

DÜNYA'DAKİ VE TÜRKİYE'DEKİ İNTİHAR VAKALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Pınar HARMANCI

Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Çalışma; acil servise başvuran intihar vakalarının, intiharı önleme ve intihar sonrası rehabilitasyon programlarına yol gösterici olması açısından, intihar edenlerin sosyodemografik özelliklerine dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır. Son yıllarda ise (DSÖ) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümlü sonuçlanır. İntihar girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlenmek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir. İntihar girişimlerinin dünyada ve ülkemizde ruhsal rehabilitasyon sorunlarının çözümü açısından iyi bilinmesi gerekmektedir.

Gereç-Yöntem: İntihar etme açısından; sosyodemografik özelliklerin tartışıldığı, dünyadan ve ülkemizden 54 yayın incelenmiştir.

Tartışma: Dünya'daki intihar vakaları en fazla erkeklerde görülmektedir oysa kadınlar daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır. Türkiye'de ise hem girişim sayısı açısından hem de mortalite açısından kadınlar daha fazla intihar vakası oluşturmaktadır. 15- 24 yaş aralığında yoğunlaşan intihar vakalarının Türkiye'de ve Dünya'da aynı olduğunu görmekteyiz. Dünya'da bir dine mensup olmayanlar daha fazla intihar etmektedir. Türkiye'de veriler; Müslümanların daha fazla intihar ettiğini göstermektedir. Bu durum ülkemizde yaşayan halkın çoğunlukla Müslüman olmasından kaynaklanmaktadır.

Sonuç: İntihar vakalarının sıkça başvurulduğu merkez, acil servisler ve 112 olmaktadır. İlk girişimlerin psikolojik ve fizyolojik bakımından çok önemli olduğu açıktır. Yeterince çalışma olmamasına karşın acil müdahalelerin yapıldığı bu birimler; hayatta kalım oranlarında ciddi etkileri olabilecek birimlerdir.

DÜNYA'DAKİ VE TÜRKİYE'DEKİ İNTİHAR VAKALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (1,2,3). Yakın bir geçmişe kadar ölümlü sonuçlanmayan intihar olayları, ölümlü sonuçlanan intiharların bir alt kategorisi olarak ele alınmıştır. Eylem ölümlü sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, kullanılan yöntem ölümcül olsun ya da olmasın, istemli olarak yaşamını son vermeyi hedefleyen her türlü davranış intihar olarak nitelendirilmektedir.

Son yıllarda, DSÖ intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır. Gerçek intiharlar ölümlü sonuçlanır. İntihar girişimi ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir (1,3). Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım biçimi vardır. Bu yaklaşımlar aslında çeşitli psikiyatrik kuramlara bağlı olarak ortaya atılırlar ve o kuramın kuralları çerçevesinde intiharlar açıklanmaya çalışılır.

Durkheim'in toplumsal yönelimli kuramı; yaklaşık 100 yıl kadar önce yapılan çalışma, insanlık tarihi kadar eski olan intihar olgusuna yaklaşımda ne kadar geç kalındığının somut bir göstergesidir. Durkheim'e göre, intihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğundan, çatışmalardan kaynaklanmaktadır (4). Topluma bağlılık oranı fazla olan kişilerde intihar olaylarının, grup özdeşleşmesi yapamamış kişilere oranla daha seyrek olduğunu, intihar oranının evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde evli olanlardan, dindar olmayanlarda dinine bağlı kişilerden daha yüksek olduğunu açıklamıştır. Ekonomik bunalım ya da savaş yenilgisi sonrası gibi toplum değerlerinin bozulduğu dönemlerde de intihar olaylarının arttığını saptamıştır. Durkheim bu bulgulardan, kişinin özdeşleştiği toplum grubuyla olan bağlarının zayıflamasının ve grubuna yabancılaşmasının intihar olaylarında başlıca etmen olduğu sonucuna varmıştır (4).

Freud intiharlar hakkında iki tez öne sürmüştür. Birinci hipotezde; depresyonlarda sıkıntının çok ileri gitmesi ile nefret edilen ya da çok sevilen ve kaybedilmiş objeden kurtulmak için depresyonlu şahsın seçtiği bir kurtuluş yoludur. İkinci hipotezde ise aşırı derecede artan agresyon durumu sonucu kişi intihar ederek kendini tahrip eder (5).

Karl Menninger "Man Against Himself" adlı eserinde intiharı, bireyin başkalarına duyduğu öfkeyi kendine yöneltmesi sonucu oluşan kendini öldürme isteği şeklinde tanımlamıştır. Birey bu şekilde başkalarına yönelttiği agresyonu kendine çevirerek kendini cezalandırmaktadır.

Menninger'e göre intihar eden birey üç temel güdüyle hareket etmektedir: öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği. Menninger'in görüşüne göre intihar ederek kendini öldüren bireyin bilinçaltında ölme isteği hâkimken, intihar girişiminde bulunan birinin bilinçaltında ölmeme isteği hâkimdir (6).

Ringel intihar eden bireylerde özel bir klinik tablonun varlığını savunmuştur. "Presuidal Sendrom" diye isimlendirdiği bu tablo bireysel yetersizlik, umutsuzluk, olumsuz yargılar ve kişilerarası ilişkilerde çekilme halini içerir. Ölüm düşüncesi giderek yoğunlaşarak intihar planları eyleme dönüştürülür (7).

Schneidman intihar edecek olan hastalarda en önemli karakteristik belirtinin iyi tanınması gerekliliğinin üzerinde durmaktadır. Schneidman'a göre; intiharların maksadında bir çözüm arayışı vardır. Ana hedef şuurluluğun geçici olarak ortadan kaldırılmasıdır. Bu durumlarda, emosyonel olarak umutsuzluk ve yardımsızlık hali bulunmaktadır. Kognitif olarak ambivalans söz konusudur. İdrak sahasında aşırı daralma meydana gelir. Hareket olarak ileri derecede bir regresyon gözlenir. Kişilerarası ilişkiler ve hareketlerde aşırı bir azalma meydana gelir ve intihar etmek isteyen veya girişimde bulunan bireyde hayat boyu bir ısrarcılık hali gözlenir. Her teşebbüs intihar riskini aşırı derecede artırır (5).

İntihar vakaları; intiharın ardından yaklaşık olarak ilk üç saat içinde acil servise başvurmaktadır. Bu sebepten dolayı, ilk tıbbi tedavilerini acil serviste almaktadırlar. Sosyal ve psikolojik desteği bu servislerden (erken intihar döneminde) beklemektedirler (54). İntihar vakalarının sosyodemografik açıdan incelemelerinde; ilk başvuruların genellikle acil servislere yapılmış olması önemlidir. Çalışmamız; acil servise başvuran intihar vakalarının sosyodemografik açıdan değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

DÜNYADA İNTİHAR

İntihar girişimlerinin epidemiyolojik özellikleri tamamlanmış intiharlar kadar iyi bilinmemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biri intiharlardır. Dünyada 2000 yılı itibariyle 815.000 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. Bir başka deyişle her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. İntihar girişimleri ise bu oranın 10-20 katı olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 15-24 yaşları arasındaki her 100.000 gençten 13'ü kendi yaşamlarına son vermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) intihar, ölüm nedenleri arasında sekizinci sıradadır ve yaklaşık olarak yılda 30000 ölümden sorumludur. İntihar oranı ABD'de yıllık

11/100.000' dir. ABD'de en az 31 000 kişi bir yılda intihardan ölmektedir. Bu tüm ölümlerin % 1.4' ünü oluşturmaktadır (8). Her gün 1500'den fazla Amerikalı intihar girişiminde bulunmaktadır ve yaklaşık 86' sı ölümlle ulaşmaktadır (9). Bu oran 15-24 yaş grubu arasında ise kazalar ve cinayetlerin ardından üçüncü sırada ölüm nedeni olarak sayılmaktadır (10).

İntihar hızı ülkeden ülkeye, kültürden kültüre büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Batı Almanya'da intihar oranı 36/100.000, Litvanya' da 34.4/100 000, İrlanda' da ise 3/100.000' dir. 2002 yılında İspanya'da 10-14 yaşlarında ölümlle sonuçlanan intihar oranı 0.38:100.000 iken 15-19 yaş grubunda bu oran 2.7:100.000 olmuştur (10). Çin' de yapılan bir çalışmada intihara bağlı ölümlerin tüm ölümlerin %3.6'sını oluşturduğu hesaplanmıştır (11).

Hindistan'daki ulusal suç kayıt bürosuna göre intihar ölümlerin ilk on nedeni arasında yer almaktadır. Yine intihar Hindistan'da 16-35 yaş grupları arasında ilk üç sırada görülen ölüm nedenleri içinde yer almaktadır. Hindistan'daki intiharların sayısı 1968' de 40.000 iken, 1999'da 110.000' e çıkmıştır; ulusal görülme insidansı ise yıllık 11:100.000'dir (13).

İngiltere ve Galler'de ortalama yıllık intihar oranı 10:100.000 civarındadır. Yıllık ölüm miktarı yaklaşık 5.000'dir (12) .

Japonya dünyada en yüksek intihar oranlarından sahip ülkelerden biridir. Ulusal polis teşkilatının verilerine göre 1998'de 32.863 intihar hesaplanmıştır (26:100.000)(14). 2001 yılında ise yine aynı kaynaklardan alınan verilere göre Japonya'daki intihar sayısı 31.042 ve 24.4:100.000 olarak hesaplanmıştır (15).

Litvanya'da ise 1995'ten beri intihar mortalite oranları stabil seyretmesine rağmen halen Avrupa'da en yüksek oranlarda seyretmektedir. 2002 yılında 44:100.000 olan oranlar Avrupa Birliği oranlarının ortalama dört katı, İskandinav ülkelerinden de ortalama üç kat daha fazladır (16).

Honkong'ta da son yıllarda intihar oranları belirgin şekilde artmıştır. 1998'de 13.2:100.000 olan oran 2003 yılında 18.6:100.000 olmuştur. Honkong'ta gerçekleştirilen intihar ölümlerinde ki major artışın 25-39 yaş arasındaki erkeklerde olduğu ifade edilmektedir (14).

ACİL SERVİSE BAŞVURAN İNTİHAR VAKALARININ SOSYO DEMOGRAFİK AÇIDAN İNCELENMESİ: DÜNYA

Ölümlle sonuçlanan intiharların oranı 2002 yılındaki Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre Çin hariç tüm ülkelerde genç erkeklerde genç kızlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. İntihar düşünce ve girişimi ise puberte sonrası dönemde kızlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (18). Bercz ve arkadaşları Macaristan' da yaptıkları bir çalışmada tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu bulmuşlardır (17). Ambade ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada intiharlardan ölümlerin oranını erkeklerde % 62.5, kadınlarda ise % 37.5 bulmuştur. İngiltere ve Galler'de son yirmi yıl içinde genç erkeklerde intihar oranı ikiye katlanmıştır ve 35 yaş altı genç erkeklerde en yaygın ölüm nedenidir. 1988 yılında tamamlanmış intiharlarda erkek/kadın oranı 1.6 iken, 2003 yılında bu oran 3.3 olarak bulunmuştur Tayland'da yapılan bir çalışmada ortalama intihar oranı 79/100.0000 olarak bulunmuş olup, erkeklerin intihar etme oranları kadınlara göre üç kattan daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (19). Dzamalala ve arkadaşları ise Malawi'de yaptıkları çalışmada inceledikleri otopsi serisinde 84 tamamlanmış intiharı incelemiş olup; vakaların 65'ini erkeklerin, 19'unun ise kadınların oluşturduklarını ifade etmektedirler (20). Ancak, kadınlar erkeklere göre dört kat daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadırlar (21). Bu durum, erkeklerin kadınlardan daha etkin yöntemler kullandıklarını düşündürmektedir. Ayrıca son yıllarda Avrupa'da yaşanan krizlerden dolayı işsizlik düzeyinin artması da erkeklerdeki intihar oranının fazla olmasının bir başka sebebi olabilir. Kadınlardaki yüksek intihar girişimi ise; yaşadıkları distresi ifade ve başkalarına olan tepkilerini gösterme biçimleri olarak düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda intihar oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada beyaz erkek ve kadınlarda tamamlanmış intihar oranlarının siyah erkek ve kadınlardakinden iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (22). Garrison ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da intihar girişimi beyaz adolesan kızlarda siyah adolesan kızlardan daha yüksek bulunmuş olmakla beraber siyah kızlar arasında medikal tedavi gerekliliği daha yüksek sıklıkta rapor edilmiştir (23).

ABD'nde, 1960'larda başlayıp 1977'lerde en üst noktaya ulaşan intihar oranlarının 15-24 yaş grubu içinde artış gösterdiği saptanmıştır. Geçtiğimiz çeyrek yüzyıl boyunca adolesanlar arasındaki intiharlar önemli bir halk sağlığı problemi olarak ortaya çıkmaktadır (24). Bu durum, ailede babanın yokluğu veya ebeveynlerin ayrı olmasının adolesanlarda

artmış intihar girişimi ile bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (25). Adolesanlar için, ayrı veya boşanmış ana-babalar ya da evliliklerdeki uyuşmazlıklarda, annenin eğitim düzeyinin çok düşük veya yaşının çok genç olması durumunda ve ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda risk artmaktadır (26). Boşanma durumunda boşanma öncesi anlaşmazlıklar çocuğun yetişmesini ve çocuk–ebeveyn ilişkilerini etkiler. Sonuç olarak tek ebeveynli aile çocuklarında kasıtlı yaralanmalar ve intiharlar daha sık görülür (27). Ev içindeki uyuşmazlık çocuk ve gençlerde de intihar hızını artırmaktadır. Tek ebeveynli ailelerle oturanlar veya ebeveyn–çocuk uyuşmazlığı olan ailelerde tamamlanmış intihar oranları daha fazladır. Travmaya özellikle şiddete uğramak özellikle ebeveyn cevabı yetersizse çocukta kötü sonuçta neden olmaktadır. Ebeveyn ve aile bağlılığı ise genç için intiharda belirgin biçimde koruyucu bir faktördür (28).

Evlilerde intihar oranı ABD’de 11/100.000, hiç evlenmemiş kişilerde yaklaşık iki katı, dullarda 24/100.000, boşanmış kişilerde 40/100.000 olarak bildirilmektedir. Erkek olmak burada da oranları oldukça büyütülmektedir; boşanmış erkeklerde oran 69/100.000, boşanmış kadınlarda ise çok daha düşük, 18/100.000’ dir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekar dul ya da yalnız yaşamaktadır (29). Yapılan bir çalışmada boşanmış veya ayrı yaşayanlarda risk 11 kat daha fazla bulunmuştur (30). Ebeveyn olmak özellikle anne olmak intihar ihtimalini azaltmaktadır. Küçük bir çocuk sahibi olmak özellikle kadın için koruyucu bir faktördür. Gebe kadınların aynı yaşta gebe olmayanlara göre intihar ihtimali daha azdır. Evlilik hızının düşmesi ve ayrı çift sayısının artmasının neden olduğu sosyal birlikteliğin azalması ile İrlanda’da 1970-1985 yılları arasında intihar hızı artmıştır. Sosyal uyumun azalmasının sosyal parçalanma belirteçleri olarak ifade edilen ayrılmış kimse sayısının fazlalığı ve o bölgedeki intihar hızını artıran risk faktörleri arasında yer almaktadır (28,31).

Düşük sosyoekonomik durum intihar girişiminde bir risk faktörüdür. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarıdan fazlasının düşük sosyoekonomik grup içinde olduğu ifade edilmektedir (32). İntihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal bakımdan instabilite ve fakirlik genel topluma oranla daha sıktır (33). Bazı çalışmalarda da sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, yaşanan bölge veya gelir düzeyi eş değişken olarak değerlendirilmiştir (34). İşsizlik de intihar riskini arttıran bir durumdur.. İşsizlik süresi arttıkça intihar girişimi riski de artmaktadır(34).

DSÖ çalışmaları, erkeklerin %10 unda kadınların %6sın da intihar girişiminden önce yaşanmış bir durum değişikliği olduğunu göstermektedir (10). Hejmelanın çalışmasında sonuç

olarak bildirilmiştir ki; son 12 ayda adres değişikliği yapmış olmak intihar girişimi için bir risk faktörüdür (35).

Katoliklik ve İslam intiharı şiddetli bir biçimde kınamaktadırlar. Törenselleştirilmiş intiharların tasvip edildiği Japonya'da ise intihar hızları hala yüksektir. Katolikler'de sosyal temas ve birlik artışı fazla olduğundan Protestan'lara göre daha düşük intihar hızı vardır. A.B.D' de ise kurumsal protestanlığın olduğu bölgelerde intihar hızı düşüktür (28). 71 ülke verisinin incelendiği çalışmalarda Müslüman nüfus arttıkça intihar hızı azalmaktadır. Dinin koruyucu etkisi birkaç bileşenle açıklanabilir. Dine dahil olma sosyal ağlarla sosyal bir destek sağlar, eylemi yasakladığından dolayı intiharı azaltır, inanç yapıları ve ruhsallık kişisel düzeyde bir taklit kaynağı, amaç ve ümit hissi oluşturarak kişiyi korur. Dindar kişilerde alkol ve madde bağımlılığı, boşanma ve tamamlanmış intihar daha azdır. Dinlerin pek çoğu yüksek düzeyde sosyal destek ve bütünleşme sağlar. Sosyal destek yalnızlık ve kimlik kaybı duygularını azaltır, depresyona karşı korur. Yalnızlık, kimlik kaybı ve depresyonun intiharla doğrudan ilgisi varsa, dindarlık yine dolaylı yoldan intihar üzerinde koruyucu bir etki gösterecektir (36).

Bireylerin tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında yoğunluk kazandığı görülmektedir. 1890'ların başında Durkheim, intiharda mevsimselliği sosyal yaşamdaki mevsimsel değişikliğe bağlamıştır. Mevsimsel intiharlarda intiharla sıcaklık, rutubet ve hava koşulları arasında anlamlı ilişki olduğunu bildiren çalışmalar, çevresel etkenlerin rolünün önemini vurgulamıştır. Nörokimyasal düzeylerde mevsimsel dalgalanma tamamlanmış intihar ve intihar davranışıyla ilişkilendirilmiştir. Örneğin şiddet, dürtüsellik ve saldırganlık gibi intiharla ilişkili davranışlara bağlanan serum kolesterol düzeyleri, intihar oranlarında yıllık döngüsel değişikliklere benzer mevsimsel değişiklik göstermektedir. Şiddet içeren yöntemleri kullanan erkekler incelendiğinde mevsimsel etki dikkati çekmektedir. Tamamlanmış intiharı ve major depresyonu olan 115 Fransız-Kanadalı erkek üzerinde yapılmış geriye dönük bir çalışmada, kişilik bozukluğu ek tanısı olmayan bireylerin intiharları mevsimsel özellik gösterirken, kişilik bozukluğu ek tanısı olan bireylerin ise mevsimsel özellik göstermemektedir. İntihar ve kendine zarar vermenin farklı mevsimsel yapılar gösterdiği, intihar yaygınlığının, ilkbahardan erken yaza doğru artma ve sonbahar-kışa doğru azalma eğilimi gösterdiği, bu etkinin özellikle erkeklerde ve şiddet içeren yöntemleri kullanan bireylerde olduğu gözlenmiştir (37).

TÜRKİYEDE İNTİHAR

Adli kaynaklara dayanılarak elde edilen intihar olayları, 1963 yılından itibaren Adalet İstatistikleri Yıllığı içerisinde kısa bilgiler şeklinde yayınlanmaya başlamıştır. 1974 yılından itibaren intiharla ilgili resmi veriler “İntihar İstatistikleri” adıyla yayınlanmaktadır (38). İntihar hızı düşük ülkeler arasında olmamıza karşın, son yıllarda intihar ve intihar girişimleri, en azından ruh sağlığı alanında çalışanların daha çok dikkatini çekmeye başlamıştır. Kapsamlı, genellenebilir sonuçları olmasa da, yapılan çalışmalar ülkemizdeki intihar davranışına ışık tutmaktadır (39,40,17). İntiharların son 10 yıllık değişimi incelendiğinde 1997 yılına kadar dalgalanmalarla birlikte bir artış olduğu ve intihar oranının 100.000’de 2 dolayında bulunduğu, bu dalgalı artışın 1998 yılında ise bir azalma eğilimine girdiği gözlenmektedir (41,42).

Kaba intihar oranlarının bölgesel değişimi incelendiğinde, Ege Bölgesi’nin 100.000’de 3.74 ile en yüksek intihar oranına sahip olduğu görülmektedir. İntihar oranının en düşük olduğu bölge ise 100.000’de 1.86 ile Karadeniz Bölgesi’dir (38,43). Türkiye’de intihar edenlerin 15 – 34 yaş grubunda yoğunlaştığı ve kadınların erkeklere nazaran daha genç yaşta intihar ettiği gözlenmektedir.

İntihar eden erkeklerin yarısından fazlası 35 yaşından, kadınların ise yarısından fazlası 25 yaşından daha küçüktür (38,43,44). Türkiye’deki intiharların en önemli nedeni, hastalık olarak görülmektedir. İntihar nedenlerinden aile geçimsizliği ve geçim zorluğu 2. ve 3. Sırada yer almaktadır. Öğrenim başarısızlığı ise intihar nedenleri arasında en düşük orana sahiptir.

İntihar İstatistikleri 1998 verileri doğrultusunda, nedene göre intihar yüzdeleri şöyledir: Hastalık %31.5, aile geçimsizliği %26.5, geçim zorluğu %14.6, hissi ilişki ve istediği ile evlenememe %13, ticari başarısızlık %6, öğrenim başarısızlığı %4.1 ve diğerleri %3.9 dur (38,44). Türkiye’de intihar edenlerin çoğunluğu asarak intihar etmektedir. 2009 yılı İntihar İstatistikleri verileri doğrultusunda şekline göre intihar yüzdeleri şöyledir: %53.7’si kendini asarak, %26.2’si ateşli silah kullanarak, %5.8’i kimyevi madde kullanarak, %8.7’si kendini yüksekten atarak, %5.6’sı diğer yöntemleri kullanarak intihar etmiştir (38,43).

ACİL SERVİSE BAŞVURAN İNTİHAR VAKALARININ SOSYODEMOGRAFİK AÇIDAN İNCELENMESİ: TÜRKİYE

Tel ve ark'nın (2003) intihar girişimi ile acile başvuran hastaların sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirdikleri çalışmada intihar vakalarının 15-19 yaş aralığında yoğun olduğuna dikkat çekilmektedir. Ülkemizde intiharlar 15-24 ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaş dağılımına göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkekler yüksek oranda görünmekle birlikte gençlerde tüm yaş gruplarından daha hızlı bir yükselme söz konusudur(45). Ülkemizde yapılan bir çalışma literatüre uyumlu olarak acile başvuran intihar vakalarının %59'unun 16 – 24 yaş grubunda olduğunu bildirmektedir (46). Ülkemizde yapılan bir başka çalışma da; acile başvuran intihar vakalarının yaşları 15-34 yaş aralığında (% 81.3) yoğunlaştığını belirtmektedir (47). Aktepe ve ark'nın ülkemizde yaptığı ve intihar eden çocuk- ergenlerin, sosyodemografik- psikiyatrik açıdan incelediği çalışmada; vakaların önemli bir kısmının (%89.7) kız çocuk ve ergenlerden oluştuğu, 15-16 yaş grubunun ise en riskli grup olduğu bildirilmektedir. Ancak, acil servise başvuran intihar vakalarının sosyodemografik açıdan araştırıldığı bir başka çalışmada acile başvuran intihar vakalarının yaş aralığının en çok 25-34 arasında değiştiği bildirilmektedir (48).

Devrimci ve ark'larının yaptıkları bir çalışmada; kadın / erkek intihar etme oranının 2.4 olduğu belirtilmektedir. Bir başka çalışma da yine verileri destekler nitelikte; acil servise intihar sebebiyle başvuran kadın/ erkek oranının 3.4 olduğu vurgulanmaktadır (47). Ancak, Gür'ün (2012) acil servise başvuran intihar vakalarını değerlendirdiği çalışmasında; intihar ve intihar girişimi olan hastalarda; kadınların çoğunlukta olduğu ve hastalarının çoğunun 30 yaşın altında olduğunu göstermektedir (48). Yalvac'ın (2006) yapmış olduğu çalışmada acile başvuran olgularda kadınların erkeklere oranı 1.7 olarak bulunmuştur (49). Dilbaz ve ark'larının (2005) yaptığı intihar girişimlerinin değerlendirildiği çalışmasında ise bu oran 2.17 olarak bulunmuştur (50). Acil servise başvuran intihar vakalarının sosyodemografik açıdan araştırıldığı bir başka çalışmada yine intihar edenlerin ya da intihar girişiminde bulunanların cinsiyetleri açısından incelenmesinde, %54'ünü kadınların, %46'nı da erkeklerin oluşturduğu görülmektedir (48). Bu durum, kadınların intihar girişiminde daha fazla bulduklarını göstermektedir. Türkiye geleneksel aile yaklaşımı içinde, kadını gördüğü şiddetten uzaklaştıramayan bir toplumsal yapı içinde düşünülebilir. Aile içi ilişkilerde kadının fikirlerini açık ifade edememesinden kaynaklanan sorununu intihar girişimi ile gösterdiği düşünülebilir.

Acar'ın (2009) acil servise başvuran intihar vakalarını incelediği çalışmasında; intihar edenlerin en çok bekarlar olduğu (%50) ancak evlilerin de ciddi bir oranda (%31) intihar

sebebiyle acil servise başvurdukları ifade edilmektedir (51). Tel ve Uzun (2003) çalışmalarında; bekarların (%74) diğer gruplara oranla daha fazla intiharı seçtiklerini göstererek desteklemektedirler. Yine aynı çalışmada intiharın çekirdek ailede (%78), ailesi ile birlikte yaşayanlarda (%83), ilde yaşayanlarda (%74), öğrencilerde (%44) görüldüğü saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan ergen ve çocukların sosyodemografik verilerine göre; %86.2'si çekirdek aileye sahipken %13.8'i aile büyükleriyle birlikte yaşamaktadır(45). Yine acil serviste yapılan ve vakaların sosyodemografik özelliklerine göre intihar yöntemlerinin belirlenmesi ile ilgili bir diğer araştırmada; hastaların medeni halleri incelendiğinde erkek ve bekar olmanın intihar girişimi riskini 1.3 kez arttırdığını tespit edilmiştir (52). Yalnız yaşamak intihar riskini artırmaktadır.

Gökhan (2008) çalışmasında; acile gelen intihar vakalarının geliş yerlerini incelendiğinde % 73.9' unun il merkezlerinden, % 26.1' inin ise ilçe ve köylerden geldiğini tespit etmektedir (52). Çalışmaya alınan hastaların % 77.1' i herhangi bir işte çalışmadığı geriye kalan % 22.9' nun ise çalıştığı görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanların çoğunun işçi, ev hanımı veya öğrenci olduğu görülmektedir (51).

Ülkemizde eğitim durumlarına göre intihar girişim ortalamasına bakıldığında, eğitim seviyesi düştükçe intihar oranının artmakta olduğu saptanmıştır (46). Ancak bir başka veri en çok lise mezunlarının intiharla acile başvurduğunun söylemektedir (51) .

Girişim sayısının açısından incelendiğinde ise; yapılan bir çalışmada; acile başvuran intihar vakalarının daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadığı sorgulandığında %75,54'ünün bulunmadığı, % 21,58 daha önce intihar girişiminde 1 defa bulunduğu ve %2,88 daha önce intihar girişiminde 2 defa bulunduğu görülmüştür (51). Kübalı (2007) çalışmasında; intihar girişiminde bulunanların %18,9'unun daha önce intihar girişiminde bulunduğunu bildirmektedir (53).

Gökhan (2008) çalışmasında; İntihar girişiminde bulunanların % 98,9 dini inanışlarını İslam olarak nitelendirdiğini ancak % 1,1 hiçbir dine inanmadığını bildirmektedir. Bunun sebebi olarak ülkemizde yaşayan insanların büyük oranda aynı dine inanmaları düşünülebilir. Mevsimsel açıdan ise; en çok yaz mevsiminde ve ilkbaharda intihara teşebbüs edildiği açıklanmaktadır (48). Ülkemizde acile başvuran intihar vakalarıyla; din, mevsim etkisi ve ırkın risk faktörü olarak saptanmaya çalışıldığı yeterli sayıda veri bulunmamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İntihar vakalarının sıkça başvurulduğu merkez, acil servisler ve 112 olmaktadır. İlk girişimlerin psikolojik ve fizyolojik bakımından çok önemli olduğu açıktır. Yeterince çalışma olmamasına karşın acil müdahalelerin yapıldığı bu birimler; hayatta kalım oranlarında ciddi etkileri olabilecek birimlerdir. Bu sebepten acil servislerdeki personelin intiharın fizyolojik sonuçlarına karşı çok iyi eğitilmesi gerekmektedir. Ancak bu girişim intihar vakalarının hayatta kalım süreçlerine yeterli katkı sağlamayacaktır. Aynı zamanda psikolojik desteğin ilk buradaki personel tarafından verileceğini düşünürsek; psikolojik yönden destek sağlayabilecekleri bu eğitimin de çok önemli olacağını anlayabiliriz. Bu süreçte acil servislerde protokollerin oluşturulması ve uygulanması önem kazanmaktadır. İntihar olaylarının adli yanı için adli hemşire, adli tıp doktoru, sosyal hizmet uzmanını bulundurmak yanında kişinin en çok isteyeceği sosyal desteği vermesi açısından psikiyatri hemşirelerinin de bulunması amaçlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
2. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
3. [://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf)
4. Odağ C. İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım. İzmir, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, 1985; s: 5-95
5. Uluduz Du, Uğur M. Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gozden Gecirilmesi. Yeni Symposium. 2001; 39: 19-25
6. Yalvac Dh. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyodemografik Ve Klinik Etkenlerle İlişkisi(Uzmanlık Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. 2006
7. Can Ss, Sayıl I. Yineleyici İntihar Girişimleri. Kriz Dergisi. 2003; 12: 53-62
10. Davis Jm, Brock Se. Suicide. İn J Sandoval (Ed). Hendbook Of İn Crisis Counseling, İntervention, Prevention İn The Schools, (İkinci Baskı), İçinde J Sandoval (Ed) Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London., 2002, 128-132.
8. Yuksel N, İntiharın Norobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001; 4: 5-15

9. 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
10. Parellada M, Saiz P, Moreno D Et. Al. Is Attempted Suicide Different In Adolescent And Adults? *Psychiatry Research*. 2007; 30 : 1-7
11. Phillips Mr, Li X, Zhang Y. Suicide Rates In China, 1995-99. *Lancet*. 2002; 359: 835-40
12. Kapur N, And Gask L. Introduction To Suicide And Self-Harm. *Psychiatry*.2006; 5:.259-62.
13. Sharma Br, Gupta M, Sharma Ak Et. Al. Suicides In Northern India: Comparison Of Trends And Reviwev Of Literature. *Journal Of Forensic And Legal Medicine*. 2007; 14: 318-26
15. Fushimi M, Sugarawa J, Shimizu T. Suicide Patterns And Characteristics In Akita, Japan. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 2005; 59: 296-302
16. Starkuviene S, Kalediene R, Petrauskiene J. Epidemic Of Suicide By Hanging In Lithuania: Does Socio-Demographic Status Matter? *Public Health*. 2006; 120: 769–75
14. 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
17. 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.
- 18-Bridge Aj, Goldstein Tr, Brent Ad. Adolescent Suicide And Suicidal Behavior. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*. 2006; 47: 372–94
- 19- Lotrakul M. Suicide In Thailand During The Period 1998–2003. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 2006; 60: 90–95
- 20- Dzamalala Cp, Milner Ad, Liomba Gn. Suicide In Blantyre, Malawi (2000–2003). *Journal Of Clinical Forensic Medicine*. 2006; 13: 65–69
- 21- Köroğlu E. *Psikiyatrik Acil Durumlar*. 2.Basım. Hekimler Yayın Birliği, Ankara,1999; 425-443
- 22- Doshi A, Boudreaux Ed, Wang N, Pelletier Aj, Camargo Ca. National Study Of Us Emergency Department Visits For Attempted Suicide And Self-Inflicted Injury,1997-2001. *Annals Of Emergency Medicine*. 2005; 46: 369-75
- 23- Myers, D. *Social Psychology*, Teachers College Press, New York, 1990: 67
- 24- Atay İm, Kerimoğlu E. Ergenlerde İntihar Davranışı. *Cocuk Ve Genclik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2003; 10: 128-136

- 25-Moscicki Ek. Epidemiology Of Completed And Attempted Suicide: Toward A Framework For Prevention. Clinical Neuroscience Research. 2001; 1: 310–23
- 26- Skegg K. Self-Harm. Lancet. 2005; 366: 1471-83
27. Mos´Cicki E.K, Epidemiology Of Completed And Attempted Suicide: Toward A Framework For Prevention, Clinical Neuroscience Research 2001; 1: 310–323
28. Goldsmith Sk., Pellmar Tc,Kleinman Am, Bunney We, Reducing Suicide A National Imperative, The National Academies Press ,2003 Isbn 0-309-08321-4
- 29- Yüksel N, İntiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001; 4: 5-15
- 30-Özgüven E. Güvenirlik Ve Geçerlik. Psikolojik Testler'de. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2007:83-108.
31. Dorling D., Gunnell D., Suicide: The Spatial And Social Components Of Despair İn Britain 1980–2000, Trans Inst Br Geogr 2003; 28: 442–460
- 32- Deveci A, Aydemir O, Mızrak S. İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sosyo Demografik Özellikler, Stres Etmenleri Ve Ruhsal Bozukluklar. Kriz Dergisi. 2005; 13: 1-98- Myers,
- 33- Yalvaç Dh. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyo-Demografik Ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D,Uzmanlık Tezi, Malatya, 2006
- 34-Welch Ss. A Review Of The Literature On The Epidemiology Of Parasuicide İn The General Population. Psychiatric Services,2001(52):3;368-75
- 35- Ekici G, Savaş Ha, Cıtak S. Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı Ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001; 11: 168-73
36. Sayar K., İntihar Ve İnanç Sistemleri Yeni Symposium 2002; 40 (3): 100-10
37. Kim Cd, Lesage Ad, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, Turecki G. (2004). Seasonal Differences İn Psychopathology Of Male Suicide Completers.
- 38- Seydioğlu M. İntihar Girişiminde Bulunan Kişilerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi, Depresyon Ve Sosyal Destek Algısı Açısından Değerlendirilmesi. Y.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Van, 2002; 24-25.
- 39- Myers, D. Social Psychology, Teachers College Press, New York, 1990: 67.
- 40- Devrimci Özgüven H, Sayıl I. Suicide Attempts İn Turkey: Results Of The Who Euro Multicentre Study On Suicidal Behaviour, Canadian Journal Of Psychiatry, 2003;48:324–329
- 41- Hogg, M.A., Vaughan G.M.. Tutumlar. Sosyal Psikoloji Kitabı (Çev:Yıldız, İ., Gelmez, A.) 1. Baskı, Sözkese Matbaası, Ankara, 2007: 173- 222.

- 42- Ekici G, Savaş Ha, Cıtak S. Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı Ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001; 11: 168-73
- 43- Die. İntihar İstatistikleri. Ankara. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.1998. Yayın No: 2294.
- 44- Suvarlı Mk. Çocuklarda Ve Adölesan Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler Ve Çözüm Önerileri, Kriz Dergisi, 1995; 3, 1-2, 75-87.
- 45.Havva Tel, Sultan Uzun; İntihar Girişimi İle Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Durumları, Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:151-158
46. Asoğlu M. (2007). Şanlıurfa'da İntihar Girişimlerinin İlişkili Olduğu Risk Faktörleri. H.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Doç. Dr. A Altındağ).
47. Seliyha Dolaşır (2007); 2005 Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Kriz Odasına Başvuran İntihar Girişimi Vakalarının Bir Yıl Sonraki Ruhsal Durumları Ve İntihar Davranışını Yineleme Riskleri, Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- 48.Gür Akgör S. T. (2012) Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri ,Erzurum.Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
49. Yalvac Dh. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyodemografik Ve Klinik Etkenlerle İlişkisi(Uzmanlık Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. 2006
- 50.Dilbaz N, Şengül Cb, Cetin Mk, Şengül C, Okayt, Yurtkulu F, Duman T. Genel Bir Hastanede İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi Kriz Dergisi. 2005; 13: 1-10
- 51.Ayşe Acar, Acil Servise Gelen İntihar Vakalarının Sosyodemografik Açından İncelenmesi 2009;İstanbul Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- 52.Şervan Gökhan,Özkıyım Nedeni İle Acil Servise Başvuran Olguların Demografik Verilerinin Özkıyım Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi,2008, Diyarbakır; Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
53. Zehra Kübalı, Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının İncelenmesi, 2007,Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
54. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğullar L, İkizceli . intihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:19-29.

