

**T.C
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP AD**

**ÖZKIYIM NEDENİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN
OLGULARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÖZKIYIM
YÖNTEMLERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Retrospektif Çalışma)

**Dr. Şervan GÖKHAN
(UZMANLIK TEZİ)**

**Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Cahfer GÜLOĞLU**

DİYARBAKIR-2008

ÖNSÖZ

"Acil Tıp Uzmanlığı" eğitimim süresince her türlü bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, çalışmalarına hoşgörölü, teşvik edici, eğitici ve öğretici kişiliği ile yön veren, hiçbir zaman ilgi ve desteğini esirgemeyen, eğitimime önemli katkılar sağlayan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Cahfer GÜLOĞLU' na, Sayın Doç. Dr. Mustafa ALDEMİR, Sayın Prof. Dr. Yusuf YAĞMUR, Sayın Yard. Doç. Dr. Murat ORAK, Sayın Yard. Doç. Dr. Mehmet ÜSTÜNDAĞ' a,

Acil kliniğinde birlikte çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve diğer bütün klinik çalışanlarına,

Ayrıca beni bugünlere getiren aileme, her zaman desteğini gördüğüm ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Sıla'ya

Rotasyonlarım süresince bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan değerli hocalarıma, diğer asistan arkadaşlarıma ve özellikle eğitimimde önemli katkıları bulunan hastalara teşekkür ederim.

Dr. Şervan GÖKHAN
DİYARBAKIR-2008

İÇİNDEKİLER		
	ÖNSÖZ	i
	İÇİNDEKİLER	ii
	KISALTMALAR	iii
1.	GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.	GENEL BİLGİLER	2
2.1.	ÖZKIYIMIN TANIMI	2
2.2.	ÖZKIYIM GİRİŞİMİNİN TANIMI	3
2.3.	ÖZKIYIM KURAMLARI	4
2.3.1.	TOPLUMSAL (SOSYOLOJİK) KURAMLAR	4
2.3.2.	PSİKOLOJİK KURAMLAR	5
2.3.3.	GENETİK VE BİYOKİMYASAL FAKTÖRLER	7
2.4.	ÖZKIYIMIN EPİDEMİYOLOJİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	11
2.4.1.	İNSİDANS VE PREVALANS	11
2.5.	ÖZKIYIM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	13
2.5.1.	YAŞ	13
2.5.2.	CİNSİYET	14
2.5.3.	IRK	15
2.5.4.	AİLESEL FAKTÖRLER VE MEDENİ DURUM	15
2.5.5.	EĞİTİM, MESLEK VE EKONOMİK AKTİVİTE	15
2.5.6.	KULLANILAN ÖZKIYIM YÖNTEMİ VE CİDDİYETİ	16
2.5.7.	BEDEN SAĞLIĞI	17
2.5.8.	PSİKOPATOLOJİK FAKTÖRLER	17
2.5.9.	DAHA ÖNCEKİ ÖZKIYIM GİRİŞİMLERİ	20
3.	MATERYAL- METOT	21
4.	BULGULAR	21
5.	TARTIŞMA	32
	SONUÇ	38
	ÖZET	39
	SUMMARY	40
	KAYNAKLAR	41

KISALTMALAR:

5 HIAA: 5 Hidroksi indol asetik asit

TPH:Triptofan Hidroksilaz

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

DA:Dopamin

NE:Norepinefrin

GABA: Gama amino bütirik asit

1. G R ve AMAÇ

Özkıyım olguları gemi ten günümüze üzerinde çok fazla tartı ılan konulardan biri olup, birçok faktörün etkisinde olan ve sosyoloji, halk sa lı ı, psikiyatri, antropoloji, psikoloji, psikiyatri gibi insan odaklı birçok bilim dalının ilgi alanına giren ve bu alanlarda konuyla ilgili oldukça fazla çalı manın oldu u çok boyutlu bir fenomendir. Özkıyım toplumda en alt tabakadan en st tabakalara kadar çok geni bir kitlede görülebilmektedir.

Böylesine çok boyutlu bir olgu olan özkıyım eylemi ki inin ya am ile ölüm arasında karar verme sürecinde tercihini ölümden yana kullanması ve bu yönde giri imde bulunmasıdır. Bu giri im ölümle sonuçlanırsa özkıyım, sonuçlanmaz ise özkıyım giri imi olarak adlandırılmaktadır.

Özkıyım davranı ı, ki inin kendi de er yargılarına göre zor ve içinden çıkılamaz sorunlar kar ısında zm kendi ya amına son vermekte gören ve ki ilik özellikleri, sosyokültürel ve ekonomik faktörler, genetik özellikler, ailevi faktörler, psikiyatrik bozukluklar ve biyolojik faktörler gibi etkenleri içinde barındıran multifaktöriyel bir eylemdir.

Özkıyım oldukça e itli biçimlerde gerçekle tirilebilen; toplumdan topluma, bireyden bireye farklılık gösterebilen bir olgu oldu undan genel bir sınıflama yapılamamaktadır. Özkıyım, toplumlar açısından ve bireyler üzerindeki yıkıcı etkilerinden dolayı çok ciddi bir halk sa lı ı sorunu olmanın yanında mortalite ve morbidite açısından da önemli bir sorun te kil etmektedir.

Özkıyım giri imi de erlendirilirken önem arz eden durumlardan biri ruhsal yardıma ihtiyacı olan bireylerin belirlenip profesyonel bir yardım almalarının sa lanması olup özkıyımın olu nedeni, zkıyımdan önce ki inin toplum içindeki konumu ve psikolojik durumu, ailevi durumu ve bireyin gemi i, e er giri im ba arısızlıkla sonuçlanmı sa ilerleyen dönemlerde olabilecek özkıyım riski, aileye ve ki inin kendisine yapılabilecek yardımlar için tutumların de erlendirilmesi olacaktır.

Özkıyım davranı ının önlenmesi için sosyodemografik özelliklerin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bu amaçla yapmı oldu umuz bu çalı mada karma ık yapısından dolayı birçok faktörü içeren özkıyım olgusunun sosyodemografik özelliklerini inceledik. Bu konuda yapılacak çalı malar toplumun tüm katmanlarını kapsayacak bir eilde yürütülmeli ve birçok kurum ve kurulu un bir arada olaca ı geni bir platformda ele alınmalıdır. Bu alı maların özkıyım olgusunun önlenmesi açısından önemli olaca ını d nmekteyiz.

2.GENEL B LG LER

2.1. ÖZKIYIMIN TANIMI

Özkıyım, insanların yüzyıllardır anlamaya ve çözmeye çalıştığı en ilginç ölüm şekillerinden biridir. Tarih boyunca bu teebbüs, kahramanlık, cesaret, acizlik, günah, öç, hastalık, korkaklık, delilik, suç ve bazen de onurlu bir davranış olarak oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Bu farklılığın sebebi, insanın isteyerek ve kasten kendi canına kıymasının bir suç, günah veya onurlu bir davranış olarak kabul edilip edilmediği gibi sorulara verilecek cevapların toplumdan topluma, din, hukuk, kültür ve zamana göre değişebilmesinde yatmaktadır(1).

Suicide (intihar) kavramının ortaya çıkışı oldukça yeni sayılır. Latin kökenli kelimelerden oluşmasına rağmen Latince deildir. İngilizcede suicide olarak ilk kullanım tarihi 1662'dir(2).

Ortaçağ'da latince'de sui homicido ya da sui ipisus homicidum deyimleri kullanılmıştır. Dilimizde ilk kez Tanzimat döneminde Türkçeye çevrilen eserlerde kendini katletmenin yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu kelime Arapça'da kurban anlamına gelen nahr kelimesinden meydana gelmiştir. Günümüzde bazı eserlerde ise intihar yerine öz-kıyım ya da öze-kıyım gibi kavramlar kullanılmaya başlanmıştır(2).

Özkıyımın farklı zamanlarda birçok kurum ve kişi tarafından tanımı yapılmış olup günümüzde bile halen bu tanım üzerinde tam olarak bir uzlaşıya varılamamıştır, bundan dolayı aslında bu tanımlara bütünsel olarak yaklaşıp hepsini ayrı ayrı olarak irdelemek gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) 1974 yılında özkıyım eylemini "kişinin amacının bilincinde ve deşik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi "olarak tanımlamıştır(3).

Littre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tarif eder. Littre'ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanında eylemi intihar olarak kabul edilmektedir. Durkheim ise kaza ile ölme artını tanımın dışına çıkarır. Durkheim'a göre insanın kendisini ölüme götüreceğini bilerek giriştiği eylem bir intihardır. Durkheim'ın tanımını geniş bulan Delmas ise intiharı, bir insanın ya amakla ölmek arasında bir seçim yapabileceği durumda her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşıp ölümü seçip kendini öldürmesi olarak tanımlar. Bunun yanı sıra kişinin kendi davranışıyla sebep olduğu, fakat tam iradeli ve istekli olmayan ölüm isteşikillerine ise sözde intihar (pseudo suicide) adını verir. De Fleury ise"Gerçek intihar sayılan davranışta,

insan ya amak isteyece i yerde, aynı iddetle ölmek ister, bir bakıma ölüme susamı tır” diyerek tanımlama yapmaktadır(4).

Edwin Schneidman intihara çok yönlü bir hastalık durumunun sonlandırılması olarak bakmaktadır. Bu durum esnasında sıkıntı ile sonu gelmeyen olumsuz olaylar arasında ambivalans hali bulunmaktadır. Bir durumdan kurtulma gayesine yönelik bir patolojik davranı biçimidir. Bu söyleyi iyle intihar edenlerde patolojik davranı nın temelinde bir patolojik ki ili inde bulundu u ifade edilir(4).

Son yıllarda ise Dünya Sa lık Örgütü intiharı, intihar eylemi ve intihar giri imi olarak ele almaktadır. ntihar giri imi, bireyin kendisi yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekle tirdi i intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli giri imleri içermektedir(5).

2.2. ÖZKIYIM G R M N N TANIMI

Özkiyım giri imi; bireyin özkiyımda bulunup bulunmama konusunda tam olarak karar veremedi i bir durum olup ki inin kendi üzerinde meydana getirdi i hasarlanmanın ölüme yol açmadı ı bir durum olarak tanımlanabilir. Bu durum her ne kadar ölümlerle sonuçlanmasa da yine de ya amı tehdit eden bir durum olup ki i ve çevresi üzerinde derin etkiler bırakabilen türden bir eylem olarak nitelendirilmelidir.

Bu olay bireyin kendi ya amını riske etti i bir durum olmanın yanında genellikle bu davranı ekleinin altında yatan ço u zaman bireyin sosyal çevresine kar ı bir tür sekonder kazanç elde etme durumudur.

Çalı malar suisidlerin genellikle iki gruba göre odaklandı nı göstermektedir.Bu gruplar tamamlanmı ve tamamlanmamı suisidleri içermektedir(6).

ntihar giri iminde bulun ki i gerçekten ölmek arzusunda olabilece i gibi, bu davranı nda acısını, çaresizli ini ve umutsuzlu unu dile getirmek amacını da gütmü olabilir(7).

Tüm intihar giri imlerinin %5'i ciddi, %30'u ambivalan (ölmeyi hem ister hem de istemez) ve %65'i gösteri biçimindedir(5).

Dünya Sa lık Örgütü intiharı, intihar eylemi ve intihar giri imi olarak iki grupta ele almaktadır. ntihar eylemini bireyin bilinçli olarak ve kendi iste i ile ya amına son vermesi, intihar giri imini ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekle tirdi i intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli giri imler olarak tanımlamaktadır(8).

2.3. ÖZKİYİM KURAMLARI

Özkıyım tüm dünyada büyük bir halk sa lı ı problemi olarak tanımlanmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlıklar ve psikolojik, sosyal ve biyolojik faktörler gibi bir takım risk faktörleri ile ili kilidir(9).

Ki inin istemli olarak ya amına son vermesi olarak tanımlanan intihar, hemen her ülkede ölüm nedenleri arasında önemli bir orana sahip evrensel bir sorundur. Bir yönden (biyolojik ve psikolojik) sa lıklı olmayan bir ruh yapısının ürünü, di er yönden de (sosyolojik) tipik bir sosyal olay sayılması mümkündür. Bununla beraber hiçbir ruh hastalı ıyla ili i i olmayan intihar tipleri de bilindi ine göre, sosyal nedenlerin a ır bastı ı dü ünülebilir. En geni anlamda intiharın bir insanın do uraca ı sonucu bilerek, müspet veya menfi bir eylemle, do rudan veya do rudan do ruya olmaksızın kendi kendini ölüme sürüklemesi ekinde ifade edilmesi de göstermektedir ki, intihar olayı sosyal nitelikli olarak vasıflandırılabilir(2).

ntihar uzun zamandan bu yana toplum ruh sa lı ı alanında çalı an profesyonellerin ilgisini çekmi sosyal, toplumsal, kültürel, bireysel, biyolojik ve ekonomik ba ta olmak üzere çok boyutlu bir fenomendir. 1920'lerden beri, intihar üzerine psikolojik, psikiyatrik, sosyolojik, toplumsal vb. alanlarda yapılan çalı malar, intiharın de i ik yönlerini bilimsel olarak incelemektedir. Psikiyatri ve psikoloji alanında konuyla ilgili yapılan çalı malar intiharın de erlendirilmesine de yönelmi tir(10).

Özkıyım tarih boyunca insanı konu alan hemen hemen her bilim dalının ilgisini çekmi olup birçok bilim adamı bu konuda ara tırmalar yapıp bu konu hakkında de i ik kuramları öne sürmü lerdir.

2.3.1. Toplumsal (Sosyolojik) Kuramlar

Toplum bilimci Emile Durkheim, 1897 yılında yayımladı ı Le Suicide-Etude Sociologique (ntihtar-Toplum bilimsel inceleme) adlı eserinde intiharın toplumsal olgularla ili kisini etraflı bir ekilde inceler. Ona göre intihar, "ölen ki i tarafından ölümlerle sonuçlanaca ı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edinim do rudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı"dır(1).

Emile Durkheim, intihar kuramını geli tirirken o güne kadar intiharın sebepleri arasında gösterilen akıl hastalı ı, kalıtım, ırk, kozmik etkenler, yansılama gibi konuları sırasıyla irdeler ve intiharın salt bunlarla açıklanamayaca ı ve bunun bir toplumsal olgu oldu u sonucuna ula ır. ntihtarların toplumbilimsel açıdan incelenmesi için onu nedenlerine göre sınıflamanın do ru olaca ına inanan Durkheim, bunu üç ba lı a ayırır;

1-Bencil ntihar

2-Elcil ntihar

3-Kuralsızlık ntiharı

Bencil ntihar; bireyin toplumla bütünle ememesi sonucu ortaya çıkan bir intihar olayıdır. Durkheim, bunu din, aile ve ulusal olaylar bağlamında ayrıntısıyla inceler. Toplumsal yapının zayıflamasında intihar olaylarının çoğaldığı sonucuna ulaşan Durkheim, bunu önlemek için din, aile ve ulusal olaylardaki yolla mananın bir katalizör görevi üstleneceğine inanır(1).

Durkheim'e göre küme ya antısı intihar e iliminde olan insanları bir yönüyle engellemektedir. Ancak bireyin ya amı gelenek ve göreneklerle katı bir şekilde düzenlendiğinde, insanlar dini veya siyasi herhangi bir topluluğun buyruklarına körü körüne boyun eğdiklerinde, insanlar üzerinde baskı olduğu anda, toplumsal bütünle beraber olarak gerçekleştiğinde, kısaca insanlar yeterince bireysellemediğinde de intihar olayları artmaktadır. Durkheim bu durumu Elcil ntihar olarak niteler. Ona göre ya amın düzeni içinde hiçbir şey sınırsızca iyi değildir." İnsan, toplumdan koptuğunda kendini kolaylıkla öldürdüğü gibi, onunla beraber bir biçimde bütünle birlikte de kendi canına kıymaktadır(1).

Kuralsızlık (Dengesizlik) ntiharları ise bireyin davranışında uyulacak ölçülerin olmamasından kaynaklanmaktadır. Özellikle ekonomik ya amdaki ve evliliklerdeki kuralsızlık, insanları bunalıma sürüklemekte ve bunun sonucunda intiharlar gelebilmektedir(1).

Emile Durkheim'in intihar için getirdiği toplumbilimsel kuram, bugüne kadar birçok çevrede kabul görmüştür. Bununla birlikte insanı intihara sürükleyen sebepler başta da belirttiğimiz gibi toplum ve kültür yapısına göre farklılaşmaktadır. Ancak ister bireysel isterse toplumsal içerikli olsunlar, her durumda intiharların nedenini tek bir sebebe dayandırmak mümkün gözükmemektedir. Bu sebepler basitten karmaşığa doğru değişebilir. Modern yaşam açısından bakıldığında, yalnızlık, yalnızlık, bunalım, boşanma, terk edilmişlik, kaçınma, kötü davranışlar, cinsel sorunlar (cinsel iktidarsızlık, cinsel uyumsuzluk), etik ve politik sebepler, doyumsuzluk, kent yaşamının baskısı, iddet, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, hastalık, depresyon, zoraki evlilik, bekârlık, geçimsizlik, fakirlik ve zenginlik gibi pek çok sebep intihar riskini arttırabilir(1).

2.3.2. Psikolojik Kuramlar

Freud intiharlar hakkında iki tez öne sürmüştür. Birinci hipotezde; depresyonlarda sıkıntının çok ileri gitmesi ile nefret edilen ya da çok sevilen ve kaybedilmiş olan introjekte edilmiş objeden kurtulmak için depresyonlu şahsın seçtiği bir kurtuluş yoludur. ntihar ile

introjekte etti inden kurtulmaktadır. kinci hipotezde ise a ırı derecede artan agresyon durumu dolayısıyla Thanatos instinktinin içe dönmesi söz konusu olur ve ki i intihar ederek kendini tahrip eder(4).

Beck ve arkadaşları geli tirdikleri umutsuzluk ölçe ini kullanarak yatarak tedavi gören intihar giri iminde bulunan hastalar üzerinde yaptıkları çalı malarda hem depresyonun hem de umutsuzlu un intihar e ilimi ile ili kili oldu unu, umutsuzluk kontrol edildi inde ise depresyon ve intihar e ilimi arasındaki ili kinin kayboldu unu ama tersinin geçerli olmadı ını saptamı lardır(11).

Rainer ve arkadaşları psikiyatrik bozuklu u olan hastalarda intihar dü üncesi ile depresyon, umutsuzluk ve disfonksiyonel davranı ların ili kisi konulu çalı malarında intihar dü üncesine ek olarak umutsuzluk gibi bili sel bozuklukların intihar riskinin göstergesi oldu unu ileri sürmü lerdir. Umutsuzluk ve depresyonun birlikte intihar dü üncesi ile önemli derecede ili kili olmasına kar ın umutsuzlu un intihar dü üncesi konusunda depresyondan daha fazla sorumlu oldu unu buldular. Yine aynı çalı mada umutsuzluk ve depresyonun intiharı belirlemede önemli oldu unu ama klinik popülasyonlarda umutsuzlu un otomatik olarak intihar riskinin en iyi belirleyicisi olmadı ını da vurgulamı lardır(11).

Karl Menninger "Man Against Himself" adlı eserinde intiharı bireyin ba kalarına duydu u öfkeyi kendine yöneltmesi sonucu olu an kendini öldürme iste i ekinde tanımlamı tır. Birey bu ekinde ba kalarına yöneltti i agresyonu kendine çevirerek kendini cezalandırmaktadır. Menninger'e göre intihar eden birey üç temel güdüyle hareket etmektedir.

- 1)Öldürme iste i: Kızgınlık ve öfke duygularıyla ki i öldürme iste i duymaktadır.
- 2)Öldürölme iste i: Birey öfkesini kendisine yönlendirmesi sonucu olarak, aynı zamanda öldürölme iste i duymaktadır.
- 3)Ölme iste i: Ki i kendisine yöneltti i bu duygulardan dolayı ölmeyi istemektedir.

Menninger'in görü üne göre intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme iste i hâkimken, intihar giri iminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme iste i hâkimdir denilmektedir(12).

Ringel intihar eden bireylerde özel bir klinik tablonun varlı ını savunmu tur. "Presuidal Sendrom" diye isimlendirdi i bu tablo bireysel yetersizlik, umutsuzluk, olumsuz yargılar ve ki ilerarası ili kilerde içe çekilme halini içerir. Ölüm dü üncesi giderek yo unla arak intihar planları akta dönü türölür(13).

Schneidman adlı ara tırıcı ise yaptı ı çalı mada izofrenlerin ve mizaç bozuklu u olanların hepsinin intihar etmediklerini göstermi tir. Schneidman intihar edecek olan hastalarda on önemli karakteristik belirtinin bulundu unu ve bunların iyi tanınması gereklili inin üzerinde durmaktadır. Bu belirtiler öyle sıralanabilirler.

- 1) ntiharların maksadında bir çözüm aray ı vardır.
- 2)Ana hedef uurlulu un geçici olarak ortadan kaldırılmasıdır.
- 3)Stimulus tolere edilmeyen bir psikolojik a ır ı haline gelir.
- 4)Stressor olay ise psikolojik arzuların sebep oldu u frustrasyon halleridir.
- 5)Emosyonel olarak umutsuzluk ve yardımsızlık hali bulunmaktadır.
- 6)Kognitif olarak ambivalans bulunmaktadır.
- 7) drak sahasında a ır ı daralma meydana gelir.
- 8)Hareket olarak ileri derecede bir regresyon gözlenir.
- 9)Ki ilerarası ili kiler ve hareketlerde a ır ı bir azalma meydana gelir.

10) ntihar etmek isteyen veya giri imde bulunanda hayat boyu bir ısrarcılık hali gözlenir. Her te ebbüs intihar riskini a ır ı derecede artırır(4).

2.3.3. Genetik ve Biyokimyasal Faktörler

Biyolojik, genetik ve psikolojik faktörler intihar davran ının etiyolojik faktörleri olarak dü ünülür. ntihar davran ının nörobiyolojisi çalı maları, serotonerjik anormallikler üzerine odaklanm ıdır. kız ve evlatlık çalı maları ve moleküler genetik ara tırmaları intiharda bazı genetik faktörlerin olabilece ini akla getirir(14).

Klinik, ikiz, evlat edinme ve genetik çalı malar özkıyım davran ında genetik faktörlerin rolü olabilece ini kuvvetle desteklemektedir(15).

Tek yumurta ikizleri ile çift yumurta ikizlerinin kar ıla tırıldı ı ve evlat edilmi çocuklarla yapılan çalı malar genetik çalı malara örnektir. Çift yumurta ikizlerine kar ılıklı tek yumurta ikizlerinin her ikisinde de intihar davran ı yüksek oranlarda görölmektedir. Evlat edinilmi çocukların biyolojik ana babalarında intihar davran ının görölmesi intiharla ilgili etyolojik çalı malara katkıda bulunmu tur(16).

Monozigot ikizlerde intihar konkordansı dizigotlara göre-yeti tikleri ortama bakmaksızın-yüksek bulunmaktadır. Bir dizide 176 ikiz incelenmi tir. Bu dizide her ikiside intihar eden 9, birisi intihar eden bir ikiz bulunmaktaydı. Bu olgulardan 7 tanesi monozigot

ikiz, toplam monozigot sayısı 62; konkordans oranı ise %11.3; dizigotlarda 2, toplam dizigot sayısı 114, konkordans oranı ise %1.8 olarak verilmektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Aynı ekilde intihar giriimleri konkordansıda monozigotlarda belirgin oranda yüksek bulunmaktadır(17).

Affektif hastalığı olanlarda ve bunların biyolojik akrabalarında tamamlanmış intiharlar ve intihar giriimleri daha fazla görülmektedir. Dürtüsel davranma eğilimi olanlarda intihar davranışı daha fazla görülmektedir. Bilim adamları intiharlarda impulsif davranışı kontrol eden bir genetik etkenin varlığında birleştirmektedir. Bu etkenin psikiyatrik hastalıktan bağımsız veya ona ek bir durum olması güçlü bir olasılıktır. Bir başka görüşe göre ise intihar davranışında tek bir genden çok birden fazla genin rolü vardır(17).

Intihar davranışıyla ilişkili olduğu bilinen psikiyatrik bozukluklardan bağımsız olarak intihar davranışına yaşam stresi ile karışıldığına muhtemel bir biyokimyasal predispozisyon yoluyla genetik bir geçişle açıklanmaktadır(16).

Araştırmacılar beyindeki serotonin azalmasının hem depresyon hem de intihar davranışıyla bağlantılı olabileceğine inanmaktadırlar. Intihar girişiminde bulunan kişilerin beyin omurilik sıvısında ve postmortem çalışmalarda beyin bölgelerinde serotonin metaboliti olan 5HIAA'nın (5- hidroksi indol asetik asit) düzeyleri düşük bulunmuştur(9).

Nielsen ve arkadaşları intihar davranışı ile triptofan hidroksilaz (TPH) polimorfizmi arasında bağlantı kurmuşlardır. Bilindiği gibi TPH serotonin sentezinden sorumludur. Bu enzim triptofanı 5-hidroksi triptofana döndürür. Bu da dekarboksile olarak serotonine döner. Bu kontrol eden genetik lokus 11. Kromozomun kısa kolundadır. U ve L aleli belirlenmiştir(17).

5 HIAA (serotonin metaboliti) konsantrasyonu düşükleri ile intihar davranışı arasında bağlantı bulunmaktadır. Nielsen ve arkadaşları intihar davranışı gösteren bir alkolik grubunda TPH genotipi ile BOS (beyin omurilik sıvısı) 5-HIAA konsantrasyonu arasında bağlantı kurmuşlardır. LL ve UL genotipi olan impulsif alkoliklerin BOS'larında 5-HIAA düzeyi en düşük bulunmaktadır(17).

Kızı intihar eden monozigot ikizlerde TPH çalışılmıştır. Siveç'te 17370 monozigot ikiz taranmış, ikizi intihar eden 36 ikiz saptanmıştır. Araştırmayı kabul eden 28 kişinin 17 tanesinde TPH polimorfizmi bulunmuştur. Bu 17 olguyu 7 tanesi LL, 9 tanesi UL, bir tanesinin UU genotipi olduğu bulunmuştur(17).

Mann ve arkadaşları triptofan hidroksilaz geni ile depresif hastalarda intihar davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmış, triptofan hidroksilaz geninin daha az görülen "U"

allelinin majör depresyonlu hastalarda intihar davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Serotonerjik ilevlin genetik kontrol altında olduğu bilinmektedir. Böylece serotonerjik ilev bozukluğunun geçmişi intihar eylemleri ile ilişkili olduğu söylenebilir, ayrıca ileride olabilecek intihar davranışları içinde serotonerjik ilev bozukluğu uyarıcı olabilir(18).

X'e bağlı enzimatik defekt gösteren Lesch-Nyhan Sendromunda kendine zarar verme davranışı yüksektir. Bu olgularda 5-HIAA düzeyi düşük bulunmaktadır. Serotonin öncülleri verildiğinde bu davranış sorunları ortadan kalkmaktadır. Bilindiği gibi bu sendrom dopamin reseptörüne duyarlılığı gösterir. Aynı anda da BOS'ta dopamin düzeyi de düşüktür. Bazı bilim adamları reseptörüne duyarlılığında dopamin uyarımının kendine zarar verme davranışında önemli olduğunu ileri sürmektedirler(17).

Dopaminin(DA) de hayvanlarda agresif davranışın modülasyonunda rolü vardır. 6-OH DA ile ventral tegmental alanı tahrip edilen fareler saldırganlaşmaktadırlar. Başka farelere ve kendine zarar verme davranışında artışı olmaktadır. Bu etki seçici D1 antagonistleri ile tersine çevrilebilmektedir. Dopamin sentezi yapamayan fareler L-Dopa, apomorfin veya D1 agonisti verildiğinde saldırgan davranışları artmaktadır. Bu etki kastrasyon ile(testesteron depleasyonu) tersine dönmektedir(17).

Noradrenalin aktivitesi artınca agresif davranış artmakta, azalınca da azalmaktadır. Uzun süre izole edilen farelere desipramin verilmesi ile agresif davranışın arttığı gözlenmiştir. Bu ilaç noradrenerjik etkilidir. Bu etki önceden noradrenerjik yolları tahrip edilen farelerde izlenmemektedir. Farelerde medulla, pons ve diensefalonda noradrenalin dönüşümünde artma ile okla oluşturan kavgacılık arasında pozitif korelasyon bulunmaktadır. Bu etki noradrenalin dönüşümünü arttıran başka ilaçlarla da olmaktadır. Alfa metil paratirozin ve rezerpinle katekolamin depleasyonu saldırganlığı azaltmaktadır. Maymunlarda d-amfetamin saldırganlığı arttırmaktadır. Farelerde beta bloker saldırganlığı azaltır. Uzun süre beta bloker kullanımı ile bu davranış eski haline dönmektedir. Uzun süreli beta blokaj bu reseptörlerde up regülasyona neden olur. İlacın kesilmesi ile saldırganlık ortaya çıkabilir(17).

Lokus seruleusun rostral bölgesinde toplam NE nöronları intihar kurbanlarında azalmaktadır. 2 adrenerjik reseptör ve tirozin hidroksilaz artmaktadır. Bu bulgu NE depleasyonuna karşı 2 adrenerjik reseptörlerin artması ile NE salınımının artımının sağlanması ekinde açıklanmaktadır. Intihar kurbanlarında reseptör düzeyinde değişiklikler olabilmektedir(17).

Olfaktor tüberküldeneki GABA (gama amino butirik asit) düzeyi ile farelerde di er fareleri öldürme davranı arasında ba lantı bulunmaktadır. Bu alanda GABA düzeyinin de i mesi ile kavgacılık ve di er fareleri öldürme davranı artıp azalabilmektedir. GABA'nın saldırganlık üzerinde inhibitör etkisi vardır(17).

BOS 5-HIAA düzeyi daha sonraki davranı lar için de belirleyici olabiliyor. Hastaneden taburcu olduktan 12 ay sonra BOS 5-HIAA düzeyi dü ük olanlarda tamamlanmı intiharlar yüksek olanlara göre daha yüksek oranda izlenmektedir. Mahkûmlarda BOS 5-HIAA düzeyi dü üklü ü ile hapisten çıktıktan sonraki dürtüsel agresyon ve adam öldürme davranı ba lantılı bulunmu tur. Buna dayanarak suç i leyenlerde BOS 5-HIAA düzeyi dü üklü ünün daha sonraki suçlar için de belirleyici oldu u ileri sürülmektedir. ntihar davranı için de bu gözlem geçerlidir(17).

Major depresyon olgularından intihar giri iminde bulunanların BOS serotonin metaboliti olan 5-HIAA düzeyi dü ük bulunmaktadır. Bu bulgu ilk kez 1976 yılında Asberg tarafından ileri sürülmü tür. Ancak bu bulgu olguların tümünde izlenmemekte, yakla ık olguların 2/3' ünde bulunmaktadır. ntihar davranı gösteren ve göstermeyen olguların 1/3' ünde bu parametre aynı olmaktadır. Bazı ara tırmalarda ölümle sonlanma olasılı ı yüksek yöntem kullanma ve intihar giri iminin a ırlı ı ile BOS 5-HIAA düzeyi dü üklü ü arasında ba lantı kurulmaktadır. Bu bulgu ilaç almayan depresyon olguları için de geçerlidir. BOS 5-HIAA dü üklü ü intihar giri iminde bulunan izofreni, alkolizm, ki ilik bozuklu u olgularında da bulunmayanlara göre –aynı tanı grubunda- dü ük bulunmaktadır. Bu dü üklük intihar davranı ile depresyona göre daha fazla ba lantılı gibi görünmektedir. Letal yöntem kullananlarda bu ili ki daha belirgin olmakta ve psikiyatrik tanı ile ba lantı göstermemektedir(17).

ntihar nedeni ile ölen olgularda ölüm sonrası yapılan çalı malarda serotonin ta ıycısında de i iklikler bulunmaktadır. ntihar giri iminde bulunan depresyon olgularında trombosit serotonin miktarı da dü ük bulunmaktadır. Son zamanlarda intihar davranı gösteren depresyon olgularında, serotonin geri emilim proteinlerinin serotonine afinitesinin de azalmı olabilece i gösterilmi tir. SERT geni polimorfizmi ile insan serotonin geri emilim Km de erleri arasında belirgin farklar oldu u gösterilmi tir(17).

Son yıllarda biyolojik de i kenlerle ilgili olarak intihar giri iminde bulunan bireylerde, plazma kolesterol düzeylerini inceleyen çok sayıda çalı ma yayınlanmı tir. sveç'in Varmland bölgesinde 26693 erkek ve 27692 kadının 20 yıl izlendi i bir çalı mada; kaza, iddet ve intihar nedeniyle meydana gelen ölümlerin dü ük serum kolesterolüyle ili kili oldu u bildirilmi , bunların içinde en güçlü ili ki intihar sonucu ölümlerde bulunmu ,

intiharlar çıkarıldı nda serum kolesterol düzeyi ile di er ölümler arasındaki ili ki anlamlı bulunmamı tır(19).

Gallerani ve arkadaş ları intihar giri iminde bulunan bireylerle benzer demografik özelliklere sahip kontrol grubunda serum kolesterol düzeylerini karşı la tırmı lar, serum kolesterol düzeyleri ile intihar giri imi arasında ba lantı oldu unu, özellikle giri imde iddet kullananların serum kolesterol düzeylerinin, iddet kullanmayanlardan anlamlı ekilde daha dü ük oldu unu bildirmi lerdir(19).

Kolesterol düzeyi ile intihar davranı ı arasındaki ili kide serotonerjik i levle olur. İnsan dı ı primatlarda kolesterolden dü ük diyet serotonerjik aktiviteyi azaltır ve saldırganlı ı artırır. nsanda kolesterol dü üklü ü ile intihar riski arasında korelasyon vardır. Bu yüksek olasılıkla serotonerjik aktivite azlı na ba lıdır. Ancak insanda kolesterolün serotonerjik aktiviteye etkisi henüz kanıtlanmamı tır(17).

2.4.ÖZKIYIMIN EP DEM YOLOJ S ve L K L FAKTÖRLER

2.4.1. nsidans ve Prevalans;

ntihar olgularındaki artı sadece Türkiye'de de il bütün dünyada birinci sa lık sorunu olmaya ba lamı olup, ülkelerin geli mi lik düzeyi ile ters orantılı bir tablo çizmektedir. ntihar hızı Japonya, Almanya, Finlandiya, sviçre'de 100.000 de 25, ABD ve ngiltere'de 100.000' de 12 düzeylerindedir(20).

ntihar oranı genelde 100.000 de 12 civarında bulunmaktadır. Zaman zaman bu oranlarda artıp azalmalar olmaktadır. Bir takım sosyal faktörlerin etkisi altında bu oran de i mektedir. Günümüzde geli en ülkelerde önemli bir ölüm sebebi haline gelmi tir. Bu yüzden de intiharlar ölüm frekansı sıralamasında kalp hastalıklarından, kanserden, serebrovasküler hastalıklardan, kazalardan, diyabet hastalı ından ve onun komplikasyonlarına ba lı ölümlerden sonraki sırada yer almaktadır(4).

2000 yılında özkıyım'ların tüm dünyada hesaplanan ortalaması 14.5:100000'dir(21). Dünya Sa lık Örgütüne göre tüm dünyada 40 saniyede bir tane özkıyım ba lı ölüm gerçekleşmektedir ve tüm dünya genelinde son 50 yıl boyunca özkıyım hızı % 60 oranında artmı tır(22).

1960 yılından 2001 yılına kadar Avustralya'lı 15-24 ya ı arası genç erkeklerde özkıyım hızı yakla ık üç kat artarak 6.8' den 20.3:100000' e çıkmı tır. En yüksek seviyeye ise 1997' de 30.6:100000 ile ula mı tır(23).

Genel toplumda intihar sıklı ı yıllık yüz binde 10-20 kadardır. De i ik ülkelerde bu oranlar yüz binde 10 ile 40 arasında de i mektedir. ntihar giri imi oranı ise bunun 15 katı

kadardır. intihar oranı Amerika Birle ik Devletleri'nde (ABD) 11/100 000 yıllıktır. ABD' de en az 31 000 ki i bir yılda intihardan ölmektedir. Bu tüm ölümlerin % 1.4' ünü olu turmaktadır(17).

Dünya Sa lık Örgütü'nün verilerine göre geli mi ÷lkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biri intiharlardır. ABD' de yıllık tahmin edilen intihar hızı 11/100 000'dir. intihar hızı ÷lkeden ÷lkeye, kültürden kültüre büyük ölçüde de i kenlik gösterir. Batı Almanya'da intihar oranı 36/100 000, Litvanya' da 34.4/100 000, rlanda' da ise 3/100 000' dir. Türkiye'de genel nüfusta intihar oranı 2/100 000, Ankara'da ise intihar giri imleri oranı 107/100 000' dir(17).

Amerika Birle ik Devletleri'nde özkıyım ölüm nedenleri arasında sekizinci sıradadır ve yakla ık olarak yılda 30000 ölümden sorumludur. 2000 yılında özkıyım ölüm oranı yakla ık 10:100000 idi. Her gün 1500'den fazla Amerikalı özkıyım giri iminde bulunmaktadır ve yakla ık 86' sı ba ariya ula maktadır(24).

Özkıyım Amerika Birle ik Devletleri'nde 15-24 ya grubunda en sık üçüncü ölüm nedenidir(25). 2002 yılında panya'da 10-14 ya larında tamamlanmı özkıyım oranı 0.38:100000 iken 15-19 ya grubunda bu oran 2.7:100000 olmu tur (26). Çin' de yapılan bir çalı mada özkıyım ba lı ölümlerin tüm ölümlerin %3.6' sını olu turdu u hesaplanmı tır(27).

Hindistan'daki ulusal suç kayıt bürosuna göre özkıyım ölümlerin ilk on nedeni arasında yer almaktadır. Yine özkıyım Hindistan'da 16-35 ya grupları arasında ilk üç sırada görülen ölüm nedenleri içinde yer almaktadır. Hindistan' daki özkıyımların sayısı 1968' de 40000 iken, 1999' da 110000' e çıkmı tır; ulusal görülme insidansı ise yıllık 11:100000' dir(9).

ngiltere ve Galler'de ortalama yıllık özkıyım oranı 10:100000 civarındadır. Yıllık ölüm miktarı yakla ık 5000' dir. Bununla beraber son yirmi yıl içinde genç erkeklerde özkıyım oranı ikiye katlanmı tır ve 35 ya altı genç erkeklerde en yaygın ölüm nedenidir(28).

Japonya dünyada en yüksek özkıyım oranlarından birisine sahiptir. Ulusal polis te kilatının verilerine göre 1998'de 32863 özkıyım hesaplanmı tır. (26:100000)(29). 2001 yılında ise yine aynı kaynaklardan alınan verilere göre Japonya'daki özkıyım sayısı 31042 ve 24.4:100000 olarak hesaplanmı tır(30).

Litvanya' da ise 1995'ten beri özkıyım mortalite oranları stabil seyretmesine ra men halen Avrupa'da en yüksek oranlarda seyretmektedir. 2002 yılında 44:100000 olan oranlar Avrupa Birli i oranlarının ortalama dört katı, skandinav ÷lkelerinden de ortalama üç kat daha fazladır(31).

Honkong' ta da son yıllarda özkıyım oranları belirgin ekilde artmı tır. 1998' de 13.2:100000 olan oran 2003 yılında 18.6:100000 olmu tur. Honkong' da özkıyım ölümlerinde majör artı 25-39 ya arasındaki erkeklerde olmu tur(32).

Ülkemizdeki istatistikler, intihar oranının yüksek olmadığını düşündürmektedir. Devlet istatistik Enstitüsü kayıtlarına göre genel popülasyon da intihar oranının uzun yıllardır 100.000' de 2-3 civarlarında olduğu görülmektedir. 15 yaşın üzerindeki nüfusta ise bu oran 100.000' de 4.34' e çıkmaktadır. Ancak bu oranın resmi kayıtlara yansıyan vakaları temsil ettiği, resmi kayıtlara yansımayan vakaların içine katıldığında gerçek intihar oranlarının görünenden bir miktar daha yüksek olacağını belirtmek gerekir(33).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, ülkemiz intihar hızı düşük ülkeler arasında yer almaktadır, Devlet istatistik Enstitüsü 2003 verilerine göre ülkemizde kaba intihar hızı % 0003.85 olarak belirlenmiştir(2). Sır Diyarbakır'da yapılan çalışmada, 1997 yılı için kaba özkıyım oranını 4.8:100.000, özkıyım girişim oranını ise 19.8:100000 olarak bulmuştur(34).

Sayıllı ve arkadaşları Ankara ilinde yaptıkları geniş kapsamlı bir çalışmada buldukları sonuçlara göre Ankara'da intihar girişim sıklığı 1990 yılında 100.000' de 107, tamamlanmış intihar oranlarını ise 4:100000 bulmuşlardır. Intihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlara oranını ise 26.7:1 olarak hesaplamışlardır. Kucur ve Aktan'ın (1987) 1986 yılı için Konya ilinde yaptıkları çalışmada intihar girişim insidansı 17.61:100000 olarak bulunmuştur(35). Bekaroğlu ve arkadaşları 1995 yılında Trabzon'da intihar girişim sıklığını 100.000'de 31.5 bulmuşlardır(36).

2.5. Özkıyım ile İlgili Faktörler

2.5.1. Yaş

ABD' de, 15-24 yaşları arasında, 1960' larda başlayıp 1977' lerde en üst noktaya ulaşan intihar oranları da artışı saptanmıştır. İlk kez 1980' lerde toplu gerçeğe getirilen genç intiharları ile tanınmıştır. Bunların sonucunda intihar davranışının engellenmesinde yaygın bir toplumsal ilgi ortaya çıkmıştır(20). Kanchan ve arkadaşlarının yaptığı postmortem 137 özkıyım vakasının incelendiği bir çalışmada erkeklerin yaş ortalaması 40.5, kadınların yaş ortalaması ise 34.4 olarak bulunmuştur(37).

Geçtiğimiz çeyrek yüzyıl boyunca adolesanlar arasındaki özkıyımlar önemli bir halk sağlığı problemi olarak ortaya çıkmıştır. Tamamlanmış özkıyımların oranı 2002 yılındaki Dünya Sağlık Örgütü'nün bir raporuna göre verilerin olduğu Çin hariç tüm ülkelerde genç erkeklerde genç kızlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir(38). Özkıyım düşünce ve girişimi ise puberte sonrası dönemde kızlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir(38).

Ülkemizde intiharlar 15-24 ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaşadığına göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkekler yüksek orandadır. Gençlerde tüm yaş gruplarından daha hızlı bir yükselme söz konusudur(2).

2.5.2. Cinsiyet

Ülkemizde tüm bölgelerde erkek intihar oranları kadın intihar oranından fazla olmakla birlikte özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki illerde kadın intiharlarının erkek intiharlarından fazla olduğu dikkat çekmektedir(2). Enol ve arkadaşları Kayseri'de yaptıkları çalışmada kadın: erkek oranını 1.7 olarak bulmuşlardır(39).

Bercz ve arkadaşları Macaristan'da yaptıkları bir çalışmada tamamlanmış özkıyım oranlarının erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır(40). Ambade ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada özkıyımdan ölümlerin oranını erkeklerde % 62.5, kadınlarda ise % 37.5 bulmuştur. Erkek/Kadın oran olarak 1,7:1 bulunmuştur(41). İngiltere ve Galler'de son yirmi yıl içinde genç erkeklerde özkıyım oranı ikiye katlanmıştış ve 35 yaş altı genç erkeklerde en yaygın ölüm nedenidir. Tüm gruplarda erkekler kadınlardan daha büyük bir risk altındadır(28).

Tayland'da yapılan çalışmalarda özkıyım oranlarının yıllar geçtikçe arttışı görülmüştür. 1988 yılında tamamlanmış özkıyımlarda erkek/kadın oranı 1.6 iken 2003 yılında bu oran 3.3 olarak bulunmuştur(42). Erkeklerin intihar etme oranları kadınlara göre üç kattan daha fazladır. Bu oran bütün yaş grupları için oldukça sabittir. Bununla birlikte kadınlar erkeklere göre dört kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar(43). Dzamalala ve arkadaşları Malawi'de yaptıkları çalışmada inceledikleri otopsi serisinde 84 tane tamamlanmış özkıyımı incelemi olup; vakaların 65 tanesini erkekler, 19 tanesini ise kadınlar oluşturmuştur. Erkeklerin kadınlara oranı bu çalışmada 3.4:1 olarak bulunmuştur(44). Sharma ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada erkekler tarafından kendi hayatlarını sonlandırmada zehir alımı daha tercih edilen method olarak görülmekte ve erkek kadın oranı 2:1 eklindedir, bununla beraber kendini kesme süreti ile özkıyım kadınlarda daha tercih edilen yöntemdir ve bu oran erkek kadın olarak 1:4.5 dir(9). Kanchan ve arkadaşlarının yaptığı ve postmortem 137 özkıyım vakasının incelendiği bir çalışmada erkeklerin kadınlara oranı 2.8:1 olarak bulunmuştur(37).

Doshi ve arkadaşlarının çalışmasında özellikle 15-19 yaş aralığında kadın hastaların acil servislere başvurma eşilimleri oran olarak erkek hastalardan daha fazladır. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda özkıyım girişimlerinde bu oran kızların lehine 4:1 oranında bulunmuştur(24).

Tayland'da 1998-2003 yılları arasında yapılan bir çalışmada ortalama özkıyım oranı 7.9:100000 olarak bulunmuş olup erkeklerin kadınlara oranı 3.4:1 olarak bulunmuştur(42).

2.5.3. Irk

Yapılan bir takım çalı malarda özkıyım oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalı mada beyaz erkek ve kadınlarda tamamlanmış özkıyım oranlarının siyah erkek ve kadınlardakinden iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir(24). Garrison ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalı mada özkıyım giri imi beyaz adölesan kızlarda siyah adölesan genç kızlardan daha yüksek bulunmuş olmakla beraber siyah kızlar arasında medikal tedavi gereklili i daha yüksek sıklıkta rapor edilmiştir(45). ABD' lerinde; Afroamerikanlar ülkedeki diğer gruplara göre daha düşük risk altındadırlar(46).

2.5.4. Ailesel Faktörler ve medeni durum

Deveci ve arkadaşlarının yaptığı oldukları çalı mada intihar giri imi ile bakanların %18.4' ünde ailede psikiyatrik hastalık, %8.8' inde ailede intihar giri imi, %15.8' inde yakın çevrede intihar giri imi olduğu saptanmıştır(47). Yapılan bazı çalı malarda ailede babanın yokluğu veya ebeveynlerin ayrı olması adölesanlarda artmış özkıyım giri imi ile bakanlı bulunmuştur(45).

Depresyonlu hastaların ailelerinde daha önceden özkıyım giri iminin bulunma sıklığı özkıyım giri imi bulunmayan ki ilere göre daha sıktır. Psikiyatrik hastalığı olanlarda yapılan çalı malar ailelerinde özkıyım öyküsü olanlarda özkıyım davranış riskinin arttığını göstermektedir(48). Ayrı veya boş anı ana-baba'ların çocuklarında ya da evliliklerdeki uyumsuzluklarında, annesinin eğitim düzeyi çok düşük veya yaının çok genç olması durumunda, ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmaktadır(46). ABD' de evlilerde intihar oranı 11/100000, hiç evlenmemiş ki ilerde oran bunun neredeyse iki katı, duldarda 24/100000, boş anı ki ilerde 40/100000 olarak bildirilmektedir. Erkek olmak burada da oranları oldukça büyütülmektedir; boş anı erkeklerde oran 69/100000, boş anı kadınlarda ise çok daha düşük, 18/100000' dir. Avrupa' da intihar giri iminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekâr ya da duldur ya da yalnız yaşamaktadır(12).

Yapılan bir çalı mada boş anı veya ayrı yaşamalarda risk bu kategoride olmayanlara göre 11 kat daha fazla bulunmuştur(46).

2.5.5. Eğitim, Meslek ve Ekonomik Aktivite

Durkheim bir işte çalımanın, enerjiyi belli bir alana yönlendirmenin intihar riskini azalttığını belirtmektedir. Ki ilerarası ki ilerin en az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşük, ki ilerarası ki ilerin yüksek olduğu gruplarda intihar riski yüksektir. İşsizlik de intihar riskini arttıran bir durumdur. Londra' da yapılan bir çalı mada işsizlerdeki intihar oranı genel toplumdaki üç kat daha fazla bulunmuştur. Ankara' da intihar giri imi olan olgular ile yapılan

bir çalı mada da meslek açısından bakıldı ında ö rencilerin ilk sırada yer aldı ı görölmektedir. Emeklilerde de olasılık artmaktadır(17). Dü ük sosyoekonomik durum, dü ük e itim seviyesi, dü ük gelir ve yoksul ya am risk faktörleridir(46).

Burns ve arkadaş larının yaptı ı çalı mada özkıyım vakalarının 29 tanesi (% 48.3) i siz olup bunların 25 tanesi erkek ve 4 tanesi ise kadın olarak bulunmu tur(49). Cheng ve arkadaş larına göre 1985-2000 yılları arasındaki özkıyım oranı ile i sizlik kar ılıklı olarak güçlü bir ekilde birbirleriyle ili kilidir(50).

Ki inin sosyal statüsünün yükselmesi ya da dü mesi intihar davranı ı riskini arttırmaktadır. Ancak genel olarak dü ük sosyal sınıftan olmanın riski arttırdı ı bildirilmektedir. Avrupa' da intihar giri iminde bulunan ki ilerın yarısından fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte iken, kadınların % 5' i, erkeklerin % 10' u üst sosyal sınıftan gelmektedir. ntihar giri iminde bulunan ki ilerde sosyal bakımdan instabilite ve fakirlik genel topluma oranla daha sıktır(12).

2.5.6. Kullanılan Özkıyım Yöntemi ve ciddiyeti

Giri im yönteminin vücuda verdi i hasar arttıkça giri imin ciddiyeti de artmaktadır. ntihar giri imleri iddet içeren ve içermeyen olarak iki gruba ayrılmı ; ası, yüksekten atlama, kendini yakma, kesici alet ve ate li silah kullanımı iddet içeren yöntemler; ilaç alarak ve gazla yapılan giri imler ise iddet içermeyen yöntemler olarak tanımlanmı tır. Yöntem seçiminin incelendi i iki geni çaplı çalı mada, iddet içeren giri iminde bulunanların ya ortalamalarının daha büyük oldu u ve erkeklerin ço unlukta oldu u sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmu tur(51). Ailesinde özkıyım öyküsü olanlarda sıklıkla özkıyım giri imi iddetle ili kilidir(48). Burns ve arkadaş larının Kuzey rlanda' da yaptı ı bir çalı mada her iki cinste de en sık kullanılan yöntemin ası oldu u ve her iki cins için de 20-29 ya grubunda oldu u gösterilmi tir(49).

Çetin ve arkadaş larının stanbul' da yaptıkları ve on yıllık bir periyodu inceledikleri bir çalı mada stanbul' daki Bo az Köprüsünden atlama yoluyla intihar eden 65 vaka incelemi lerdir. Bu vakaların 61 tanesi erkek, 4 tanesini ise kadınlar olu turmaktaydı(52). Avusturya'da yapılan ve 30 yıllık bir periyodu kapsayan bir çalı mada özkıyım yönteminin her iki cinste de % 44.8 ile ası ilk sırada bulunmu tur(53). Litvanya' da 1993-2002 yıllarını kapsayan bir çalı mada ası yöntemi her iki cinste de en yaygın olarak kullanılan yöntem olarak bulunmu tur. Asıdan sonraki en yaygın özkıyım metodu ise erkeklerde ate li silah ve patlayıcılar, kadınlarda ise zehirlenme en yaygın ikinci özkıyım yöntemidir. Ası yöntemi Almanya, srail, Slovenya, Macaristan ve Estonya gibi ölkelerde de en sık görölen özkıyım

metodudur, bununla beraber bu ülkelerdeki ası oranı Litvanya' dan daha düşük olarak rapor edilmiştir. Bazı ülkelerde yüksekten atlama yaygın bir özkıyım metodudur örneğin Singapur'da % 70 ile özkıyım için en yaygın metottur(31).

Tayland' da yapılan bir çalışmada tüm yaş gruplarında her iki cinstede en yaygın kullanılan özkıyım yöntemi ası olarak bulunmuştur(42). Ülkemizde her iki cinsiyette de, intiharların yarıya yakın bir kısmı kendini asma yoluyla gerçekleştirilmektedir. İkinci sırada ise, kadınlarda kimyasal madde; erkeklerde ateşli silah kullanarak intihar gelmektedir. Üçüncü sıradaki intihar yöntemi ise kadınlarda yüksekten atlama, erkeklerde de kimyevi madde ile olmaktadır(2).

Özkıyım ile kuvvetle ilişkili olan faktörler; erkek olmak, depresyonda olmak, alkol ya da ilaçla ilişkili problemi olmak, toplumdandan izole olmak, ciddi fiziksel hastalığı olmak, boşanma veya ayrı yaşamıyor olmak, yakın zamanda intiharını kaybetmiş olmak, hapis hane de olmak sayılabilir(28).

2.5.7. Beden Sağlığı

Ciddi medikal hastalıklarda; kanser, HIV(+), nörolojik hastalıklar gibi, ciddi özkıyım riski taşıdıkları bulunmuştur. Fiziksel hastalıklar arasında özkıyım riskinin en çok malign neoplazmlarda arttığı kanıtlanmıştır(54). Çeşitli nedenlerle hastaneye yatırılmalarına bakıldığında epilepsi ile intiharlar arasında direkt bir bağlantı olduğu görülmektedir. Epileptik hastalarda intihar oranı diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında 5-7 kat daha yüksektir. Bunun yanı sıra hipotiroidizm, hepatik ensefalopati, adrenal hipoaktivite de bireyin ruhsal durumunu etkilemekte ve intihar nedeni olabilmektedir. Bedensel rahatsızlıklardan özellikle malign hastalıklarda hem intihar hem de girişimi oldukça yüksektir. Özellikle kanser teşhis konulan hastalarda bu oran daha da artmaktadır(17).

Deveci ve arkadaşları psoriasis' li hastalarda yaptıkları bir çalışmada intihar olasılığı ölçeğine göre bu hastalarda intihar düşüncesini kontrol grubuna göre daha yüksek bulduklarını belirtmişlerdir(55).

2.5.8. Psikopatolojik Faktörler

Intihar düşüncesi ve davranışı ile psikiyatrik bozukluklar arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik hastalarda intiharın görülme sıklığı diğer gruplardan 5 ile 40 kez daha yüksek olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluklarda bazı tanı gruplarında intihar daha çok görülmektedir(17). Unipolar ya da majör depresyonda (MD) yaşam boyu % 10-15 oranında intihar gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Tedavi edilmemiş depresyon hastalarında, özellikle eşitlik ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı halinde risk yükselmektedir. İntiharı gerçekleştiren MD hastalarının sıklıkla alkol ve madde kötüye kullanımı, birden çok fiziksel hastalık ve çeşitli kişilik bozuklukları eşlik etmekte olduğu belirlenmiştir(56).

Depresif bozukluk, bir affektif bozukluk olarak toplumumuzda ve dünyada en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Hagnel ve Rorsman'ın yaptığı çalışmada herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan popülasyonda intihar oranı 100.000' de 8.3 iken, depresif bozukluklarda aynı oran 100.000' de 83 olarak saptanmıştır. Yine depresif bozukluğu olan erkeklerde bu oran 100.000' de 650'lere kadar yükselmektedir(33).

Ateçi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunan hastaların çoğunluğu % 46.7 psikiyatrik değerlendirilmelerinde depresif bozuklukları tanınmıştır. Depresif bozuklukları sıklık açısından psikotik bozukluklar % 15 ve anksiyete bozuklukları izlemiştir. Yine aynı çalışmada tüm grubun daha önceden % 53.3'ünde psikiyatrik bozukluk ve % 48'inde psikofarmakolojik tedavi öyküsü bulunmaktaydı(57).

Sarıncı ve arkadaşlarının Sivas İli Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören 1050 hastada yaptıkları çalışmada 108 (%10.2) hastada intihar girişimi olduğu bulunmuş ve bu hastalarında daha sıklıkla kadınlar % 69.4 ve çalışmayanlar % 54.6 olduğu bulunmuştur. Bu hastalarda intihar girişimi sonrası en sık konan psikiyatrik tanı ise depresyon % 48.1 olarak bulunmuştur(5).

Yetersiz dozda ilaç tedavisi mevcut psikiyatrik hastalığın öncelikle iyilememesine, kronikleşmesine ve bazen de alkol-madde kullanımıyla komplike olmasına yol açarak intihar riskini arttırabilir(58). Yapılan tüm çalışmalar izofrenideki intihar risk oranlarının duygulanım bozuklukları ile karıştırılabilecek düzeyde olduğunu göstermektedir. izofrenisi olan hastalarda yapılan ve 1 yıldan 40 yıla kadar değişebilen zaman aralıklarını içeren izlem çalışmaları, izofrenide ölümlerle sonuçlanan intihar oranlarını % 10-13 oranında bulmuştur. Aynı çalışmalarda intihar girişimlerinde bulunan hastaların oranı ise % 40 civarındadır. ABD'de yapılan Ulusal Komorbidite Çalışması'nda (National Comorbidity Survey-NCS) izofrenik hastalarda yaşam boyu en az bir intihar girişiminde bulunanların oranı % 37 olarak bulunmuştur. Bu oran tek bir hastalık için yaşam boyu en yüksek intihar oranıydı ve aynı çalışmada izofrenisi olmayan popülasyonda % 7.9 unipolar depresif bozukluğu olan hastalarda ise % 10 olarak gösterilmiştir. izofrenide intihar oranları genel toplum ortalamalarının en az 20 katıdır(59).

izofreni hem intihar, hem de depresyon için yüksek bir risk durumudur ve izofrenide depresyonun mevcudiyeti belki de en önemli tanınabilir intihar risk etmenidir. Roy (1982), intihar eden izofrenilerin diğer izofrenili hastalara göre yüksek düzeyde depresyon yaşantılarını göstermiştir. NCS Çalışmasında izofreni hastalarının % 81'inin yaşamamlarının bir noktasında bir duygu durum bozukluğu, % 59'unun yineleyici depresif bozukluk gösterdikleri bulunmuştur. Aynı zamanda izofrenisi olan hastalardan tekrarlayıcı depresif bozukluk gelişmelerinin yaklaşık % 10'unda yaşam boyu intihar girişimi görüldüğü

bildirilmi tir(59). izofrenide intiharın öngörücüleri arasında önceki intihar giri imleri, yatı sırasında depresyon, psikomotor ajitasyon, intihar dü ünceleri, yakın akrabalarda duygu durum bozuklu u, mesleki ve sosyal i levsellikte bozukluk bulunmaktadır. izofreni hastalarından hastaneye yatı öyküsü olan intihar kurbanlarında yüksek oranda tedaviye olumsuz ve ilgisiz yakla ım (% 81), yüksek oranda alkolizm e tanısı (% 36), paranoid alt tip (% 57), yakın zamanlı intihar giri imi ya da bunun dile getirilmesi (% 74), yıl içinde çok sayıda hastaneye yatı varlı ı ve son hastanede yatı süresinin kısa süreli olması gözlenmi tir. izofreni tanısı bulunan ergenlerde alkol-madde kötüye kullanımı intihar riskini arttırabilmektedir(56).

Mc Girr ve Turecki yaptıkları çalı mada 527 tamamlanmı özkıyım' da 43 vakada (%8.1) izofreni ve izoaffektif bozuklukla kar ıla mı lardır(60). Alkol kullanımı özkıyım ile yaygın olarak ili ki içindedir. Özkıyım olgu serileri çalı maları tüm özkıyımların %20-%40' ının alkolik oldu unu göstermi tir. Crombie ve arkadaş larının yaptı ı çalı mada alkolün özkıyım öncülü oldu u saptanmı tir(61).

Roy' un yapmı oldu u bir çalı mada incelenen 280 alkol ba ımlısı hastanın 121 (% 42.9) tanesinin geçmi inde özkıyım giri imi oldu u gözlenmi tir(62). Nakaya ve arkadaş ları Japonya'da yaptıkları bir çalı mada a ır alkol alımı olan hastalarla daha hafif alkol alımı olan ve alkol almayan hastaları üç ayrı grup olarak ele almı ve incelemi lerdir. A ır oranda alkol alanlarda özkıyım riskinin di er gruplara oranla anlamlı derece de arttı nı göstermi lerdir(63).

Kokain ba ımlılarında özkıyım riski artmı tir. ABD' de 13673 vakanın incelendi i epidemiyolojik bir çalı mada kokain kullananların anlamlı bir ekilde artmı özkıyım giri im riskine sahip oldukları görülmü tür(64).

ntihar giri iminde bulunan ki ilerin önemli bir yüzdesinin ki ilik sorunları ya da bozuklukları vardır. Bir ki ilik bozuklu unun bulunması çe itli yollarla intihar davranı nı do urmaktadır (Depresif bozukluklar ya da alkol ba ımlılı ı gibi psikiyatrik bozukluklara zemin hazırladı ı için, ili kilerinde ya da toplumsal uyarımlarında zorluklara yol açtı ı için, istenmedik ya am olaylarının ortaya çıkmasına neden oldu u için, psikiyatrik ya da fiziki bir bozuklukla ba etme becerilerini bozdu u için, çevresindekilerle çatı maya girmelerine neden oldu u için)(43).

Antisosyal ki ilik bozuklu u olanların yakla ık % 5' inin intihar giri iminde bulundu u sanılmaktadır. Tutuklularda intihar oranı toplumun üç katıdır. Hapishanelerde gerçekte en intiharların üçte birinden fazlası daha önce psikiyatrik tedavi görmü ki ilerde olmaktadır ve

bunların yarısının, son altı ay içinde olmak üzere daha önce bir intihar tehdidi ya da giri mi olmu tur(43).

2.5.9. Daha Önceki Özkıyım Giri imleri

Ki inin daha önceden bir intihar giri iminin olması daha sonra da intihar giri iminde bulunabilece inin en önemli göstergesidir. Yapılan çalı malar intihar giri iminde bulunmu olan depresif hastaların yakla ık % 40' ının daha önce de böyle bir giri imde bulunmu oldu unu göstermektedir. Hastanın ikinci kez intihar giri iminde bulunma olasılı ının en yüksek oldu u dönem ilk intihar giri iminden sonraki üç aylık dönemdir (43).

3. MATERYAL VE METOT

Çalı mada 01.01.2003 ile 31.12.2007 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalına intihar davranı ı nedeniyle ba vuran 1281 hasta incelenmi tir.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalına 01.01.2003 ile 31.12.2007 tarihleri arasında, intihar davranı ı nedeniyle ba vuran 1814 hastanın ar iv kayıtları, hazırlanan bilgi formu doldurularak incelenmi tir. Kendi iste i ile hastanemizden tedavisi tam olarak tamamlanmadan çıkan hastalar ve dosyasında bilgilerine tam olarak ula ılamayan hastalar çalı maya alınmadı. Bilgi formu tam olarak doldurulabilen 1281 hasta çalı maya alındı. Hastaların 901'ini (%70.4) kadınlar, 380'ini (%29.6) erkekler olu turdu.

Verilerin de erlendirilmesinde "SPSS for Windows 12.0" bilgisayar paket programı kullanılmı tir.

4. BULGULAR

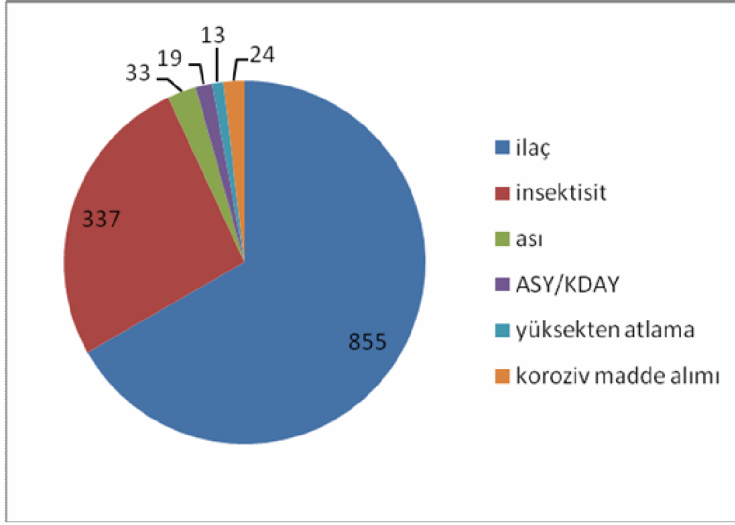
Çalı maya özkıyım davranı ı nedeniyle Acil Servisimize getirilen 1281 hasta dahil edildi. Hastaların 901 (% 70.4)' i kadın, 380 (% 29.6)' i ise erkekti. Kadın hastaların erkek hastalara oranı 2.37 olarak bulundu. Hastaların tümünün ya ortalaması 23.36 (± 7.53) olup kadınların 23 (± 7.131), erkeklerin ise 24.22 (± 8.347) olarak bulundu. Tüm hastalarımızın % 96.8' i 40 ya altında idi (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların cinsiyetlerine göre oranları ve ya ortalamarı

	N	%	Ortalama \pm SD
Erkek	381	29.6	24.22 \pm 8.347
Kadın	901	70.4	23 \pm 7.131
Toplam	1281	100.0	23.36 \pm 7.53

Hastaların özkıyım ve özkıyım giri im yöntemleri ilaç alma, insektisid alma, kendini asma, yüksekten atlama, ate li silah veya kesici delici aletle giri imde bulunma ve koroziv madde alma olmak üzere altı grupta toplandı. 1281 hastanın 855 (% 66.7)' i ilaç alımı, 337 (% 26.3)' si insektisid alımı, 33 (% 2.6)' ü kendini asma, 19 (% 1.5)' u ate li silah veya kesici-delici alet ile kendine zarar verme, 13 (% 1)' ü yüksekten atlama ve 24 (% 1.9)' ü koroziv madde alımı yoluyla özkıyım veya özkıyım giri iminde bulunmu lardır (Grafik 1).

Grafik 1: Hastaların özkıyım yöntemlerine göre dağılımını gösteren grafik



Hastaların cinsiyetlerine göre özkıyım yöntemleri incelendi inde; 380 erkek hastanın 231 (% 60.8)' i ilaç alımı, 109 (% 28.7)' u insektisit alımı, 17 (% 4.4)' si ası, 14 (% 3.7)' ü ate li silah veya kesici-delici alet ile, 2 (% 0.5)' si yüksekten atlama ve son olarakta 7 (% 1.9)' sinin de koroziv madde alım yöntemini tercih etti i görüldü. 901 kadın hastanın 624 (% 69.3)' ü ilaç alımı, 228 (% 25)' i insektisit alımı, 16 (% 1.8)' si ası, 5 (% 0.5)' i ate li silah veya kesici-delici alet, 11 (% 1.3)' i yüksekten atlama ve 17 (% 1.8)' si de koroziv madde alım yöntemini tercih etti i görüldü (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların özkıyım yöntemleri ve cinsiyete göre analiz sonuçları

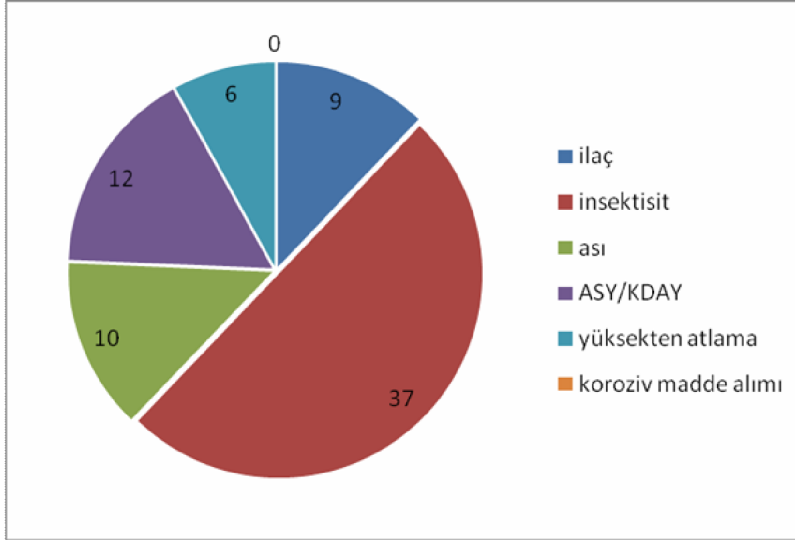
	Erkek N (%)	Kadın N (%)	Toplam N
	380 (29.6)	901 (70.4)	1281
ilaç alımı	231 (60.8)	624 (69.3)	855
insektisit	109 (28.7)	228 (25.3)	337
Ası	17 (4.4)	16 (1.8)	33
ASY/KDAY*	14 (3.7)	5 (0.5)	19
Yüksekten atlama	2 (0.5)	11 (1.3)	13
Korozif madde alımı	7 (1.9)	17 (1.8)	24

*ASY: ate li silah yaralanması, KDAY: kesici delici alet yaralanması *p=0.004

Çalı maya alınan 1281 hastanın hastaneden ifa ile taburculuk ve ölüm oranları ise u ekilde bulunmu tur ; 74 (% 5.78) hasta ölmü , 1207 (% 94.22) hasta ise ifa ile taburcu edildi. Ba vuran 380 erkek hastadan ölenlerin sayısı 29 (% 7.6) iken kadınlarda bu oran ba vuran 901 hasta içinde 45 (% 5) olarak bulundu (p=0.045). Ölen kadınların erkeklere oranı ise 1.55 bulundu.

Ölen hastaların kullandıkları özkıyım yöntemleri ile ili kilerine bakıldı nda; ölen 74 hastadan 9 (% 12.18)' u ilaç alımı, 37 (% 50)' si insektisid alımı, 10 (% 13.51)' u kendini asma yöntemi, 12 (% 16.21)' si ate li silah veya kesici-delici alet kullanımını, 6 (% 8.1)' sı da yüksekten atlama yöntemini tercih etti i bulundu. Çalı mamızda koroziv madde alan 24 hastanın hiç birinde ölüm görülmedi (p<0.001)(Grafik 2).

Grafik 2: Ölen olguların özkıym yöntemlerine göre dağılımını gösteren grafik



Hastaların geliş yerleri incelendiğinde; 946 (% 73.9)'sının il merkezlerinden, 335 (% 26.1)'inin ise ilçe ve köylerden geldiği görüldü. Hastaların geliş yerleri ile cinsiyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde il merkezinden gelen 946 hastanın 322 (% 34.04)'ü erkek, 624 (% 65.96)'ü kadındı. İlçe ve köylerden gelen 335 hastanın 58 (% 17.3)'ü erkek, 277 (% 82.7)'si kadındı (Tablo 3).

Hastaların geliş yerleri ile ölümlerinin olmaları arasındaki ilişki incelendiğinde il merkezinden gelen 946 hastadan 37 (% 3.9)'ü, ilçe ve köylerden gelen 335 hastadan da 37 (% 11)'inin ölmü olduğu tespit edildi ($p < 0.001$) (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların geliş yerlerine göre cinsiyetlerinin karşılaştırılması

	İl Merkezi N (%)	İlçe/Köy N (%)	Toplam N=1281	P değeri
	946 (73.9)	335 (26.1)		
Erkek	322 (34)	58 (17.3)	380 (29.6)	<0.0001
Kadın	624 (66)	277 (82.7)	901 (70.4)	
Mortalite	37 (3.9)	37 (11)	74 (5.78)	

İl merkezinden gelen 946 (% 73.9) hastanın 720 (% 76.1)'i ilaç alımı ile, 151 (% 16)'i insektisit alım yoluyla, 26 (% 2.7)'i ası ile, 16 (% 1.7)'i ateşli silah veya kesici-

delici aletler ile, 13 (% 1.4)' ü yüksekten atlama ile ve son olarak 20 (% 2.1)' si de korozif madde alımını kullanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların özkiyim yöntemleri ile geliş yerleri arasındaki ilişki

	I Merkezi N (%)	İçe/Köy N (%)	Toplam N=1281
laç alımı	720 (76.1)	135 (40.3)	855
nsektisit	151 (16)	186 (55.5)	337
Ası	26 (2.7)	7 (2.1)	33
ASY/KDAY*	16 (1.7)	3 (0.9)	19
Yüksekten atlama	13 (1.4)	0 (0)	13
Korozif madde alımı	20 (2.1)	4 (1.2)	24

*ASY: ate li silah yaralanması, KDAY: kesici delici alet yaralanması.*p<0.0001

Hastaların medeni durumları incelendi inde ba vuran 1281 hastanın 577 (% 45)' si evli, 704 (% 55)' ü ise bekâr olarak bulundu (Tablo 5).

Medeni durum ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendi inde ba vuran 901 kadın hastanın 438 (% 48.6)' i evli, kalan 463 (% 51.4)' ü ise bekâr olarak bulundu. Ba vuran 380 erkek hastadan 139 (% 36.6)' u evli, 241 (% 63.4)' i ise bekâr olarak bulundu (Tablo 5). Bekâr olmak erkeklerde intihar riskini 1.3 kez arttırmaktadır (OR:1.329; %95 GA: 1.146–1.542).

Tablo 5: Hastaların cinsiyetleri ile medeni halleri arasındaki ili ki

	Evli N (%) 577 (45)	Bekar N (%) 704 (55)	Toplam N=1281	P de eri
Erkek	139 (36.6)	241 (63.4)	380	<0.0001
Kadın	438 (48.6)	463 (51.4)	901	

Evli olan 577 (% 45) hastadan 359 (% 62.3)' u ilaç alımı, 180 (% 31.2)' i insektisid alımı, 13 (% 2.3)' ü ası, 8 (% 1.4)' i ate li silah yaralanması veya kesici delici aletler ile 5 (% 0.8)' i yüksekten atlama ve 12 (% 2)' si de koroziv madde alımını yöntemini kullanımı . Bekâr olan 704 (% 55) hastadan 496 (% 70.5)' sı ilaç alımı, 157 (% 22.3)' si insektisid alımı, 20 (% 2.8)' si ası, 11 (% 1.5)' i ate li silah yaralanması veya kesici delici aletler ile 8(% 1.1)' i yüksekten atlama ve 12 (% 1.7)'si de koroziv madde alımını kullanımı olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: Hastaların medeni halleri ile özkıyım yöntemleri arasındaki ili ki

	Evli N (%) 577 (45)	Bekâr N (%) 704 (55)	Toplam N=1281
ilaç alımı	359 (62.3)	496 (70.5)	855
nsektisit	180 (31.2)	157 (22.3)	337
Ası	13 (2.3)	20 (2.9)	33
ASY/KDAY*	8 (1.4)	11 (1.5)	19
Yüksekten atlama	5 (0.8)	8 (1.1)	13
Korozif madde alımı	12 (2)	12 (1.7)	24

*ASY: ate li silah yaralanması, KDAY: kesici delici alet yaralanması *p=0.018

Evli olan 577 (% 45) hastanın 35 (% 6.1)' i ölümler, bekar olan 704 (% 55) hastanın 39 (% 5.5)' u ölmü tür. Bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hastaların herhangi bir i te çalı ip çalı mamaları durumları incelendi inde; 1281 hastanın 293 (% 22.9)' ü çalı makta, 988 (% 77.1)' i ise herhangi bir i te çalı mamaktaydı. Çalı ma durumu ile cinsiyet arasındaki ili ki incelendi inde çalı an 293 hastanın 176 (% 60.7)' sı erkek, 117 (% 39.3)' si ise kadın olarak bulundu. Çalı mayan 988 hastadan 204 (% 20.6)' ü erkek, 784 (% 79.4)' ü ise kadın olarak bulundu (Tablo 7).

Tablo 7: Olguların cinsiyetleri ile çalı ma durumları

	Çalı an N (%) 293 (22.9)	Çalı mayan N (%) 988 (77.1)	Toplam N=1281	P de eri
Erkek	176 (60.7)	204 (20.6)	380	p<0.0001
Kadın	117 (39.3)	784 (79.4)	901	

Hastaların çalı ma durumları ile kullandıkları özkıyım yöntemleri kar ıla tırıldı nda; çalı an 293 (% 22.9) hastanın 229 (% 78.2)' u ilaç alımı, 49 (% 16.7)' u insektisid alımı, 5 (% 1.7)' i ası, 5 (% 1.7)' i ate li silah yaralanması veya kesici delici aletler ile 5 (% 1.7)' i ise koroziv madde alımı yöntemini kullanmı olup çalı anlar içinde yüksekten atlama yöntemini kullananın olmadığı bulunmu tur (Tablo 8).

Çalı ma durumu ile ölüm oranları arasındaki ili ki incelendi inde; çalı an 293 hastadan 8 (% 2.7) hasta ölürken, çalı mayan 988 hastadan 66 (% 6.7) tanesi ölmü tür (p= 0.010).

Tablo 8: Hastaların çalı ma durumları ile özkıyım yöntemlerinin kar ıla tırılması

	Çalı an N (%) 293 (22.9)	Çalı mayan N (%) 988 (77.1)	Toplam N=1281
ilaç alımı	229 (78.2)	626 (63.4)	855
nsektisit	49 (16.7)	288 (29.1)	337
Ası	5 (1.7)	28 (2.9)	33
ASY/KDAY*	5 (1.7)	14 (1.4)	19
Yüksekten atlama	0 (0)	13 (1.3)	13
Koroziv madde alımı	5 (1.7)	19 (1.9)	24

*ASY: ate li silah yaralanması, KDAY: kesici delici alet yaralaması *p<0.0001

Olgularımızın olayı gerçekle tirdikleri yer incelendi inde 1241 (% 96.9) hastanın olayı ya adıkları evde gerçekle tirdi i, geriye kalan 40 (% 3.1) hastanın ise ba ka yerlerde olayı gerçekle tirdikleri tespit edildi. Ba ka yerlerde olayı gerçekle tiren 40 hastanın 16 (% 40)' sı erkek, 24 (% 60)' ü ise kadındı. Ya adı ı evde olayı gerçekle tiren 1241 olgunun 364 (% 29.3)' ü erkek, geriye kalan 877 (% 70.7)' si ise kadın olarak bulundu (Tablo 9).

Ya adıkları evde özkıyım olayı meydana getiren 1241 hastadan 72 (% 5.8)'sinde ölüm olurken, özkıyım olayı ya adıkları yer dı nda gerçekle tiren 40 hastadan 2 (% 0.5)'sinde ölüm olmu tur ($p>0.05$).

Tablo 9: Olay yerinin cinsiyet ile ili ki

	Ev N (%)	Di er N (%)	Toplam N=1281	P de eri
	1241 (96.9)	40 (3.1)		
Erkek	364 (29.3)	16 (40)	380	
Kadın	877 (70.7)	24 (60)	901	$p<0.0001$

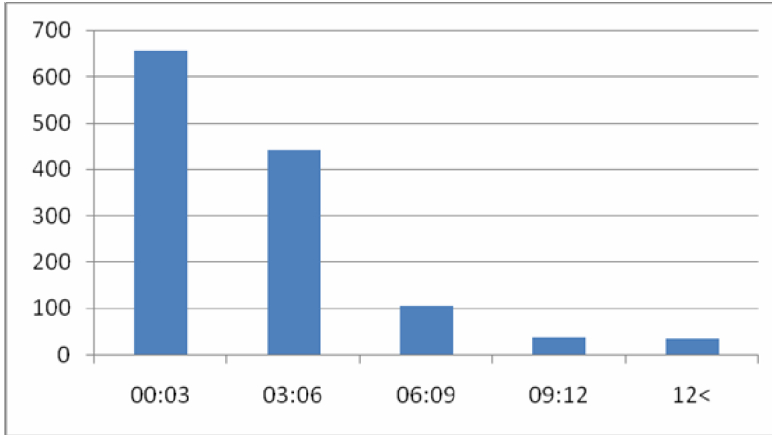
Çalı mamızda 547 (% 42.7) hastanın özkıyım olayının olu zamanı günün en fazla 12.00-18.00 saatleri arasında meydana geldi i zaman dilimi idi (Tablo 10).

Tablo 10: Cinsiyetlere göre olu zamanını gösteren tablo

	Grup1 (0-6) N (%)	Grup2 (6-12) N (%)	Grup3 (12-18) N (%)	Grup4 (18-24) N (%)	Toplam N=1281
	117 (9.1)	277 (1.6)	547 (42.7)	340 (26.6)	
Erkek	24 (20.5)	67 (24.2)	171 (31.2)	118 (34.7)	380
Kadın	93 (79.5)	210 (75.8)	376 (68.8)	222 (65.3)	901

Çalı maya alınan 1281 hastanın hastanemiz acil servisine ba vuru zamanlarını ilk 3 saat, 3-6. saatler, 6-9. saatler, 9-12. saatler ve 12. Saatten sonra olmak üzere be ayrı gruba ayırdık. 656 (% 51.2) hasta ilk üç saatte, 443 (% 34.6) hasta 3-6. saatlerde, 107 (% 8.3) hasta 6-9. saatlerde, 38 (% 3) hasta 9-12. saatlerde ve 37 (% 2.9) hastanın da 12. saatten sonra ba vurdu u bulundu (Grafik 3).

Grafik 3: Hastaların ba vurdu u sürelerinin dağılımı



Ba vurdu u zamanları ile özkıyım yöntemleri arasındaki ili ki incelendi inde; ilaç alan 855 hastadan 424 (% 49.6) hasta ilk üç saatte, 297 (% 34.9) hasta 3-6.saatlerde,77 (% 9) hasta 6-9. saatlerde, 28 (% 3.2) hasta 9-12. saatlerde ve 29 (% 3.3) hastanın ise 12. saatten sonra ba vurdu u tespit edildi (Tablo 11).

nsektisid alan 337 hastadan 149 (% 44.2) hasta ilk üç saatte, 142 (% 42.1) hasta 3-6. saatlerde, 28 (% 8.3) hasta 6-9. saatlerde,10 (% 3) hasta 9-12. saatlerde ve 8 (% 2.4) hastanın ise 12. saatten sonra ba vurdu u tespit edildi (Tablo 11).

Ası yöntemini tercih eden 33 hastadan 30 (% 91) hasta ilk üç saatte, 2 (% 6) hasta 3-6.saatlerde ve geriye kalan 1 (% 3) hastanın 6-9. saatlerde ba vurdu u tespit edildi (Tablo 11).

Ate li silah veya kesici-delici alet yöntemini kullanan 19 hastanın tamamının ilk üç saatte ba vurdu u bulundu. Yüksekten atlama yöntemini kullanan 13 hastanın tamamının ilk üç saatte ba vurdu u bulundu. Koroziv madde alan 24 hastadan 21 (% 87.5) hasta ilk üç saatte, 2 (% 8.3) hasta 3-6. saatlerde kalan 1 (% 4.2) hastanın da 9-12. saatlerde ba vurdu u tespit edildi. Ba vurdu u zamanları ile ölüm oranları arasındaki ili ki incelendi inde; ölen 74 hastadan 48 (% 64.9) hasta ilk üç saatte, 19 (% 25.7) hasta 3-6. saatlerde, 6 (% 8.1) hasta 6-9. saatlerde, 1 (% 1.3) hasta 9-12. saatlerde ba vurdu u tespit edildi (Tablo 11).

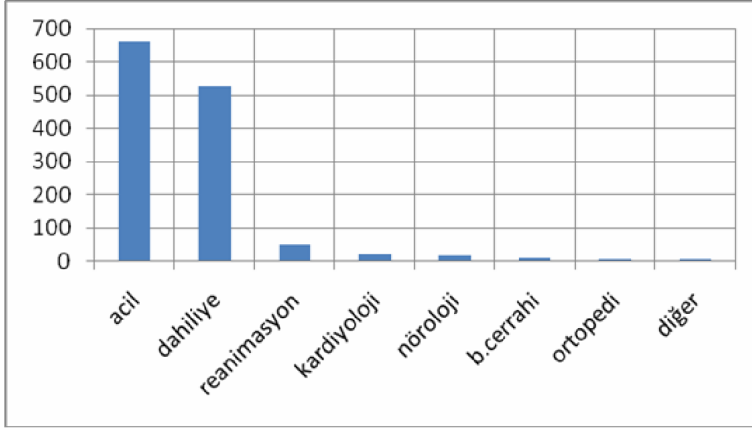
Tablo 11: Geli zamanları ile özkıym yöntemleri ve mortalite ile ili kisi

	Grup1 (0-3)	Grup2 (3-6)	Grup3 (6-9)	Grup4 (9-12)	Grup5(12<)	Toplam N=1281
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
	656 (51.2)	443 (34.6)	107 (8.3)	38 (3)	37 (2.9)	
laç alımı	424 (49.6)	297 (34.9)	77 (9)	28 (3.2)	29 (3.3)	855
nsektisit	149 (44.2)	142 (42.1)	28 (8.3)	10 (3)	8 (2.4)	337
Ası	30 (91)	2 (6)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	33
ASY/KDAY*	19 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	19
Yüksekten atlama	13 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	13
Korozif madde			1 (4.2)	0 (0)	0 (0)	24
Mortalite	21 (87.5)	2 (8.3)	6 (8.1)	1 (1.3)	0 (0)	74
	48 (64.9)	19 (25.7)				

*ASY: ate li silah yaralanması, KDAY: kesici delici alet yaralaması

Ba vuran 1281 hastanın takip edildi i klinikler incelendi inde; 661 (% 51.6)' i acil serviste, 525 (% 41)' i dâhiliye klini inde, 47 (% 3.7)' si reanimasyon klini inde, 17 (% 1.3)' si kardiyoloji klini inde, 14 (% 1.1)' ü nöroloji klini inde, 7 (% 0.5)' si beyin cerrahi klini inde, 5 (% 0.4)' i ortopedi klini inde ve 5 (% 0.4)' i de di er kliniklerde takip edildi (Grafik 4).

Grafik 4: Hastaların yattığı kliniklere göre dağılımları



5. TARTI MA

Özkıyım dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve önemli bir halk sa lı ı problemidir(21). Dünya Sa lık Örgütü'nün verilerine göre geli mi ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biri intiharlardır(17). intihara ba lı ölümlerin son yirmi yılda ergen ve erken eri kinlik grubunda belirginle mesi dikkat çekicidir. Bu durum intihar davranı nı batılı ülkelerde önemli bir halk sa lı ı sorunun düzeyine getirmi tir(65).

Yalvaç' ın (12) yapmı oldu u çalı mada ba vuran olgularda kadınların erkeklere oranı 1.7 olarak bulunmu tur. Dilbaz ve ark' larının(10) yaptı ı intihar giri imlerinin de erlendirilmesi çalı masında bu oran 2.17 olarak bulunmu tu. Çalı mamızda acil servisimize ba vuran hastaların % 70.4' ünü kadınlar, % 29.6' sını ise erkekler olu turmaktaydı. Kadınların erkeklere oranı özkıyım ve özkıyım giri imlerinin tamamını ele aldı ımızda 2.37 olarak bulundu.

Hastalarımızın ortalama ya ları hesaplandı nda tümünün ya ortalaması 23.36 ± 7.53 olup kadınların 23 ± 7.13 , erkeklerin ise 24.22 ± 8.34 olarak bulundu. Bu bulgularımız literatürler ile uyumludur(2,20,23,28,39,46,66,67).

enol ve ark' larının(39) yaptıkları çalı mada ba vuran hastaların tümünde ilk sırada özkıyım yöntemi ilaç iken tamamlanmı giri imlerde ilk sırayı yüksekten atlama yöntemi almaktaydı. Çayköylü ve ark' larının(67) yaptıkları çalı mada vakaların tümünün kullandıkları yöntemlerin ba nda ilaç ilk sırayı almakta idi. Alptekin ve ark' larının(68) yaptıkları çalı mada her iki cinste de intihar giri imlerinde ilaç ve toksik madde alımı ilk sırayı almaktaydı. Kesebir ve ark' larının(69) yaptıkları çalı mada ba vuran hastalarda en sık kullanılan yöntem ilaç ve insektisid alımı yoluyla kimyasal ajanların alımıydı. Barr ve arkadaş larının(70) yaptıkları bir çalı mada özkıyım giri iminde bulunan vakaların kullandıkları yöntemlerde ilk sırada ilaç alımı gelmekteydi. Zihel ve Zalar(71) Slovenya'da yaptıkları çalı mada tamamlanmı özkıyımlar da en sık kullanılan yöntemin ası oldu unu belirtmi lerdir. Starkuviene ve ark' ları(31) yapmı oldukları çalı mada tamamlanmı özkıyımlarda her iki cinste de ilk sırayı ası yöntemi almaktaydı. Henderson ve ark' larının(72) yaptıkları çalı mada özkıyım yöntemlerinde erkeklerde ası, kadınlarda ise ilaç a ırı doz alımının ilk sırada oldu u gösterilmi tir. Çalı mamızda özkıyım giri imlerinde en fazla kullanılan yöntem % 70.8 ile ilaç iken tamamlanmı özkıyımlarda % 50 insektisid ilk sırayı almaktaydı. Bu sonuç istatistiksel olarak ta anlamlı bulundu. Biz bunun nedenini ilaçlara ula ılabılmenin daha kolay oldu unu dü ünülmekteyiz. Ayrıca özkıyım giri imlerinin ço unda asıl amacın ölüm olmayıp ki inin içinde bulundu u duruma dikkat çekmek oldu u gerçe ini göz önünde bulundurursak ilaç alma

yönteminin daha fazla tercih edilme nedenini anlayabiliriz. Çalı mamızda her iki cinsiyette kullanılan yöntem olarak ilk sırayı yine ilaç alımı almaktaydı.

Sa inç ve ark' larının(5) yapımı oldukları çalı mada hastaneye ba vuran özkıyım giri imlerinin % 1.8' i ölümlle sonuçlanmı tı. enol ve ark' larının(39) yapımı oldukları çalı mada da bu oran % 1.8 olarak bulunmu tu. Çalı mamızda hastanemize ba vuran hastalarımızın % 5.78' inin giri imi ölümlle sonuçlanmı tır. Biz oranlarımızın ortalamanın üzerine olu unu hastanemizin bir bölge hastanesi tarzında çalı masına ve durumu ciddi olan tüm hastaların hastanemize gönderilmesinin sonucunda oldu unu dü ünmekteyiz.

Sır ve ark' larının(34) Diyarbakır'da yaptıkları çalı mada özkıyım ve özkıyım giri imlerinde kadınların oranının erkeklerden daha fazla oldu u bulunmu tur. Ba lı(73) Batman ilinde yaptıkları çalı mada özkıyım ve özkıyım giri imlerinde kadınların sayısının erkeklerden fazla oldu unu ifade etmi tir. Çalı mamızda ba vuran erkek hastalarımızın kendi aralarında ölenlerin oranı % 7.6 iken, kadınların oranı % 5 olarak bulunmu olup bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak ölen hastalarımızın tamamında kadın hastalarımızın erkeklere oranı 1.55 olarak bulunmu tur. Bu sonuç literatürle büyük oranda uyumlu olmayıp bu yönde literatürde bizim sonuçlarımızla uyumlu bilgiler de mevcuttur(2,38,68). Biz bu sonucun nedeninin bölgemizdeki feodal ya am biçiminin kadınlar üzerinde olu turdu u toplumsal baskı ve kadınlara kendi ya amları konusunda yeterince söz hakkı tanınmaması neticesinde kadınların bir çıkı yolu bulamadıklarından çaresizliklerini özkıyım davranı ı yoluyla dile getirdiklerini dü ünmekteyiz.

Çalı mamızda ölen 74 hastanın kullandıkları yöntemlere baktı ımızda 37 (% 50)' sinin insektisid ile öldükleri tespit edildi. nsektisid ile ölenlerin yüksek olarak bulunması istatistiksel olarak anlamlılık gösterdi. Bu sonuçlar literatür bilgileri ile paralellik göstermemektedir(2,31,42). Biz bu sonucun birkaç nedeni oldu unu dü ünmekteyiz; bölgemizin tarım bölgesi olmasına, insektisidlerin daha kolay bulunabilmesine ve bu ajanları alan hastaların di er iddet içeren intihar yöntemlerine göre olayı gerçekle tirdikten sonra hastaneye ba vuruncaya kadar ölmemelerinden kaynaklanabilece ini dü ünmekteyiz.

Yip ve ark' larının(74) yapımı oldukları çalı mada kırsal kesimde ya ayan erkeklerde tüm ya gruplarında kentlerde ya ayanlara göre intihar hızı daha yüksek bulunmu tur. Yine aynı çalı mada kentlerde ya ayan kadınlarda intihar oranı kırsal bölgede ya ayanlara göre daha yüksek bulunmu tur. Gülo lu ve Kara'nın yaptı ı çalı mada kırsal kesimden gelen hastalarda insektisid kullanımı ço unlukta iken, kent merkezinden gelen hastalarda ilaç alımı ço unlukta olarak bulunmu tu(75). Hastalarımızın geli yerleri incelendi inde % 73.9' unun il merkezlerinden, % 26.1' inin ise ilçe ve köylerden geldi i

tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlılık gösterdi. Hastaların cinsiyetleri ile geli yerleri kar ıla tırıldı ında hem il merkezlerinden hem de ilçe ve köylerden gelen hastalarda kadınların ço unlukta oldu u görüldü ve bu farkta istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Beautrais ve ark'larının(76) çalı masında kırsal kesimden gelen özkıyım olgularında ölümlerin daha fazla oldu u tespit edilmi tir. Çalı mamızda hastaların geli yerleri ile ölüm oranları arasındaki ili ki incelendi inde il merkezinden gelen hastaların % 3.9' u, ilçe ve köylerden gelen hastaların ise % 11' inin öldü ü hesaplanırken bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Biz bu sonucun; ölen hastalarımızın ço unun insektisid alımı sonucu olmasına ve kırsal kesimde insektisidlere ula ımın daha kolay olmasından kaynaklandı ını dü ünmekteyiz.

Çayköylü ve ark'ları(67) yapımı oldukları çalı mada en çok kullanılan yöntemin ilaç alımı oldu u bunun nedeninin de kolay ula ılabilir olması oldu unu ifade etmi lerdir. Dzamalala ve ark'larının(44) Malawi'de yapımı oldukları çalı mada ölen vakalarının % 79' unun insektisid alımı sonrası oldu unu belirtmi lerdir. Çalı mamızda il merkezlerinden gelen hastaların % 76,1' i ilaç alımı yöntemini kullanmı olup, ilçe ve köylerden gelenlerde % 55.5 ile insektisid olarak tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu iki grup arasındaki kullanılan di er yöntemlerde kar ıla tırıldı ında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı oldu u gözlendi. Biz bunun nedeninin özkıyım giri imlerinin kentsel merkezlerde daha fazla olmasına ve giri imlerin do ası gere i ki iye en az zarar verecek olan yöntemin kullanılmasının neden oldu unu dü ünmekteyiz. Çalı mamızda yüksekten atlama yöntemini kullanan hastaların tamamının il merkezlerinden gelmesi, ölen hastalarımızın ço unun kırsal kesimden insektisid kullanma yoluyla gelmi olmasını biz özkıyım yöntemlerine ki inin bulundu u yer itibariyle daha kolay ula ılabiliyor olmasına ba lamaktayız.

Yalvaç'ın çalı masında(12) olguların % 52' si evli idi. enol ve ark'larının(39) yaptı ı çalı mada olguların % 54' ü bekâr idi. Kekeç ve ark' larının(77) çalı masında ise olguların % 57'si evli idi. Kesebir ve ark' ları(69) ise çalı malarında olguların % 34.2' si evli idi. Alptekin ve ark'ları(68) çalı malarında bekâr olanların oranı % 63.8 olarak bulmu lardır. Aghanwa'nın çalı masında(78) olguların medeni durumları arasında her iki cins arasında da belirgin fark olmamasına kar ın her iki grupta da ço unlu u bekârlar olu turmaktaydı. Çalı mamızda olgularımızın % 45' i evli, % 55' i ise bekârdı. Literatür çalı maların sonuçları da olguların evli veya bekâr olması de i kenlik göstermekle beraber yalnız ya amanın daha fazla risk faktörü olu turdu u görülmektedir.

Çalı mamızda hastaların medeni halleri incelendi inde erkek ve bekar olmanın intihar giri imi riskini 1.3 kez arttırdı nı tespit ettik. Ayrıca her iki grupta da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Literatürde de yalnız ya amanın intihar riskini arttırdı ı bildirilmi tir(12,46,54).Hem evli hem de bekâr hastalarımızda en çok kullanılan yöntemlerin sırasıyla ilaç ve insektisid alımı oldu u tespit edildi. Bu istatistiksel olarak anlamlı idi.

Ekici ve ark.'larının(79) çalı masında tamamlanmı özkıyımların hiç evlenmemi lerde daha çok oldu u görülmü ancak kontrol grubu ile yapılan kar ıla tırmada anlamlı bir fark görülmemi tir. Çalı mamızda ölen hastaların medeni halleri incelendi inde evli olanların % 6.1' i, bekâr olanlarında % 5.5' inin öldü ü görülmü olup bu iki sonuç arasında istatistiksel olarak herhangi anlamlı bir fark saptanamadı.

Çalı mamızda hastaların çalı ma durumları incelendi. Çalı maya alınan hastaların % 77.1' i herhangi bir i te çalı mıyorken geriye kalan % 22.9 hasta ise çalı maktaydı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmu tur(5,17,46,49,50). Bölgemizde i sizlik oranının yüksek oranlarda seyretmesi çalı mamızın seyrine de etkide bulunmu tur. Literatürlerde de belirtildi i üzere i sizlik özkıyım ve özkıyım giri imlerinde etkin bir risk faktörüdür.

Bitlis ve ark.'larının(80) çalı masında olguların %55'ini ö renciler ve ev kadınlarının yani düzenli bir i e sahip olmayanların olu turdu u görülmü olup bu çalı mada en sık kullanılan yöntemin ilaç alımı oldu u gözlenmi tir. Çalı mamızda hastaların çalı ma durumu ile özkıyım yöntemleri arasındaki ili kiye bakıldı nda her iki grupta da ilaç alımının ilk sırada oldu u görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlılık gösterdi. nsektisid alanların büyük ço unlu unun ve yüksekten atlayanların tamamının çalı mayanlar oldu u da çalı mamızda elde etti imiz sonuçtu. Bu istatistiksel olarak anlamlıydı. nsektisid alanların ço unlukla kırsal kesimden gelmesi ve buralarda i olanaklarının daha kısıtlı olmasının bu sonucu do urdu unu dü ünmekteyiz. Yine yüksekten atlayan on üç hastamızın onbir' inin kadın oldu u, kendilerini ev kızı olarak tanımladıklarını ve i lerinin olmadı ı dü ünüldü ünde bu sonucunda do al olarak geli ti ini öngördük.

Güleç ve Aksaray'ın yaptı ı çalı mada(81) özkıyım giri iminde bulunanların düzenli bir i te çalı ma oranlarının dü ük oldu u bulunmu tur. Çalı mamızda çalı an olguların % 2.7' si ölmü ken, bu oran çalı mayan olgularımızda % 6.7 olarak hesaplanmı tir ve bu fark anlamlı olarak bulunmu tur. Biz bunun nedenini çalı mamanın özkıyım için daha yüksek bir risk faktörü olu turmasına ba ladık.

Olgularımızın % 96.9' u olayı kendi ya adıkları evde, % 3.1' i ise ba ka yerlerde gerçekleşti. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Biz bunun nedenini olguların ulaşmak istedikleri özkıyım yöntemlerine ya adıkları ortamda daha kolay ulaşabilmesinin neden olduğunu düşünüyoruz.

Çayköylü ve ark'larının(67) yaptıkları çalı mada olgularının % 47.5' i 18.00-24.00 saatleri arasında, % 37.5'i ise 12.00-18.00 saatleri arasında olayı gerçekleşti. Dilbaz ve ark'ları(10) ise çalı malarında en çok giri imde bulunulan saati 267 % 9.6 ile 23.00 olarak vermektedir. Kekeç ve ark' ları(77) yaptıkları çalı mada ise giri imlerin en çok 18.00-24.00 saatleri arasında, en az ise 06.00-12.00 saatleri arasında olduğunu gözlemlemi leri. enol ve ark'larının(39) yaptı ı çalı mada ise % 30 ile 17.00-24.00 saatleri arası en çok giri imin olduğu u saatler olarak bulunmu tu. Çalı mamızda olguların % 42.7' si olayı saat 12.00-18.00 saatleri arasında, % 26.6' sı ise 18.00-24.00 saatleri arasında giri imi gerçekleşti. Çalı mamızda her iki cinsiyette de olayın en sık gerçekleşti i zaman aralı ı 12.00-18.00 olarak bulunmu tur.

Kekeç ve ark'larının(77) yaptıkları çalı mada hastaların en sık ba vuru saatinin % 24 ile ilk bir saat içinde olduğunu görmekteyiz. enol ve ark'larının(39) çalı masında hastaların % 30'u olayı 17-24 saatleri arasında olayı gerçekleşti tirmisi ve hastaların % 42.9' u yine bu saatler arasında acil servise getirilmi ti. Çalı mamızda olguların % 51.2'sinin olaydan sonraki ilk üç saat içinde acil servisimize ba vurmuş oldukları bulundu. Bunun nedeninin olguların ço unun özkıyım giri imini kendi ya adıkları evde gerçekleşti rmeleri ve muhtemeldir ki evde yakınlarının bulunmasının olduğunu düşünmekteyiz.

Kekeç ve ark'larının(77) çalı masında %75 ile ilaç alımı en sık kullanılan yöntem iken hastaların %24'ünün ilk bir saat içinde acil servise ba vurdu u bulunmu tur. Çalı mamızda yöntemlere baktı ımız zaman ilaç alanların % 49.6' sının ilk üç saatte ba vurdu unu görmekteyiz. nsektisid alan vakalarımızın % 44.2' sinin ilk üç saatte ba vurduklarını gördük. nsektisid alan vakalarımızın ilk üç saat dı nda ba vuranların ço unlukta olmasının nedeninin bu hastalarımızın kırsal kesimden geliyor olup hastanemize olan uzak mesafeden kaynaklandı rını düşünmekteyiz. Ate li silahlarla veya yüksekten atlama ile giri imi gerçekleşti tiren hastaların tamamı ilk üç saat içerisinde hastanemize getirilmi leri. Ası yöntemini kullanan hastaların % 91' inin, koroziv madde alan hastalarında % 87.5'inin ilk üç saatte ba vurdukları görüldü. Özkıyım yöntemi daha ciddi olan vakaların ço u çalı mamızda görüldü ü gibi ilk üç saatte ba vurmu tu. Biz bu sonucun nedenini olayın ciddiyeti ne kadar yo unsa hasta ba vuru süresinin o oranda azalması olarak düşünmekteyiz.

Hastaların ba vurdu zamanları ile ölüm oranları arasındaki ili ki kar ıla tırıldı nda; ölen hastaların % 64.9' unun ilk üç saatte ba vurdu u görüldü ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Biz bunun nedeninin ölümlü olguların daha fazla iddet içermesine ve hastanın çevresindekilerin daha hızlı davranmalarına ve hastanın ciddiyetine göre üniversite hastanesi olan hastanemize daha hızlı getirilmelerine ba lamaktayız.

enol ve ark.'larının(39) çalı masında hastaların %76'sının takip ve tedavileri acil serviste yapılmı olup % 22.2' si de yo un bakım ünitelerinde takip edilmi ti. Çalı mamızda hastalarımızın % 51.6' sı acil serviste takip edilmi olup bunu % 41 ile dâhiliye klini inin izledi i bulunmu tur. Hastalarımızın ço unlu unun acil servislerde acil tıp hekimleri tarafından yakın takip ve tedavi edilmeleri özkıym giri iminde bulunan hastaların ço u acil servislerden taburcu edilebilece i kanaatindeyiz.

SONUÇ

Çalı mamızın sonucunda özkıyım ve özkıyım giri imi olan hastalarda; kadın hastalarımızın ço unlukta oldu u ve vakalarımızın neredeyse tamamına yakınının 40 ya ın altında oldu u bulundu. Kullanılan özkıyım ve özkıyım giri im yöntemlerinde her iki cinsiyette, hem bekârlarda hem de evli olanlarda ve çalı anlar ile çalı mayanlarda da ençok ilaç alımı tespit edildi. Ölen hastaların kullandıkları yöntemlerde ilk sırada insektisid alımı anlamlı bulunmakla beraber hastaların medeni halleri ile ölüm oranları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Hastaların geli yerleri arasında yapılan kar ıla tırmalarda il merkezlerinden gelenler anlamlı derecede yüksek bulunurken kırsal kesimden gelenlerde ölüm oranları daha yüksek ve anlamlı bulundu. Özkıyım yöntemleri ile geli yerleri kar ıla tırıldı ında ilaç ve insektisid alımı lehine sonuçlar anlamlı bulundu. Çalı mamızda anlamlı buldu umuz bir di er sonuçta erkek ve bekâr olmanın özkıyım ve özkıyım giri im riskini ortalama 1.3 kat daha fazla arttırdı ıdır. Herhangi bir i te çalı an hastalarımızın büyük ço unlu unun erkek, çalı mayan hastalarımızın da kadın oldu u anlamlı bir sonuç olarak bulundu. Hastaların olayı en çok gerçekleş tirdikleri zaman dilimi günün üçüncü çeyrek dilimi olarak bulundu. Hastaların olay gerçekleş tirildikten sonra acil servise getirilmeleri en çok ilk üç saat içinde gerçekleş mi tir. Hastaların büyük ço unlu u acil serviste takip ve tedavi edildiler.

Özkıyım ve özkıyım giri imleri geli mi ve geli mekte olan toplumların hemen her tabakasında görülen önemli bir sorun olup genç ölümleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Özkıyım ve giri imleri ki i ve çevresinde fiziksel ve ruhsal olarak büyük çöküntüye yol açmakta olup bu fenomeni acil servislerdeki hekimler olarak tanımak ölüm oranlarını ve daha sonra ki inin ve çevresinin profesyonel yardım almasını daha da kolayla tırmaktadır. Özkıyım ve giri imlerinin sosyolojik, biyolojik ve psikolojik yönlerinin de varolması ve bunlarla ba lantılı olan risk etkenlerini ortadan kaldırmak özkıyım davranı ının önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir.

ÖZET

Özkıyım ve özkıyım girişimleri asırlardan beri tartışılan olgulardan biri olup aynı zamanda birden fazla alanın etkisinde olan, kişilerin ve çevresindekilerin yaşamını kökten değiştiren bir fenomendir.

Özkıyım toplumda en alt tabakadan en üst tabakalara kadar çok geniş bir kitlede görülebilmektedir. Özkıyım, insanların yüzyıllardır anlamaya ve çözmeye çalıştığı en ilginç ölüm şekillerinden biridir. Özkıyım oldukça çeşitli biçimlerde gerçekleşirebilen; toplumdan topluma, bireyden bireye farklılık gösterebilen bir olgu olduğundan genel bir sınıflama yapılamamaktadır. Özkıyım, toplumlar açısından ve bireyler üzerindeki yıkıcı etkilerinden dolayı çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olmanın yanında mortalite ve morbidite açısından da önemli bir sorun teşkil etmektedir.

Çalışmada 01.01.2003 ile 31.12.2007 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalına intihar davranışı nedeniyle başvuran 1281 hasta incelenmiştir.

Çalışmaya alınan 1281 hastanın 901 (% 70.4)' i kadın geriye kalan 380 (% 29.6)' ini ise erkekler oluşturmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 23.36 idi. Kullanılan yöntemler ilaç alma, insektisid alma, kendini asma, yüksekte atlama, ateşli silah veya kesici delici aletle girişimde bulunma ve koroziv madde alma olmak üzere altı grupta toplandı. Kullanılan yöntemlerde ilaç ve insektisid alımları ilk iki sırayı aldı ($p < 0.0001$). Cinsiyetlere göre kullanılan yöntemlere bakıldığında ilaç ve insektisid alımları yine ilk iki sırayı almaktaydı ($p = 0.004$). Hastaların cinsiyetlerine göre ölüm oranlarına bakıldığında başvuran erkek hastalarda ölenlerin oranı %7.6 iken kadınlarda bu oran %5 olarak bulundu ($p = 0.045$). Ölen hastaların tamamına bakıldığında en çok kullanılan yöntemin insektisid alımı olduğu görüldü ($p < 0.001$).

Hastaların geliştiği yerlerinde her iki cinsiyette de şehir merkezlerinden gelenler çoğunlukta idi. Kırsal kesimden gelen hastalarda insektisid kullanımı ilk sırada olup bu sonuç anlamlı olarak bulundu ($p < 0.0001$). Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; evli ya da bekar olmak ölüm açısından anlamlı bulunmadı. Hastaların çalıştığı durumlarına bakıldığında çalışanların % 60.7' sini erkeklerin oluşturduğu görüldü ($p < 0.0001$). Hastaların % 96.9' u olayı yaşadıkları yerde gerçekleşti. Yine hastaların büyük çoğunluğu olayı saat 12.00-18.00 saatleri arasında gerçekleşti olup hastaneye ilk üç saat içinde başvurmuşlardır. Hastaların yine büyük çoğunluğu acil serviste takip ve tedavi edilmiştir.

Özkıyım ve girişimleri kişi ve çevresinde fiziksel ve ruhsal olarak büyük çöküntüye yol açmakta olup bu fenomeni acil servislerdeki hekimler olarak tanımak ölüm oranlarını ve daha sonraki kişinin ve çevresinin profesyonel yardım almasını daha da kolaylaştırmaktadır.

SUMMARY

Suicide and suicide attempts are phenomena that conduct with different expertise areas, change individuals and their vicinity and discussed since ages.

Suicide can be seen in crowd of people with different levels of population. Suicide is the most interesting death that has been investigating to understand and solve by ages. Any classification can be done for suicide because it changes by population and population, by individual and can realize with different ways. Suicide is a serious public health problem due to destruction effect on population and patient, beside that important effect on mortality and morbidity.

In the study, 1281 attempted suicide cases had been studied in the Department of Emergency Service of Medical Faculty of Dicle University between 01.01.2003 and 31.12.2007.

901(%70.4) women and 380(%29.6) men patients participated to the study and their average age was 23.36. We divided all suicide attempts to six groups according to drug intoxication, insecticide intoxication, hanging, jumping, gunshot and/or stab wound and corrosive substance ingestion. First two attempts for suicide were drug and insecticide ingestion ($p<0.0001$). Most common suicide attempt methods according to sexuality were again drug and insecticide ingestion ($p=0.004$). Death rates were 7.6% for males, 5% for females ($p=0.045$). All over the groups most deaths were seen at insecticide ingestion patients ($p<0.001$). Most of our patients' origins were city centers and no difference between their sexualities. Our rustic patients scientifically preferred insecticide ingestion for suicide ($p<0.0001$). Marital status had no effect on death rates scientifically. For their occupation state 60.7% of them were male ($p<0.0001$). Their own homes were the most preferred suicide attempt place, 96.9%. Most seen suicide attempt times were between 12:00-18:00 and most of our patients applied to our emergency department at their first three hours. Big part of our patients treated at our emergency department.

Suicide attempts destroy individuals and their relatives physically and mentally so the true diagnosis of this phenomenon by emergency physicians can reduce mortality rates and facilitate taking professional support for patients and their relatives.

KAYNAKLAR

1. Ta tan Z. Yusuf Atılğan'ın eserlerinde intihar. Milli E itim. Sayı 176. Güz /2007
2. Uçan Ö. Türkiye' de ntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalı ması. Kriz Dergisi. 2005; 13: 15-26.
3. Weis MA. Suicide. In: A handbook of Psychiatry, Editör: S.Arieti. New York: Basic Books Inc.Publishers. 1974; 743-65
4. Uludüz DU, U ur M. Bir Vaka Dolayısıyla ntiharların Gözden Geçirilmesi. Yeni Symposium. 2001; 39: 19-25
5. Sa inç H, Ku u N, Akyüz G, Do an O. Yatarak Tedavi Gören Hastalarda ntihar Öyküsünün Ara tırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000; 1: 83-88:
6. Fushimi M, Sugarawa J, Saito S. Comparison of completed and attempted suicide in Akita, Japan Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2006; 60: 289-95
7. Sayıl I, Devrimci-Özgüven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Crisis. 2002; 23: 11-16
8. Tel H, Uzun S. ntihar Giri imi ile Acil Servise Ba vuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Ba etme Durumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4: 151-58.
9. Sharma BR, Gupta M, Sharma AK et. al. Suicides in Northern ndia: Comparison of trends and reviw ev of literature. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2007; 14: 318-26
10. Dilbaz N, engül CB, Çetin MK, engül C, OkayT, Yurtkulu F, Duman T. Genel Bir Hastanede ntihar Giri imlerinin De erlendirilmesi Kriz Dergisi. 2005; 13: 1-10
11. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve ntiharda Önemi. Kriz Dergisi. 1993; 1: 134-38
12. Yalvaç DH. ntihar Giri iminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Ki ilik Bozuklu u ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle li kisi(Uzmanlık Tezi). Malatya: nönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. 2006
13. Can SS, Sayıl I. Yineleyici ntihar Giri imleri. Kriz Dergisi. 2003; 12: 53-62
14. Özsoy SD, E el E. ntihar(Özkıyım). Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4: 175-85
15. Roy A. Family history of suicide and neuroticism: a preliminary study. Psychiatry Research . 2002; 110: 87-90
16. Palabıyıkolu R. ntihar Davranı ında Ailenin Rolü ve Önemi. Kriz Dergisi.1993; 1: 62-68

17. Yüksel N, ntiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001; 4: 5-15
18. Ersan E, Abay E. Depresyonun Genetik Nedenleri. Duygudurum Bozuklukları Dizisi. 2001; 1: 277-82
19. Çulha F, Kulo lu M, Tezcan AE, Atmaca M, Ülkerolu F. ntihar Giri iminde Bulunan Bireylerde Plazma Kolesterol Düzeyleri. Kriz Dergisi. 1997; 5: 79-86
20. Atay M, Kerimolu E. Ergenlerde ntihar Davranı ı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sa lı ı Dergisi. 2003; 10: 128-136
21. Mgaya E, Kazaura RM, Outwater A, Kinabo L. Suicide in the Dar es Salaam Region,Tanzania,2005. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2007; 30: 2-5
22. Mohanty S, Sahu G, Mohanty MK, Patnaik M. Suicide in India. -A four year retrospective study. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2007; 14: 185-89
23. Burns J, Dudley M, Hazell P, Patton G. Clinical management of deliberate self-harm in young people: the need for evidence-based approaches to reduce repetition. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2005; 39: 121–28
24. Arpi Doshi, Boudreaux ED, Wang N et. al. National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury,1997-2001. Annals of Emergency Medicine. 2005;46: 369-75
25. Amy M. Brausch, Jennifer J. Muehlenkamp. Body image and suicidal ideation in adolescents.Body Image. 2000; 4: 207–12
26. Parellada M, Saiz P, Moreno D et. al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? Psychiatry Research. 2007; 30 : 1-7
27. Phillips MR, Li X, Zhang Y. Suicide Rates in China, 1995-99. Lancet. 2002; 359: 835-40
28. Kapur N, and Gask L. Introduction to suicide and self-harm. Psychiatry.2006; 5:.259-62.
29. Sato R, Kawanishi C, Yamada T et. al. Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: Preliminary study. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2006; 60: 558–62
30. Fushimi M, Sugarawa J, Shimizu T. Suicide patterns and characteristics in Akita, Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2005; 59: 296-302
31. Starkuviene S, Kalediene R, Petrauskiene J. Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: Does socio-demographic status matter? Public Health. 2006; 120: 769–75
32. Yip PS, Fu KW, Yang CTK et.al. The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. Journal of Affective Disorders. 2006; 93: 245–52

33. Sayıl I, Berksun O.E. Depresyon ve intihar. *Psikiyatri Dünyası*. 1998; 2: 52-56
34. Sır A. Diyarbakır'da özkıym ve özkıym giri imleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10: 50-58
35. Sayıl A, Oral S, Güney N ve ark' ları. Ankara'da intihar Giri imleri üzerine Bir Çalı ma Kriz Dergisi. 1993; 1:56-61
36. Bekaro lu M, Bilici M, Hocao lu Ç ve ark. Trabzon'da 1995 yılı intihar giri imi insidansı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000; 11: 95-102
37. Kanchan T, Menezes GR. Suicidal poisoning in Southern India: Gender differences *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2007; 30: 1-8
38. Bridge AJ, GoldsteinTR, Brent AD. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47: 372–94
39. enol V, Ünalın D, Av aro ulları L, kızceli . intihar giri imi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na ba vuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005; 6: 19-29
40. Berecz R, Caceres M, Szlivka A et al. Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: Relation to suicide methods. *Journal of Affective Disorders*. 2005; 88: 235–38
41. Ambade VN, Godbole VH, Kukde GH. Suicidal and homicidal deaths: A comparative and circumstantial approach. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2007; 14: 253–60
42. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006; 60: 90–95
43. Köro lu E. *Psikiyatrik Acil Durumlar*. 2.Basım. Ankara.Hekimler Yayın Birli i.1999; 425-443
44. Dzamalala CP, Milner AD, Liomba GN. Suicide in Blantyre, Malawi (2000–2003). *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2006; 13: 65–69
45. Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*. 2001; 1: 310–23
46. Skegg K. Self-Harm. *Lancet*. 2005; 366: 1471-83
47. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. intihar giri iminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*. 2005; 13: 1-9
48. Roy A. Genetic influences on suicide risk. *Clinical Neuroscience Research*. 2001; 1: 324–30
49. Burns A, Goodall E, Moore T. A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000–2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2007; 30: 1-10

50. Cheng HF, Lester D. The economy and suicide in Japan, 1985–2000. *Percept Mot Skills*. 2006; 102: 338
51. Tüzer T, Bayam G, Bitlis V ve ark. İntihar giri iminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi*. 1995; 3: 257-59
52. Çetin G, Günay Y, Fincancı SK, Kolusayın ÖR. Suicides by jumping from Bosphorus Bridge in Istanbul. *Forensic Science International*. 2001; 116: 157-62
53. Nestor D, Kapusta and Gernot Sonneck. Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. *JMHG*. 2004; 1: 197–202
54. Suominen K, Sometsa E, Heila H et al. General hospital suicides—a psychological autopsy study in Finland. *General Hospital Psychiatry*. 2002; 24: 412–16
55. Deveci A, Ermertcan AT, Deniz F ve ark. Psoriasisli Hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2007; 9: 103-7
56. Bakım B, Özçelik B, Karamustafalıo lu O. Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranı ları Dü ünlen Adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2007; 20: 38-47
57. Ate çi FC, Kulo lu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar Giri imi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri*. 2002; 5: 22-27
58. Ekici G, Sava HA, Çıtak S. Tamamlanmış İntiharlarda ki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. *Klinik Psikiyatri Bülteni*. 2001; 11: 168-73
59. Kırkpınar , Nazan A. İzofrenide İntihar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2: 47-52
60. McGirr A, Turecki G. What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic, clinical and behavioural dimensions. *Schizophrenia Research*. 2008; 98: 217–24
61. Crombie K, Pounder DJ, DickP.H. Who takes alcohol prior to suicide? *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 1998; 5: 65 -68
62. Roy A. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders*. 2003;77: 267–71
63. Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T. et al. Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men:the Ohsaki Study. *Alcohol*. 2007; 41: 503-10
64. Roy A, Gonzales B, Marcus A, Berman J. Serum cholesterol, suicidal behavior and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Psychiatry Research*. 2001; 101: 243-47
65. Dilsiz A. ve Dilsiz F. İntihar Giri imlerinde Belirtilen Nedenler. *Kriz Dergisi*. 1993; 1: 124-29
66. Tüzer T, Bayam G, Bitlis V ve ark. İntihar Giri iminde Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. *Kriz Dergisi*. 1995; 3: 257-59

67. Çayköylü A, Co kun , Kirkpınar , Özer H. Özkıyım Giri iminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler ve Tanı Da ılımı. *Kriz Dergisi*. 1997; 5: 37-42
68. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman'da ntihar Giri imleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 150-56
69. Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım Giri imlerinin Do ası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002; 3: 88-96
70. Barr W, Leitner M, Thomas J. Self-Harm or Attempted Suicide? Do suicide notes help us decide the level of intent in those who survive? *Accident and Emergency Nursing*. 2007; 15: 122-27
71. Zihel S. and Zalar B. Risk of suicide after attempted suicide in the population of Slovenia from 1970 to 1996. *European Psychiatry*. 2006; 21: 396-400
72. Henderson JP, Mellin C, Patel F. Suicide-A Statistical analysis by age,sex and method. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2005; 12: 305-9
73. Ba lı M. Batman ntiharları Ba lamında Özgürlü ün ve Geleneksel Toplumsal Yapının Kentsel Kurgusu. *Kriz Dergisi*. 2004; 12: 21-40
74. Yip SF, Callanan C, Yuen PH. Urban/ rural and gender differentials in suicide rates: East and West. *Journal of Affective Disorders*. 2000; 57: 99-106
75. Gülo lu C, Kara IH. Acute Poisoning Cases Admitted To A University Hospital Emergency Department n Diyarbakır, Turkey. *HET*. 2005; 24: 49-54
76. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian New Zealand J Psychiatry*. 2000; 34: 420-36
77. Kekeç Z, Yıldırım C, Kızceli ve ark. Özkıyım Giri imi Nedeniyle Acil Servise Ba vuran Hastalarda Hazırlayıcı Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000; 1: 157-61
78. Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands:a gender –specific study. *General Hospital Psychiatry*. 2004; 26: 63-69
79. Ekici G, Sava HA, Çıtak S. ntihar Riskini Arttıran Psikososyal Etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001; 2: 204-12
80. Bitlis V, Tüzer T, Bayam G ve ark. Genel Bir Hastanede Acil Servise ntihar Giri imi Nedeniyle Ba vuran Hastaların Retrospektif ncelenmesi. *Kriz Dergisi*. 1994; 2: 323-26
81. Güleç G, Aksaray G. ntihar Giri iminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik-Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin De erlendirilmesi. *Yeni Symposium*. 2006; 44: 141-50

