

TÜRKİYE'DE YAŞLI İNTİHARLARI

Uzm. Dr. Çiğdem AYDEMİR*

ÖZET

İntihar vakalarına ilişkin veriler 1962 yılından itibaren tüm Türkiye bazında Jandarma ve emniyet teşkilatları yetkililerinin doldurduğu "İntihar İstatistik Formu" aracılığı ile toplanmaktadır. Elde edilen sonuçlar her yıl derlenip yıllık olarak yayınlanmaktadır. Bu yazıda 1974-1996 yılları arasında 65 yaş ve üstü grupta intihar sebepleri, yöntemleri, yaş, cinsiyet özellikleri açısından değerlendirilerek daha önce yapılmış diğer çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

Sonuç olarak toplumda ortalama yaşın artması, hızlı sosyal ve ekonomik değişimler, göç ve diğer sosyal stresörlere paralel olarak yaşlı intiharları sayısında artma görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, istatistik, yaşlılık.

Elderly Suicides in Turkey

SUMMARY

Suicide statistics have been collected by "Suicide Statistics Form" which is filled by police and gendarme since 1962. The data is published annually. In this paper suicide of the people over 65 are examined by means of suicide cause, method, age, and sex distribution and compared with the results of previous studies.

* Ankara Numune Hastanesi.

In conclusion; suicide rate is increased in the elderly people by rapid social and economic changes, immigration, and other stressors.

Key words: Suicide, statistics, elderly.

Türkiye gerek coğrafik konumu, gerekse sosyo-ekonomik alanda sağladığı hızlı gelişimi ile Asya ve Avrupa arasında bir köprü görevi görmektedir. Değişen dünyaya uyum süreci içinde hızla sanayileşmenin yanında yaşam standartları ve sağlık sektöründe verilen hizmetlerin kalitesinde yükselme olmuştur. Bu sebeple yaş ortalaması yükselmiş ve yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı da artmıştır. Yapılan son sayımda elde edilen verilere göre Türkiye'de 62 865 547 kişi yaşamakta ve bunların %4.7'sini 65 yaşın üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. DPT verilerine göre yaşlı nüfusun 2000 yılında toplam nüfusun %5'ini 2010 yılında ise %6.1'ini oluşturması beklenmektedir.

Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve statü açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönemdir. Bu dönemde yaşlının aile içindeki rollerinde de değişme beklenir. Geleneksel Türk ailesi geniş bir ailenin ya da yan bağlarla birbirine bağlı çekirdek aileler grubunun bir örneği olarak kabul edilebilir (Öztürk ve Volkan 1971). Bu ailede üç nesil bir arada yaşar. Bu yapının içinde yaşlılar gerek torunlarına bakarak gerekse bir dereceye kadar ev işlerini üstlenerek fonksiyonelliklerini

Tablo 1. Türkiye'deki huzur evlerinin bağlı oldukları kuruluşlara göre dağılımı (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kayıtları 1999)

	N	Kapasite
SHÇEK'e bağlı huzurevleri	44	5182
Bakanlıklara bağlı huzurevleri	4	763
Belediyelere bağlı huzurevleri	19	1868
Huzurevleri	21	1356
Azınlıkların huzurevleri	6	900
Özel huzurevleri	22	770
Toplam	116	10870

Tablo 2. Bir geriatri servisindeki bireylerin psikiyatrik tanı dağılımı (Güngen ve ark. 1998)

Alzheimer hastalığı	%17
Vasküler Demans	%7
Diğer Demanslar	%11
Major Depressif Bozukluk	%35
Distimik Bozukluk	%0.8
Bipolar I Bozukluk	%5.3
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum boz	%2.2
Psikotik bozukluk	%9
Generalize Anksiyete Bozukluğu	%1.7
Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete boz	%0.8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	%4
Uyum Bozukluğu	1.2
İlaçlara Bağlı Durumlar	%0.8
Kişilik Bozuklukları	%0.8
Somatoform Ağrı Bozukluğu	%0.4
Deliryum	%2.2
Mental Retardasyon	%0.4
Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar	%0.4

sürdürürler, daha ötesi ailede veya toplum içinde saygı gören bir konuma sahiptirler. Yaşlılar özellikle geleneksel kesimde aile içinde önemli kararlarda rol oynarlar, önerilerine itibar edilir, izinler alınır, duaları ile destekleri beklenir.

Ülkemizde yaşlının bir kurumda bakılması ya da kalması, tercih edilen bir yol değildir. Çoğunluk-

la yaşlılar yaşamlarının sonuna kadar aileleri ile veya bazen yalnız yaşamakta, bir kuruma yerleştirildiklerinde ise çevre olumsuz tepkiler göstermekte, yakınlarında ise suçluluk duyguları oluşturmaktadır. Kurumların sayı ve kapasitelerinin düşük olması da bunda önemli bir etkindir.

Yaşlılara hizmet veren merkezler ve bağlı oldukları kurumlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Bunlardan sadece 6 tanesinin 1950 öncesinde, geri kalanının ise 1970'li yıllardan sonra açılmış olması da dikkat çekici bir gerçektir.

Yapılan çalışmalar daha önce tanımlanmış geleneksel risk faktörlerinin aksine evlerinde yaşayan yaşlıların kurumlarda yaşayanlardan daha çok depresif semptom gösterdiklerini saptamıştır. Çalışmacılar bunu huzurevlerinin sosyal ve fiziksel ortamlarının iyi olmasına ve evinde yaşayanların sosyal ve ekonomik problemlerle daha çok yüzyüze gelmesine bağlamaktadır (Erkan ve Eker 1998).

Sağlık ve diğer sosyal sorunlar ortaya çıktığında ekonomik bağımsızlığı ve sosyal güvencesi olanlar göreceli olarak kolay olarak çözüme ulaşmaktadırlar. Kendi sosyal güvencesi olmayan yaşlıların bakımından çocukları aracılığı ile yine devlet sorumludur.

Biyolojik değişiklikler, hastalıklar, emeklilik, kayıplar ve ekonomik güçlükler yaşlılık döneminin önemli problem alanlarıdır. Yapılan tüm çalışmalar bu faktörlerin depresyon oluşumundaki önemini vurgulamaktadır. Yaşlılarda depresyondan çok gelip geçici depresif semptomlar daha sık görülse bile; depresyon yaşlılarda en sık görülen emosyonel problemdir. Sağlıklı yaşlı popülasyona ait bir tarafa çalışmasının bugüne kadar yapılamamış olması nedeni fikir vermesi açısından bir geriatri servisinde yatan hastaların psikiyatrik tanıların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir (Güngen ve ark 1998).

Geriatri servislerine ayaktan başvuran hastalarda ise depresyon oranı % 30.7'dir. Bu %7-36 arasında değişen diğer çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuş ancak kadın-erkek farkı saptanmamıştır (Ertan ve ark. 1998).

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), ülkemizin ekonomi sosyal ve kültürel yapısının belirlenmesinde

ve bu yapıdaki değişimlerin ölçülmesinde kullanılan istatistiklerin derlenmesi, değerlendirilmesi ve kullanıcılara sunulmasından sorumlu kuruluştur. İntiharlarla ilişkin veriler de D.İ.E. tarafından toplanır. İntihar istatistikleri 1962 yılından itibaren derlenmeye, 1974 yılından itibaren ayrı bir yayın olarak yayımlanmaya başlanmıştır (Okman 1997).

Yerleşim yerlerinde meydana gelen her bir intihar olayı için; D.İ.E. tarafından hazırlanan İntihar İstatistik formu emniyet ve jandarma teşkilatları personeli tarafından doldurularak kaymakamlık ve valilikler aracılığı ile D.İ.E.'ye gönderilir.

Depresyonun en önemli komplikasyonu olarak ise intiharlar gündeme gelir. Tablo 3'te DİE tarafın-

Tablo 3. 1974-1996 yılları arasında intihar vakalarının yaşa göre dağılımı.

Yıllar	Toplam	65-74	75+
1974	47	39	8
1975	71	39	8
1976	76	52	24
1977	77	49	28
1978	65	39	26
1979	68	42	26
1980	81	52	29
1981	77	52	25
1982	95	62	33
1983	122	75	47
1984	137	72	65
1985	133	80	53
1986	111	47	64
1987	99	55	44
1988	85	59	26
1989	123	58	64
1990	121	57	64
1991	114	64	50
1992	87	54	33
1993	121	62	59
1994	134	77	57
1995	135	90	45
1996	139	85	54

dan toplanan intihar istatistiklerine göre 1974-1996 yılları arasında 65 yaş ve üst grubun yaş ve cinsiyet dağılımı ile intiharların nedenleri ve yöntemlerine göre dağılımları verilmektedir.

Yapılan pek çok çalışmada yaşlıların intihar için yüksek risk grubu olduğu saptanmıştır (Resnik ve Cantor 1970). Bugüne kadar yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalar ise etnik grup farklılığının intihar sayı ve özellikleri açısından da farklılık getirdiğini göstermiştir (Burvill 1995, Manton ve ark. 1987). Ülkelerin dini inanışları ve sosyal durumları intihar olayları üzerinde etkilidir. Daha önceden yapılmış istatistiksel çalışmalar Türkiye'de genel olarak intiharlar ve yaşlı intiharlarının sayısı ve oranının diğer ülkelerden, özellikle batı ülkelerinden daha düşük olduğunu göstermiştir. Bunda İslamiyetin intiharı özellikle yasaklıyor olması ve güçlü aile bağlarının etkili olduğu düşünülebilir. Özellikle ilerleyen yaşla birlikte insanların dinsel yönelimlerinin artması, yaşlı intiharlarının ülkemizde göreceli olarak daha az görülmesinin nedeni olabilir. Tüm bu gerçeklere rağmen 22 yıl içinde bu grup intiharlar 47'den 139'a çıkarak üçe katlanmıştır; 75 ve üstü yaş grubunda ise yedi kat artma olmuştur. Bu sonuçlar engelleyici faktörlere rağmen ülkemizde yaşlı intiharlarının arttığını ve risk grubu içinde görülmeleri gerektiğini vurgulamaktadır.

Cinsiyet dağılımı incelendiğinde erkekler ile kadınlar arasındaki belirgin fark dikkati çekmektedir.

Tablo 4. 1987-1996 yılları arasında intihar vakalarının cinsiyete göre dağılımı.

Yıllar	Toplam		65-74		75+	
	E	K	E	K	E	K
1987	66	33	41	14	25	19
1988	66	35	48	14	18	21
1989	90	32	40	18	50	14
1990	80	41	37	17	43	21
1991	80	34	47	17	33	17
1992	55	32	32	22	23	10
1993	89	32	43	19	46	13
1994	93	41	59	18	34	23
1995	98	37	64	26	34	11
1996	100	39	66	19	34	--

Tablo 5. 1987-1996 yılları arasında saptanan yaşlı intihar şekilleri

Yıllar		Toplam	Ası	Yüksekten Atlama	Kimyasal Madde	Ateşli Silah	Diğer
1987	-75	55	32	9	3	3	8
	+75	44	24	13	2	1	4
1988	-75	59	26	15	7	4	7
	+75	39	24	9	1	-	5
1989	-75	58	30	14	4	6	4
	+75	64	35	13	4	3	9
1990	-75	57	39	6	4	2	6
	+75	64	35	14	3	7	5
1991	-75	64	40	6	5	5	8
	+75	50	28	9	3	4	6
1992	-75	54	35	12	2	2	3
	+75	33	19	6	3	4	1
1993	-75	62	36	11	5	7	3
	+75	59	23	22	1	5	8
1994	-75	77	39	17	5	6	10
	+75	57	34	11	5	5	2
1995	-75	90	59	19	4	3	5
	+75	45	27	14	1	2	1
1996	-75	85	51	13	7	8	6
	+75	54	25	13	3	6	7

Bu erkeklerin risk altında olduğunu gösteren bir bulgudur. Bu bulgu diğer etnik gruplardan elde edilen bulgularla uyumlu görünmektedir (Purcell ve ark. 1999).

En sık kullanılan intihar yönteminin kendini asma olduğu görülmüştür. Bunu yüksek bir yerden atlama ve ateşli silahlarla yapılan intiharlar izlemektedir. Diğer çalışmalardaki yöntem sıralaması buna benzemekle birlikte en çok Japon asıllıların intihar yöntemleri Türkiye'de intihar eden yaşlı grubun sıralamasına uymaktadır (Purcell ve ark. 1999). Diğer ülkelerde kadınların daha çok ilaç alarak kendilerini zehirleme yolu ile intihar ettiklerini gösteren bulgular mevcuttur.

Elde edilen sonuçlar destek sistemleri ve dinsel yasaklamalara rağmen yaşlılarda intihar sayısının yükseldiğini göstermektedir. Toplumun endüstrileşmesi sürecinde geniş aileden çekirdek aileye geçiş ile aile bağlarındaki zayıflama yaşlılarda sosyal izolasyon ve çevreye yabancılaşma ile sonuçlanmaktadır. Bu değişiklikler ise depresyon ve bunun sonucunda intiharı getirmektedir. Öte yandan ortalamaya yaşam beklentisinin uzaması ile birlikte bu grubun toplum içindeki sayısı ve oranı artmaktadır.

Tablo 6. 1987-1996 yılları arasında saptanan yaşlı intihar nedenleri

Yıllar		Toplam	Hastalık	Aile Prob.	Ekonomik Prob.
1987	-75	55	28	8	2
	+75	44	26	2	1
1988	-75	59	31	5	10
	+75	39	31	1	-
1989	-75	58	35	9	2
	+75	64	40	4	5
1990	-75	57	35	8	4
	+75	64	40	10	4
1991	-75	64	50	10	2
	+75	50	48	4	-
1992	-75	54	34	1	5
	+75	33	27	1	1
1993	-75	62	50	9	1
	+75	59	53	6	-
1994	-75	77	63	9	3
	+75	57	34	10	3
1995	-75	90	69	7	7
	+75	45	35	8	4
1996	-75	85	62	8	10
	+75	54	44	2	8

Bireylerde ilerleyen yaşla birlikte sağlık sorunları ve sosyal problemler kaçınılmaz olarak artar ve bu sorunların çözülmesi için yeni yapılanmalara ihtiyaç duyulur. Özellikle metropollerde bu tür ihtiyaçlar daha belirgindir. Yalnız yaşayan yaşlıların

evlerinin bakımı ve beslenme gibi gereksinimlerini karşılamak üzere kurulan destek servisleri, sosyal izolasyonlarını önlemeye yönelik hizmet veren gündüz hastaneleri ya da kulüpleri gibi düzenlemelere ya da yaşlıların minimal destekle yaşayabilecekleri kurumlara olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır.

KAYNAKLAR

Burwill PW (1995) Suicide in the Multiethnic Elderly Population of Australia 1979-1990. *International Psychogeriatrics*, 7:319-333.

Ertan T, Eker E (1998) The Effect of Gender, Age, Education, Marital Status on Depression in Turkish Retired Elderly Population. Poster Presentation in the International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics Joint Meeting, 21-23 May 1998, Istanbul Turkey.

Ertan E, Eker E, Erdinçler-Suna D (1998) Depression in the Elderly Population Admitted to a Geriatric Medicine Outpatient Unit. Poster presentation in the International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics Joint Meeting, 21-23 May 1998, Istanbul Turkey.

Güngen C, Ertan T, Eker E (1998) Admissions to the First Geriatric Psychiatry Unit in Turkey. Poster Presentation in the International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics Joint Meeting, 21-23 May 1998, Istanbul Turkey.

Manton KG, Blazer DG, Woodbury MA (1987) Suicide in the Middle Age and Later Life: Sex and More

Spesifi Life Table and Cohort Analyses. *Journal of Gerontology*, 42: 219-227.

Mc Intosh JL (1992) Older Adults: The Next Suicide Epidemic? Suicide and Life Threatening Behavior, 22: 322-332.

Murphy E (1982) Social Origins of Depression in Old Age. *British Journal of Psychiatry*, 141: 135-142.

Okman T (1997) Türkiye'de İntihar İstatistiklerinin Metodolojisi, Sistemi ve Eğilimi. *Kriz Dergisi*, 5(1): 43-57.

Öztürk O, Volkan V (1971) The Theory and Practice of Psychiatry in Turkey. *American Journal of Psychotherapy*, 25: 240-271.

Purcell D, Trush RN, Blanchette PL (1999) Suicide Among the Elderly in Honolulu County. A Multiethnic Comparative study (1987-1992). *International Psychogeriatrics*, 11 57-67.

Resnic HL, Cantor JM (1970) Epidemiological Studies in Suicide *Psychiatric Annals*, 18: 619-627.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kayıtları (1999).