bakış Raporu. Ekonomik ve Sosyal Araştırma Merkezi (ESAM) Yayınları.
47. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. (2005). İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı’na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:19–29.
48. Taşdelen M. (2006). İnanç Açısından İntihar. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. D Özbek).
49. Topbaş F. (2005). İşsizlik ve İntihar İlişkisi: 1975–2005 Var Analizi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınları, 161–172. Trabzon.
50. Uçan Ö. (2006). Türkiye’ de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. I Sayıl).
51. Yalvaç HD. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Malatya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B KAYA).
52. Yüksel N, Ceyhun B. (1994). İntihar, Ruhsal Belirtiler. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara

10. EKLER

Ek-1 İntihar ve İntihara Girişim Formu

Ek-2 Etik Kurul Onayı

Ek-3 Marmara Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

Ek-4 Maltepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

Ek-5 Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi İzin Yazısı

Ek6 Yeditepe Üniversitesi Hastanesi İzin Yazısı

Ek-1 İNTİHAR VE İNTİHARA GİRİŞİM FORMU

Anketin Doldurulma Zamanı:

1. Cinsiyet?

Erkek

Kadın

2. Yaş?

18 yaş altı

18-40

40 yaş üstü

3. Medeni hali?

Bekar

Evli

Dul

Boşandı

4. İntihara girişim tarihi?

5. Eğitim durumu?

Okuma yazma bilmiyor

Okuma yazma biliyor fakat bir okul mezunu değil

İlköğretim mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

Lisansüstü mezunu

6. Mesleği?

7. İntihar girişim şekli?

- İlaç içerek
- Asarak
- Kimyasal madde kullanarak
- Yüksekten atarak
- Suda boğularak
- Ateşli silah kullanarak
- Yakarak
- Kesici ve delici bir alet kullanarak
- Gaz kullanarak
- Tren veya başka bir araç altına atarak
- Diğer (belirtiniz)

8. İntihar girişim nedeni?

Hastalık

Geçimsizlik

Ekonomik nedenler

Ticari başarısızlık

Duygusal nedenler

Öğrenim başarısızlığı

Psikiyatrik nedenler

Madde bağımlılığı

Diğer (belirtiniz)

9. Daha önce intihar girişiminde bulundu mu?

Evet

Hayır

10. 9. soruya evet cevabı verildiyse kaç kez?

11. Psikiyatrik hastalığı var mı?

Evet

Hayır

12. 11.soruya evet cevabı verildiyse hastalık tanısı?

13. Psikiyatrik tedavi gördü mü?

Evet

Hayır

14. 13. soruya evet cevabı verildiyse süresi?

15. Kronik hastalığı var mı?

Evet

Hayır

16. 15. soruya evet cevabı verildiyse hastalık tanısı nedir?

17. Bakmakla yükümlü olduğu kişi/kişiler?

Yok

Eş

Anne/Baba

Çocuklar

Diğer (belirtiniz)

18. Bakmakla yükümlü olduğu çocuk sayısı?

19. Evcil hayvan besliyor mu?

Evet

Hayır

20. Tedavi gördüğü kurum?

Devlet Üniversite Hastanesi

Özel Üniversite Hastanesi

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ayşe	Soyadı	ACAR
Doğum Yeri	Burdur	Doğum Tarihi	10.10.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	37402022842
E-mail	ayse_acar15@hotmail.com	Tel	05363671004

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2006
Lise	Yeşilova Çok Programlı Lisesi	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi	Kadıköy Universal Hospital Group	Kasım 2006-
2.			
3.			

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi

