

## **SOSYAL BİR GERÇEKLİK OLARAK İNTİHAR OLGUSU: SOSYAL PSİKOLOJİK BİR DEĞERLENDİRME**

Kasım TATLILIOĞLU\*

### **SUICIDE PHENOMENON AS A SOCIAL REALITY: A SOCIAL PSYCHOLOGICAL EVALUATION**

#### **Öz**

İntihar girişimleri, bir halk sağlığı sorunu olduğu gibi önemli bir hastalık yükünü de oluşturmaktadır. Her toplumun olduğu gibi, içinde yaşadığımız toplumun da sosyal bir geçişi olan intihar olgusu üzerinde birçok çalışma yapılmıştır. İçinde yaşadığımız toplumda gençlerin ruhsal gelişim sorunlarında hızlı bir artış yaşanmaktadır. Birey çözüm yolu olarak da intihar etmeyi görmektedir. Aslında, intihar önlenebilecek bir ölüm nedenidir. İntihar eden insanlar değişik nedenlerle yaşamlarına son vermek isterler. Yapılan araştırmaları incelediğimizde, intihar girişiminde çok çeşitli etkenlerin olduğu görülmektedir. Genelde birkaç neden bir arada bu eylemin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. İntihar olgusu, tamamen bireysel bir davranış olmakla birlikte, aynı zamanda sosyal süreç ve koşulların da iç içe geçtiği sosyal bir olgudur. İntihar, genç insanların en üretken çağlarında, ölümlerine yol açmaktadır. İntihar girişimi, kızlarda erkeklerden 2 kat daha fazladır. En sık kullanılan yöntem ise yüksek dozda ilaç almaktır. İntihar olgusu, sadece Türkiye’de değil, bütün dünyada önemli bir sorundur. Bu çalışma, kuramsal bir araştırmanın ürünüdür. Bu alanda deneysel ve kuramsal çalışmalar ve yazılan eserler incelenerek bir sonuca ulaşmaya çalışılmıştır. Tüm bulgular literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** İntihar girişimi, Kişilik bozukluğu, Ruhsal bozukluk, Kaygı, Stres, Depresyon, Risk etmeni.

#### **Abstract**

Suicide attempts are not only a public health problem, but also an important reason of medical workload. Committing suicide as a social phenomenon is one of the important of our age. A great number of studies have been done on the subject. In the community there is a fast increase in the growing up young people’s psychological problems. The individual chooses suicide as a way out. Actually could be prevented. The people committing suicide want to end their

---

\* Yrd. Doç. Dr., Bingöl Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, kasimatlili@hotmail.com

lives due to various reasons. Existing studies points out, there are lots of reasons behind suicides. Generally couple of them together may lead to the event. The suicide is social as well as psychological phenomenon. Suicide tooks the young people from life when they were at their productive ages. Girls' suicide attempts are twice as much as the boys'. The most frequent method is overdose medication. The concept of suicide, not only in Turkey, is a major problem all over the world. This study is a theoretical research. The existing studies will be analysed to find out the social reasons behind suicide. All of the findings were discussed in relation to relevant literature.

**Keywords:** Suicide attempts, Personality disorder, Mental disorder, Anxiety, Stress, Depression, Risk factor.

## 1. Giriş

İntihar girişimi önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntiharla ölüm nedeni psikoloji, sosyoloji, psikiyatri gibi çeşitli bilim dalları tarafından ele alınan çok boyutlu bir sosyal olgudur. Dolayısı ile intihar olayı birçok faktörün etkisi altında gerçekleşen çok değişkenli, kültürel, dini, sosyoekonomik yönleri olan çok karmaşık bir olaydır. İntihar, birçok ruhsal rahatsızlıklarda görülebilmekle birlikte toplum tarafından daha ziyade depresyonla ilişkili bir durum gibi algılanmaktadır (www.edepresyon.com; Okman, 1997).

İntiharlar, stres veren yaşam koşullarındaki sağlıklı (normal) kişilerden, ruhsal bozukluğu olan (anormal) kişilere kadar geniş bir alanda görülmektedir. Kişi travmatik bir olay ile karşılaştığında kendisine yardımcı olacak farklı alternatifleri düşünememekte ve sonuçta intihara başvurmaktadır (Stoney, 1996; akt: Gürkan ve Dirik, 2009).

İntiharların etyolojisine ilişkin olarak; psikodinamik kuram (Freud, 1936) intiharda "*bilinçaltı öfkenin*" etkisi; bilişsel kuram (Beck, 1987) "*kendine, dünyaya ve geleceğe negatif bir bakış*"; toplumbilimsel kuram (Durkheim, 1951) "*toplumsal bir olgu*"; sosyal öğrenme kuramı (Lester, 1987) "*stres verici olaylara karşı öğrenilmiş bir tepki*" ve biyolojik kuramcılar ise intiharı "*genetik ve biyokimyasal*" nedenlerle açıklamaktadırlar (Ercan, 1998).

İntihar olgusunun kişiden kişiye değişmesi, farklı türlerinin ve farklı nedenlerinin olması farklı kuramların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ayrıca, resmi makamlara yansıyan intiharların, toplumsal baskılardan dolayı gizlenmesinden dolayı kamuoyuna gerçekte %30-40 arası yansıdığını söyleyebiliriz. İntihar, son yıllarda giderek artan bir halk sağlığı sorunu haline dönüşmüştür. Alınan tüm önlemlere rağmen, bir

insanlık dramı olan intiharın önüne bir türlü geçilememektedir. Bu durumun değişik nedenleri var. Ülkemizde intiharlar üzerine yapılan araştırmaları incelediğimizde, intihar yöntemleri, demografik özellikler, yaş, cinsiyet, coğrafi faktörler, bireylerin duygularını ifade etme davranışları, umutsuzluk, yalnızlık, yaşamı sürdürme nedenleri, algılanan sosyal destek, bilişsel değişkenlerin sınanması, psikiyatrist tutumları ve risk faktörlerine ilişkin psikososyal modelin sınındığı çalışmalar görülmektedir.

Ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarına baktığımızda intihar oranının 15-24 yaş grubunda düzenli olarak artış gösterdiği görülmektedir (Şahin ve Batıgün, 2003). İntihar her yaş grubunda görülür ancak gençler arasında daha yaygın olarak görülmektedir (O’conner & Sheehy, 1997). WHO (2005) verilerine göre Avrupa’da her yıl ortalama 160.000 kişi intihar ederken; dünyada ise yılda ortalama 800.000 kişi intihar yolu ile hayatını kaybetmekte ve son 45 yılda intihar oranlarının % 60 arttığı görülmektedir. İntiharın bireysel olduğu kadar toplumsal boyutu da vardır. Tüm dünyada 42 saniyede bir kişi yaşamına son vermek için intihar girişiminde bulunmakta ve günde ortalama 1000 kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmektedir (www.psikoloji.com.tr).

Ayrıca, WHO verilerine göre, dünyada intihar ilk on ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Elbette bu durum ülkeden ülkeye ve kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Çünkü bir toplumdaki dini inançlar ve gelenekler intiharı önleyici bir etkiye sahip olabilmektedir. Bu yüzden intihar algısı, dine, kültüre, sosyal sitemlere bağlı olarak değişmektedir. Bazı kültürlerde utanç verici bir durumdan veya umutsuz bir durumdan çıkış yolu olarak algılanmaktadır (wikipedia.org). Türk kültüründe intihar hoş karşılanmamakta ve İslam Dini’nde ve Kur’an-ı Kerim’de “Kendinizi öldürmeyiniz” (Kuran, Nisa Suresi, Ayet:29) buyrulmaktadır. Hz. Peygamberin hadislerinde de intihar kesin bir dille yasaklanmıştır (<http://fikih.ihya.org/islam-fikhi/intihar.html>. Buhârî, Vesâyâ, 23, Hudûd, Tıb, 45; Müslim, 144). İntiharı önleme çalışmaları, 1980’li yıllardan itibaren Birleşmiş Milletler (UN) ve 1990’lı yıllardan itibaren ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından gündeme alınarak gerekli destekler sağlanmaktadır.

Durkheim (1897) “*İntihar-Le Suiside*” adlı eserinde, “dini inançların, geleneklerin egemen olduğu toplumlarda intiharların daha az görüldüğünü, toplumda meydana gelen bunalımların intihar oranlarında bir değişiklik doğurduğunu, devrim hareketleri, savaşlar, doğal afetler vb felaketlerin intihar oranlarını düşürdüğünü” söylemektedir. Çünkü bu tür durumlarda kolektif bilinç, bireysel bilinçleri sınımsız sarmakta ve

etkilemektedir (Egoist –bencil intiharlar). Ayrıca, ekonomik krizler, toplum yapısında hızla meydana gelen çalkantılar, bireyin yaşam koşullarını, manevi değerlerini etkilediğinden bir kuralsızlığa yol açmakta ve intihar riskini arttırmaktadır (anomik intiharlar). Bazı durumlarda da birey, başkalarının iyiliğini, kendi menfaatlerinden üstün tutarak, intihar etmektedir (altruistik intiharlar). (Balcioğlu ve Abanoz, 2009).

İntihar sıklığı yaş gruplarına ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Özellikle gençlerde önemli bir sorundur. Ölümle sonuçlanan intiharlarda erkek intihar oranı kadınlarınkinden daha fazla olup 2-3 katıdır (McClure, 1984). Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimlerinde bu oran tersine dönmektedir. Ertemir ve Ertemir (2003)'e göre, intihar girişimleri, kızlarda erkeklere nazaran iki kat daha fazladır. Johnson, Krug ve Potter (2000)'in 34 ülkede yaptıkları araştırma sonuçlarına göre, intihar girişiminde bulunanların %80.1'inin erkek, %19.92'sinin ise kadın olduğu görülmektedir (Akt: Batıgün, 2008; Gürkan ve Dirik, 2009). Ülkemizde TÜİK (2002; 2006) verilerine göre, erkeklerde ölümle sonuçlanan intihar oranının, kadınların iki katı olduğu, kaba intihar hızının 3.30/100.000 olduğu, bu sayının 32.42'si 15-24 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Batıgün (2005)'ün 15-65 yaş arası 683 kişi ile gerçekleştirdiği araştırma bulgularına göre, 15-25 yaş arası bireylerde daha fazla umutsuzluk ve yalnızlık görüldüğünden daha az yaşamı sürdürme düşüncesine sahip oldukları ve buna paralel olarak da intihar düşüncesinin bu yaşlarda arttığı sonucuna ulaşmışlardır. ABD'de yapılan araştırmada 15-24 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı intiharlar almaktadır. Dünyada ortalama her 1 saniyede 1 kişi intihar girişiminde bulunmakta ve her 40 saniyede 1 kişi intihar ederek yaşamını yitirmektedir (www.intihar.de). DİE (2000) verilerine göre, intiharların %30'u 15-24 yaş grubunda gerçekleşmektedir.

Yapılan çalışmaların sonuçlarını genel olarak ele aldığımızda, gençlerin kendilerini problem çözme konusunda yetersiz algıladıklarından stresli bir durum ya da olay karşısında da ilk olarak intiharı düşündükleri görülmektedir. Bireyin gelişim evreleri içerisinde ergenlik dönemi riskli bir durum arz etmektedir. Trafik kazalarından sonra, gençlerde ölüm sebeplerinden biri olarak önde gelen ölüm nedenidir. İntiharları, cinsiyete göre ele aldığımızda, kadınların stresli bir olay ya da durum karşısında, kendilerini erkeklere göre daha güvensiz algıladıkları, kadınları öfkeliendiren etmenlerin erkeklerden daha fazla olduğu, kadınların daha çok kaygılı ve içe dönük tepkiler sergiledikleri, erkeklerin ise daha çok

saldırgan tutumu benimsediklerine ilişkin bulgulara ulaşıldığını görmekteyiz.

Literatür taramasına baktığımızda bu alanda bireyi intihar etmekten alıkoyan önleyici faktörler ile onları hayata bağlayan yaşamsal olaylar üzerinde yeterince çalışma yapılmadığını görüyoruz. Bu alanda yapılan literatür çalışmaları incelenerek, hangi değişkenlerin ele alınarak araştırma yapıldığı ve ne tür bulgulara ulaşıldığı ve ulaşılan araştırma bulguları mukayese edilerek bir sonuç elde edilmiştir.

## 2. Kavramsal Çerçeve

### 2.1. Bir Kavram Olarak İntihar

İntiharın psikologlar ve psikiyatristler tarafından değişik tanımları yapılmış olup, Latince'de "*insanın kendini öldürmesi*" anlamına gelen "*sui*" yani ben; ve "*cedere*" öldürmek sözcüklerinin birleşmesi sonucu "*suicedere*"den İngilizceye "*suicide* (kendini öldürme) olarak geçmiştir (Yalvaç, 2006). Bugüne kadar intihar girişimlerini tanımlamak için parasuisid, bilerek kendini yaralama, pseudosuisid ve ölümcül olmayan bilerek kendine zarar verme gibi çok çeşitli isimler kullanılmıştır. Abu tanımlar yeterli görülmemiştir (SAYGILI ve Aydın, 1998). TDK (2006) sözlüğüne göre intihar, "*bir kimsenin ruhsal veya toplumsal nedenlerle kendi hayatına son vermesi*" olarak tanımlanmıştır. Bu konuda en yaygın tanım, "*İnsanın kendi kendisini cezalandırma veya kendisini kasıtlı olarak dünyadan ayırmak için önceden planlı veya plansız bir biçimde direk bir eylemle ya da çok dolaylı yollardan, kendi isteğiyle kendi yaşamını sonlandırmasıdır*" şeklinde tanımlanmaktadır. Durkheim (1897) intiharı, "*ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek, girilen olumlu ya da olumsuz bir eylemin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan ölüm olayı*"; Freud (1936) intiharı, "*kaynağı içe atılmış nesneye karşı ölümcül bir saldırı*"; Yalvaç (2006) intiharı "*sistemli olarak kendini öldürme eylemi*"; Eskin (2003), "*düşünceyle başlayıp, ölümle sonuçlanan bir davranış yelpazesi*"; Balcıoğlu ve Abanoz (2009) "*insanın kendisine yönelttiği şiddet eylemi olup, insanın kendi isteği ile kendi hayatına son vermesi*" olarak tanımlamışlardır.

Berman ve Jobs (1997) ise intiharı, "*farklı düzlemlerde gerçekleşen, ancak bu düzlemlerin birbirini takip etmesi zorunlu olmayan bir süreç olarak görmüşlerdir. İntihar eden kişi, yaşamına son vermek amacıyla patolojik bir davranışta bulunmaktadır. Çünkü burada birey, kendine acı veren gerçeklikten uzaklaşarak, kendi gerçekliğini değiştirme konusunda*

bir çaresizliğe başvurmaktadır. Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, intiharların %90'ı önceden tasarlanmış ve önceden haber verilmiş intiharlardır. Diğer insanlarla kurduğumuz ilişkinin kalitesi, mutluluğumuzun ve hayattan ne kadar zevk aldığımızın da göstergesidir. Etkin iletişim ve etkin yaşam hayatın her alanında özel bir öneme sahiptir. Son yıllar araştırmalarına göre, girişimlerde kişiler tarafından sıklıkla seçilen yöntemler arasında yüksek doz ilaç içme, kesi – özellikle bilek kesici – önde gelmektedir. Gerçek intiharlarda olduğu gibi, intihar girişimlerinde de erkekler kadınlara göre daha ölümcül ve aktif yöntemleri seçmektedirler (<http://www.intihar.de/yontem-farklari.htm>, Erişim tarihi: 24.10.2012).

DİE (2002) verilerine göre intihar istatistikleri kayıtlarını incelediğimizde aşağıda Tablo 1'de de görüldüğü gibi, ülkemizde en sık başvuru olan yöntem "**kendini asma**" 1. sırada en fazla intihara teşebbüs ise "**kendini zehirlenme**" olduğunu görmekteyiz.

**Tablo 1.** İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntemler

İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntem	Erkek (%)	Kadın (%)
Kendini zehirlenme	13.2	34.5
Kendini Asma	54	51.3
Ateşli Silahlar	13.4	5.3
Boğulma	5.1	5.3
Diğer Yöntemler	13.4	12.7
Bilinmeyen	0.9	0.9

Kaynak: DİE (2002). İntihar İstatistikleri.

## 2.2. İntiharın Nedenleri

İntihar nedenleri çok çeşitlidir. Genelde birkaç neden bir arada bu eylemin ortaya çıkmasına yol açar. Kendisini öldüren insanların %90'ı depresyon hastasıdır. Depresyon ve diğer ruhsal hastalıklar yanında kötü yaşam olayları da intihar riskini artırmaktadır. İntiharların bireysel olduğu kadar toplumsal boyutu da vardır ([www.psikoloji.com.tr](http://www.psikoloji.com.tr)). İntihar nedenlerine ilişkin olarak 2 yöntem kullanılmaktadır: Bunlardan birincisi epidemiyolojik çalışmalar; diğeri ise olguların tek tek psikolojik otopsi

yöntemi ile incelenmesidir. Psikolojik otopsi yöntemini ilk kez 1959'da St Louis (USA) tarafından geliştirilmiştir (Sayıl, Canat ve Tuğcu, 2000). Stravyski ve Boyer (2000); Conroy ve Smith (1983); Page ve ark., (2006); Maris (1981)'nin yalnızlık ile intihar düşüncesi arasındaki ilişki üzerine yaptığı araştırma sonuçlarına göre, intihar düşüncesi bulunan bireylerin %25'inin kendilerini yalnız hissettikleri, yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkili olduğunu söylemişlerdir (Akt: Batıgün, 2008). Joiner ve ark., (2006)'nın yaptığı araştırmaya göre bir kişinin intihar etmesi için şu üç koşulun olması gerekir: Kendini öldürecek kapasite ve yeterliliğe sahip olması, çevredeki diğer insanlara yük olduğunu hissetmesi ve bir sosyal grup ve ilişki değerlerine sahip olmamasıdır (Akt: Gürkan ve Dirik, 2009).

Günümüzde her olgu gibi, intiharın nedenini tek bir faktöre bağlayarak açıklamak, bilimsel olmayan bir anlayışı temsil eder. İntiharın nedenlerine ilişkin birçok kuram vardır. Psikologlar, bu nedenlerin, bireyin kişilik yapısında bulunduğunu ileri sürerler (www.saglikweb.com). İntihar davranışı, sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet ve yaşa göre değişmektedir. İntiharın nedenlerine ilişkin pek çok sebep vardır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre kadınlar erkeklerden daha çok intihara teşebbüs etmekte ama ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir (Ajdacic-Gross, Bopp, Gostynski, Lauber, Gutzwiller & Rösler, 2006; Ulusoy, Demir & Baran, 2005). Son zamanlarda intiharın yaygınlaşmasının nedenleri arasında intiharın bir seçenek olarak daha fazla kabul görmesidir (Hawton, 1986).

## **İntiharın nedenleri:**

### **2.2.1. Psikiyatrik Hastalıklar (Psychiatric disorders):**

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki, kendisini öldüren insanların %90'ı depresyon hastasıdır. Depresyon ve diğer ruhsal hastalıklar yanında kötü yaşam olayları da intihar riskini artırmaktadır. İntihar eden ergenler üzerinde yapılan psikolojik otopsi çalışmaları sonucunda, psikiyatrik bozukluklar intihar davranışının dinamiğinde yer alan en önemli etmen olarak saptanmıştır. İntihar ile hayatını kaybeden ergenlerin %61-76 gibi büyük bir kısmında "*duygu durum bozukluğu*" bulunmaktadır. Duygu durum bozuklukları, şizofrenik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları intihar riskini arttırmaktadır (Atay ve Gündoğar, 2004). İntihar düşüncesi, hayatta kalma dürtüsüne karşı bir eylem olup, psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (Balcıoğlu ve Abanoz, 2009). Psikiyatrik

araştırmalara göre, uzun süreli depresyon halindeki insanlar, çektikleri acıları dindirmek ve çaresizliklerine son vermek için intiharı düşünmektedirler ([www.itusozluk.com/goster.php/intihar](http://www.itusozluk.com/goster.php/intihar)).

Depresyon ve kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin, problem çözme becerileri ve stresli durumlarla başa çıkma becerilerinin zayıf olduğu, ayrıca depresyonlu bireylerin problem çözme planlarını uygulamada diğer bireylere göre daha başarısız oldukları görülmektedir. (Özgüven ve diğ., 2003). Eskin ve Uygur (2006)'un yaptığı araştırma sonuçlarına göre, psikiyatri hastaları arasında intihar davranışı ile travmatik yaşam olaylarının yaygın olduğu sonucunu elde etmişlerdir.

### **2.2.2. Ailesel Risk Etkenleri (Familial risk factors):**

Aile yapısına yönelik olarak yapılan araştırmalar, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin büyük bir kısmının parçalanmış ailelerden geldiğini göstermektedir (Çuhadaroğlu ve Sonuvar, 1992). Aile bütünlüğünün bozulmasının yanında, aileden birisinin intihar etmesi, ailede psikiyatrik hastalığı olan birisinin olması, aile içi şiddetin ve çatışmaların olması ergenin intihar düşüncesini etkilemektedir (Eğrilmez, 1998; Deveci ve diğ., 2005). Aile içi şiddet ve baskının sonuçları arasında, şiddet önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle kadın intiharlarında, aile içi şiddet ön planda gelmektedir. Bu tür ailelerde intihar oranı %41'dir (Özaydın ve ark., 1998). Ulusoy, Demir ve Baran (2005)'in 726 lise son sınıf öğrencisi üzerinde yaptıkları survey çalışmasında, ebeveynin çocuk bakım tarzı, aile içi ilişkiler, etiketlenme, madde bağımlılığı, vücuda zarar verme, cinsel kimlik ve inanç ile intihar algısı arasında güçlü bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Güleç (2006)'in ülkemizde intihar girişiminde bulunan 15-24 yaş arası 65 gencin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişimi olan grupta; “ana-baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, ailede fiziksel istismara maruz kalma veya tanık olma oranlarının daha yüksek olduğu, ailede psikiyatrik hastalık oranlarının daha yüksek olduğu ve daha fazla sigara içtikleri” tespit edilmiştir. İntihar girişimlerinde bulunan kişilerin kendilerini ezen, görmemezlikten gelen, kendileri ile ilgili istek, karar ve seçimlerine kulak vermeyen ebeveynlerden; güvenlerini sarsan, kendilerini yüzüstü bırakan arkadaşlardan bahsettikleri gözlenmiştir ([www.psikiyatr.com/intihar](http://www.psikiyatr.com/intihar)). İntihar girişiminde bulunanların bulunmayanlara göre, aile işlevlerini oldukça bozuk olarak algıladıklarına ilişkin araştırma bulgularına rastlanmaktadır ([www.dergiler.ankara.edu.tr](http://www.dergiler.ankara.edu.tr)).



### **2.2.3. Stresli Yaşam Olayları (Stressful life events):**

Bu konuda yapılan araştırma sonuçları, ergenlerdeki intihar davranışı ile stresli yaşam olayları arasında anlamlı ilişkiler yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır. Bu stresli yaşam olayları; okul ya da ailede yaşanan sorunlar, okul başarısızlığı, kız-erkek arkadaştan ayrılma, ebeveynlerin ölümü ya da boşanması, hastalık, hastaneye yatma gibi olaylardır. Karşılaşılan stresli yaşam olaylarının ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, benlik saygısı ve güven hissinde azalmaya neden olabileceği ve bu yolla da ergeni intihara yatkın yapabileceği üzerinde durulmuştur (Çuhadaroğlu ve Sonuvar, 1992). Eskin, Akoğlu ve Uygur (2006)'un bulgularına göre, hem intihar düşünceleri hem de girişimleri, sorun çözme becerileri yetersiz olan ve başlarına fazla travmatik olay gelen hastaların arasında yoğunlaşmaktadır.

### **2.2.4. Sosyal Faktörler (social factors):**

Aile bağlarının zayıflaması ile bencil intihar oranları arasında bir artış söz konusudur. Ayrıca, dine, aileye, devlete ve değerlere bağlılıkla intihar arasında ters bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplumun sosyal yapısı ve toplumsal kaynaşma durumuna bağlı olarak intihar oranları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Aile bağları zayıf ve toplumsal etkileşimin az olduğu kişilerde intihar olasılığı artmaktadır (egoistik intihar). Sosyal ve ekonomik krizlerde ise toplum içinde intihar oranları yükselmektedir (anomik intihar). Örneğin her iki dünya savaşında da tüm Avrupa'da intihar oranları diğer zamanlara göre çok artmıştır. Ülkemizde de çocuk yaştaki evlilikler (çocuk gelinler), aile içi şiddet-kadına ve erkeğe dönük şiddet, aldatmalar intihara sebep olan sosyal olaylardır. Boşanmaların yasak olmadığı, çok olduğu toplumlarda kadınların intihar oranı erkeklerden azdır. Boşanmanın yasak ya da az olduğu toplumlarda aksine kadınların oranı daha fazladır. Durkheim'a göre bunun nedenini evlilik hayatında, boşanma yasağının erkeğin lehine, kadının da aleyhine işleminde aramak gerekir. Çünkü boşanma yasağı erkeği pek etkilemez. Oysa kadını toplumsal kurallar evlilik bağına sıkı sıkıya bağlar. Evlilik dayanılmaz hale gelince evli kadınlar bu gibi toplumlarda intihara erkek evlilerden daha yatkındırlar (Durkheim, 1986; Çev: Ozankaya).

Diyarbakır'daki intiharlar üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre, bölge kadınlarının toplumsal cinsiyet ayrımına tabi tutuldukları, evlilik öncesinde baba baskısına, evlilik sonrasında ise koca baskısına maruz kaldıkları, çaresiz kalan kadının ise intihar etmekten başka çözüm yolu olmadığı görülmüştür (Sır ve ark., 1999). Folkman & Lazarus, (1986) ve

Bonner & Rich, (1998)'e göre, intihar girişiminde bulunmuş olan kriz vak'aları ümitsizlik, kontrolü kaybetmiş bireyler olup, aynı zamanda kendilerini sosyal bakımdan yalnız hissetmektedirler. Bukonuda yapılan diğer araştırmalar, sosyal desteğin, bireylerin baş etme becerileri ile ilişkisini ortaya koymaktadır (Coyne & Downey, 1991; Kessler, Price & Wortman, 1985; Cohen & Wills, 1985).

### **2.2.5. Biyolojik Yatkınlık (Biological predisposition):**

İntihar davranışının nörobiyolojisi ile ilgili yetişkinlerde birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalar azdır. Beyindeki serotonin maddesindeki azalma intihar olasılığını artırmaktadır. Tamamlanmış intiharı ya da intihar girişimi olan ergenlerin 1. derecede akrabalarında intihar davranışı oranı 2-4 kat daha fazladır. Tek yumurta ikizlerinde intihar riski artışı yaklaşık 11 kat fazla iken çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazladır (Özalp, 2009).

### **2.2.6. Psikolojik Etkenler (Psychological factors):**

Güvensiz, engellenmeye dayanma eşiği düşük, yasalara ve otoriteye karşı gelme eğiliminde olan, "hoşnutluk" ilkesine dayalı hayat süren, bağımlı kişiliğe sahip ve parçalanmış ailelerden gelmiş olanlar risk grubunu oluşturmaktadırlar (Yıldırım, 1997). Yakında olmuş stres yaratan yaşam olayları, örneğin eşin ölümü veya iş kaybı, cezaevine düşmek, ciddi bir genel tıbbi hastalığa yakalanmak (AIDS gibi) da intihar riskini artırır ([www.koprudergisi.com](http://www.koprudergisi.com)).

### **2.2.7. Genetik Yatkınlık (Genetic predisposition):**

Günümüzde genetik etkenlerin intihar davranışının oluşumundaki rolü ile ilgili tutarlı kanıtlar vardır. Bu konuda yapılan çalışmalar genetik etkenlerin rolünün, diğer psikiyatrik hastalıklar ve psikolojik stresörlere bağımlı olmaksızın %30-50 arasında, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğunu göstermektedir. İntihar ve duygu durum bozuklukları klinik olarak birbirleriyle örtüşen tablolar olmalarına ve hatta intihar riskini en çok psikiyatrik bozuklukların artırdığı bilinmesine rağmen, bazı hastaların intihar girişiminde bulunmamaları intihar davranışı için yapısal yatkınlık ya da genetik eğilimin varlığının önemine ve bunun da psikiyatrik hastalıktan bağımsız olduğuna işaret etmektedir. Son 30 yılı aşkın bir zamandır, araştırmalar

intihar davranışı, agresyon ve dürtüsellik arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Genetik etkenlerin dürtüsellik, agresyon gibi kişilik özelliklerinin oluşumunda rol oynayarak intihar davranışına sebep olabilecekleri düşünülmektedir. Pek çok moleküler genetik araştırma son zamanlarda keşfedilen aday genlerin intihar davranışıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu aday genlerden en önemlileri serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), triptofan hidroksilaz (TPH), bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), katekol-O-metiltransferaz (COMT), monoamin oksidaz A(MAOA), tirozin hidroksilaz (TH) genleridir (Özalp, 2009). Statham ve ark. (1998)'nın 5995 ikiz üzerinde yaptıkları intihar düşünceleri, hafif şiddetli intihar girişimleri, ciddi intihar girişimleri olmak üzere 3 farklı grupta yaptıkları araştırma sonuçlarına göre, tüm gruplarda tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı, çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek bulunmuştur.

### **2.2.8. Fiziksel Hastalıklar (Physical illnesses):**

Kanser, sara, kalp hastalığı, bunama, AİDS gibi önemli hastalığa yakalanan kişilerde intihar olasılığı normal topluma göre daha fazladır. Sağlığı kötü olan bireylerin sağlık durumu iyi olan bireylere göre, daha yüksek olasılıkla intihar düşüncesine sahip oldukları ve intihar girişiminde buldukları görülmektedir (Brown ve Vinekor, 2003; Durus ve Pincus, 2003; Preti ve Miotto, 1999; akt: Gürkan ve Dirik, 1999).

### **2.2.9. Şizofreni (Schizophrenia):**

Ağır psikiyatrik bozukluklar arasında en sıkıntı verici ve en çok yeti yitimine neden olan şizofreni, intihar riskinin en yüksek olduğu bozukluklardan biridir. İntihar vakalarının %10'unda şizofreni görülmektedir. Deveci ve diğ., (2008)'in şizofreni hastalarında psikososyal beceri eğitim programının belirli örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkileri konulu çalışmalarında DMS-IV (1994) ölçütlerine göre şizofreni tanısı konmuş 22 hastayı 6 ay süre ile incelemişler ve sonuçta eğitim verilen hastaların, eğitim sonunda kazandıkları sorun çözme becerileri, stresle başa çıkma konularında bilgi ve becerilerle psikiyatrik belirtilerin azaldığı sonucu elde edilmiştir. İntihar davranışı şizofrenide sık görülen bir durumdur. Mortensen (1995) ve Nordensoft ve ark., (2002)'nin bir yıllık izlenim sonucunda epizod şizofreni hastalarında intihar girişiminde bulunanlarda, varsanı

(halisünasyon) ve intihar öyküsünün belirleyici olduğu saptanmıştır (Akt: Deveci ve diğ., 2008).

### **2.2.10. Alkol bağımlılığı (Alcohol addiction):**

Alkol ile ilişkili bozukluklarda intihar girişimi yaygınlığının % 10-15 arasında değiştiği bulunmuştur. Bunun yanında intihar davranışında alkol kullanımının varlığı çok daha yüksek oranlardadır. Alkol bağımlılığında “intihar kurbanları” arasında erkekler kadınlara göre daha yüksek orandadır. Alkol kullanım bozukluklarında intihar davranışı genellikle çok uzun yıllar sonra görülmektedir. Alkol bağımlılığında intihar riskini arttıran faktörler; majör depresif bozukluk, psikososyal destek azlığı, ciddi fiziksel hastalık varlığı, işsizlik ve yalnız yaşamaktır. İntihar girişimlerinde başlangıçta alkol, madde bağımlılığı olmak üzere, çeşitli ruhsal hastalıklar, aile içi etkileşimler toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar ve göç gibi sosyoekonomik etkenler belirleyici olmaktadır (McClure 2000; Sır ve ark., 1999; Roy, 2000; Gould ve ark., 1990; Baxter ve Appleby, 1999; Wunderlich ve ark., 2001; akt: Deveci ve diğ., 2005).

### **2.2.11. Madde bağımlılığı (Drug addiction):**

Beynin belli bir zevk sınırı vardır. Bu zevk sınırı aşıldığında veya madde bulunamadığı zaman intihar riski kendini gösterebilmektedir. Madde kötüye kullanımı/bağımlılığı, özellikle komorbid duygu durum bozukluğu ve davranım bozukluğu olan ergen erkeklerde intihar için önemli bir risk faktörüdür. Yıkıcı davranım bozuklukları ergenlerde tek başına intihar riskini 3-6 kat arttırmaktadır. İntihar etmiş ergenlerin yaklaşık olarak  $\frac{1}{4}$ 'ünde yıkıcı davranım bozukluğu vardır. Madde bağımlısı kişilerin, yaşamakta oldukları değersizlik, suçluluk, utanç ve kendilerine dönük eleştirel ve yıkıcı duygular kişinin obje ile ilişkilerinde problem yaşamasına neden olur (Geçtan, 1994).

### **2.2.12. Kişilik Bozukluğu (Personality disorder):**

Savaşır ve ark., (1996)'na göre, çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler; “değersizim, hiç bir işe yaramam”, “sevilmeyecek” biriyim gibi temel düşünce şemalarına sahiptirler. Dolayısıyla bu bireyler anksiyete (kaygı) ve depresif (bunalımlı) yaşantılara duyarlı olup intihar eğilimi taşıyabilirler. Alec (2000), Siever ve Davis (1991)'in yaptıkları

araştırmaya göre, intihar girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış hastalar benmerkezcil (egosentric), fazla bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontrolleri zayıf olan bireylerdir. Bu özellikler, “antisosyal, borderline (sınır), histrionik (aşırı duygusal), narsisistik (özsever)” bireylerin kendine zarar verme davranışlarının ve intihar yüklerinin daha yüksek olduğu; Gunderson (1994) borderline kişilik bozukluğu manüplatif intiharların ve depresyonda kendine zarar verme davranışlarının çok fazla görüldüğü; Wallace (1994) Obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde ise sadistik bir süperegoya (üst ben) ambivalans (kararsız) bağımlılık ile dayanılmaz bir suçluluk geriliminden ne pahasına olursa olsun kurtulma gereksinimi bu kişilerin en sık intihar riskini artırmaktadır.

İntihar kurbanlarının büyük bir çoğunluğunda, çeşitli kişilik sorunlarının olduğu bilinmektedir. Kişilik bozukluğunun olması, çeşitli biçimlerde intihar davranışı üzerinde belirleyici olmaktadır (Kaplan & Sadock, 1998). Kişilik sorunları yaşayan bireylerin, başa problemlerle çıkma yetisi güçleştiğinden, hayatta arzulanmayan sonuçlara yol açmaktadır. Son zamanlarda gençlerde sıkça görülen, intiharların nedeni olarak depresyon ve bunaltılı ruh halinin olduğu görülmektedir (www.panik-atak.com). Cairns ve ark. (1988)'nin yaptığı araştırma sonuçlarına göre, saldırgan kişiliğe sahip olan kızların daha fazla intihar riski taşıdıkları, yine orta ergenlik döneminden itibaren saldırgan davranışlara sahip erkeklerinde intihar riski taşıdıkları sonucuna ulaşılmıştır.

### **3. İntiharın Tedavisi**

İntihar önemli toplumsal bir sorundur ve önlenebilecek bir ölüm nedenidir, yeter ki zamanında fark edilebilsin. İntiharların en sık nedeni depresyondur ve doğru tanı ve tedavi edilirse intihar riski azalır. Depresyon hastalarının büyük bir kısmı tedavi görmemekte ve ayakta kendi başlarına hastalığı atlama çabasına girmektedir. Kimi komşunun önerdiği ilacı almakta, kimisi eczaneden uyku ilacı olarak idare etmekte, kimisi ise hiç ilaç almadan hastalığı yaşamaktadır. Depresyon hastalarını doktora yönlendirme ve doktora ulaşmasını sağlamak ailenin, arkadaşların ve yakın çevrenin görevidir.

Aynı şekilde intihar mesajları veren kişileri uzmanlara yöneltmek, yakınların yapabileceği en büyük yardımdır. İntihar riskini yok saymak, bunun konuşulmasını tabu olarak kabul etmek, intihar girişiminin gerçekleşmesine engel olmaz. İntihar girişiminde bulunup hayatta kalan

kişilerin de en kısa zamanda değerlendirme ve tedavi planı çizilmesi açısından uzmana yönlendirilmesinde fayda vardır.

Bazı psikanalistler, ergenlik döneminde okul baskısı gibi stres verici etkenlerin azaltılmasının ergenlik döneminde intiharların önlenmesinde faydalı olacağını iddia etmektedirler. 12 yaş altında intihara nadiren rastlanmaktadır. 12 yaş altındaki çocukların bilişsel (cognitif) fonksiyonlarının yeterince gelişmemesi, aile ve okul çevresinden gördüğü destek intiharın önüne geçmektedir. Ergenlik yılları diğer hayat dönemlerine oranla intiharın en çok olduğu dönemdir (www.pdrcriyiz.biz). Ergenlerin zamanlarının üçte birini okulda geçirmesi nedeniyle özellikle okullarda yapılan önleyici rehberlik çalışmalarına daha fazla önem verilmektedir (Malley ve ark. 1994; akt: Kalafat 2003). Okul temelli önleme çalışmaları incelendiğinde ise önleme çalışmalarının birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önleme olmak üzere üç basamakta gerçekleştirildiği görülmektedir.

### **3.1. Birincil Önleme (Primary Prevention)**

Burada amaç, öğrencilerin problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirmek, intiharın uyarı sinyalleri ve konuyla ilgili risk faktörleri açısından öğrencileri bilgi sahibi yapmak ve öğrencilerin okul ve arkadaş bağlarını güçlendirerek gelecekte oluşabilecek intihar düşüncelerinin önüne geçmektir. Öğrencilere depresyonla başa çıkabilme, öfke yönetimi, yalnızlığı azaltma, kişilerarası problemlerini çözebilme, yardım arama, kritik durumlarla başa çıkabilme becerilerinin öğretilmesi ve bu öğrencilerin kişisel yeterliliklerinin artırılması hedeflenmektedir (King 2001). Problem çözme becerileri, öfkeyle başa çıkma becerileri ve iletişim becerileri intihar davranışını koruyucu ve önleyici bir önem taşımaktadır (Özgüven ve diğ., 2003).

### **3.2. İkincil Önleme (Secondary Prevention):**

İntihar davranışının veya fikrinin oluşmasının hemen ardından gerçekleştirilen ikincil önleme çalışmaları ise bu tür eğilimleri minimize etmek amacıyla yapılmaktadır. Bunun için de öncelikli olarak risk taşıyan grubun özelliklerinin bilinmesi ve zamanında etkili bir şekilde müdahale edilmesi gerekmektedir. Bu basamakta yapılması gereken çalışmalar arasında, okullarda yapılacak tarama çalışmaları ile birlikte okul personeline intiharla ilgili riskli davranışları tanımlayabilecekleri becerilerin kazandırılması yer almaktadır.

### 3.3. Üçüncül Önleme (Tertiary Prevention):

Üçüncül önleme intihar girişimlerinin ve tamamlanmış intiharların ardından yapılması gereken çalışmaları kapsamaktadır.

## 4. Sonuç

İntihar olgusu ile ilgili literatürü gözden geçirdiğimizde, intihara teşebbüs eden bireylerin öfke ve saldırganlıkla başa çıkma, dürtüsel davranışlar ve problem çözme konularında yetersiz kaldıkları görülmektedir. Bu bireylerde derin bir depresyon, karamsarlık, öfke ve yalnızlık duygularının varlığı görülmektedir. Ayrıca, üstesinden gelemeyeceği güç bir durum, yaşadığı iletişim problemleri bireyi kendisinden “*öç alma*”ya ve sonuçta intihara sürüklemektedir. (Şahin, Onur ve Basım, 2008).

DİE verileri incelendiğinde intiharların yarıdan fazlasının 34 yaş altı olduğu, erkek intihar oranları kadın intihar oranınının 1.5 kat fazla olduğu, ancak bu durumun yıllara göre veya illere göre de değiştiği, intihar hızının en fazla kentlerde intiharların köylerde daha fazla olduğu, Coğrafi bölgelere göre en fazla Ege Bölgesinde görüldüğü ve ülke genelinde de Doğudan Batıya gittikçe bir artış gösterdiği ve intihar edenlerin yaş ortalamasınının 25.5 olduğu görülmektedir. Meslek grupları arasında en yüksek olarak doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacıların geldiği, son yıllarda ise başta Batman ili olmak üzere Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde kadın intiharlarının arttığı görülmektedir (Sayıl, Canat, Tuğcu, 2001; Yalvaç, 2006; DİE, 2002). Cengiz (2008)’in yaptığı araştırma sonucuna göre, son yıllarda Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesindeki kadın intiharlarının genel olarak töre baskısıyla irtibatlı olduğu, toplum bazında erkek ve kadına yüklenen rollerin önemli bir payının olduğu, “*namuslu*” ve *namussuz*” kavramlarına yüklenen anlamların toplum ve birey bazında önemli bir yer teşkil ettiği, namus konusunun sadece kadınla bağlantılı olarak ele alındığı görülmektedir. Eskin (2001)’nin İstanbul’da liselerde okuyan 959 öğrencide yalnızlık ve yalnızlığın intihar davranışı ile ilişkisini araştırmış ve öğrencilerin %65’inin kendisini yalnız hissettiği, kendini yalnız hissedenlerin kendini öldürme isteğinin, kendini yalnız hissetmeyenlere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

İntihar girişiminde bulunan ergenlerin kişilik özellikleri üzerinde yapılan araştırmaya göre, intihar girişiminde bulunan bireylerin daha dürtüsel, öfkeli, saldırgan, aşırı duyarlı ve mükemmeliyetçi bireyler olduğu sonucu elde edilmiştir. Dürtüsellik ergenlik dönemimde önemli bir durum arz

eder. Türkiye’de intihar üzerinde yapılan çalışmalarda ani intihar girişiminin %67 olduğu görülmektedir (Şahin, Onur ve Basım, 2008). Batıgün ve Şahin (2003)’e göre ise, öfke, yüksek dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki zayıflık ve olumsuzluk intihar riskini arttırmaktadır. Kaçınan ve kendine güvensiz bir problem çözme yaklaşımına sahip olmak, ciddiye alınmama ve eleştirilme gibi durumlarda yoğun öfke yaşamak, bu öfkeyi pasif saldırgan davranışlarla ifade etmek ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan öfkeyi içe atmak intihar olasılığı açısından risk taşımaktadır. Ertemir ve Ertemir (2003)’in ergenler üzerinde yaptığı araştırmaya göre, %61.3’ünün önceden intihar girişiminde buldukları, %77.4’ünün önceden intihar etmeyi düşündükleri, %48’inin intihar planı yaptıkları, %25’nin girişimin olası sonuçları düşündükleri, %38.2’nin önceden intihar düşüncesini çevrelerine açtıkları, %12’sinin önceden bir psikologa/psikiyatriste gittikleri, %67.7’sinin kendine zarar verici davranışta buldukları, %83.8’nin intiharı tetikleyici bir faktörün olduğu, ergenlerin %74.2’sinin bu sorunlarla başa çıkamayacaklarını düşündükleri sonucuna ulaşmışlardır.

Park ve ark., (2006)’nın 1334 ergen üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, ailesi ve arkadaşları ile kolay iletişim kuran ergenlerin, iletişim kurmakta güçlük çeken ergenlere göre daha az intihar düşüncesine sahip olduğu, bu sonucunda, algılanan sosyal desteğin sosyal intiharları önleyici bir role sahip olduğunu göstermektedir (Akt: Batıgün, 2008). Deveci ve diğ., (2005)’in Manisa ili kent merkezinde 15-65 yaş grubu 1086 kişi üzerinde yaptıkları intihar girişiminde bulunanlarda en sık stres etkeni (% 44) ile evlilik sorunları belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunanların 2/3’sinin aşırı dozda ilaç alarak intihara teşebbüs ettikleri görülmüştür. Yörükoğlu (1985)’na göre, intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 87’si evde ve kolay intihar teşebbüsünde (yüksek dozda ilaç içerek vb) buldukları; Yüksel ve ark., (1985), intihar girişiminde bulunan ergenlerin % 80’nin çevreye seslerini duyurmak için böyle bir girişimde başvurdukları Eğrilmez (1988)’e göre intihara başvuran kişilerin intihar öncesi bir ön düzenleme yaptıkları ve ekserisinin günlük çevrede intihara kalkıştıkları bulgusunu elde etmiştir. Ercan (1998)’a göre, geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olan kişilerin tamamlanmış intihar ve intihar girişimlerini tekrarlama bakımından önemli bir risk grubu oluşturdukları, intihar girişiminde bulunanların %40’nın sonraki aşamalarda da bu davranışlarını tekrarladıkları ve intihar sonucunda da yaşamlarını yitirdikleri görülmektedir.



Yapılan deneysel ve kuramsal araştırmalardan hareketle şu yargılara varabiliriz: “Kadınların intihar girişimlerinin erkeklerden daha fazla olduğu ancak, ölümlle sonuçlanan intiharlarda erkeklerin kadınların 1.5 katı olduğu; İntihar girişiminde bulunan ergenlerin neredeyse tamamının ilaç içerek intihara teşebbüs ettikleri; okul başarılarının düşük olduğu; çoğunlukla parçalanmış ailelerden geldikleri; sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu; ailede alkol kullanım oranının yüksek olduğu; ailelerinde psikiyatrik hasta bir bireyin bulunduğu; ebeveynlerinden uzun süre ayrı kaldıkları; aile ya da yakın çevrelerinde intihar etme girişiminde bulunanların var olması; depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu; kişilik bozukluğuna sahip oldukları (bipolar, borderline, antisosyal, narsist, histerik); intihar etmeden önce, intihar etme düşüncelerini yakın çevrelerine açtıkları; çevrelerine intihar etme tehdidinde buldukları; aile ve akran ilişkilerinin önemli bir stres kaynağı olduğu; içinde buldukları stres verici durumdan kurtulmak için yardım elde etme amacıyla intihara kalkıştıkları; intihar girişiminde bulunan bireylerin en çok 15-24 yaş arasında olduğu ve bu yaş döneminin riskli bir durum oluşturduğu; tamamlanmış intihar girişimlerinin bahar ve yaz aylarında arttığı yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur (Turgay, 1992; Eğrilmez, 1988; Ercan, 1998; Sayıl, Canat, Tuğcu, 2001; Batıgün, 2008; Gürkan ve Dirik, 2009; Batıgün ve Şahin, 2009; Özgüven ve diğ., 2003; Yalvaç, 2006; DİE, 2000,2002; Batıgün ve Şahin, 2003; Köknel, 1989; Ertemir ve Ertemir, 2003).

## 5. Öneriler

1. Yetişkinler gençlerin yaşama ayak uydurmada çok acemi olduğu daima hatırdan tutulmalı; okulda başarının önemli olduğu, ancak yaşamla eşdeğer olmadığı gençlere anlatılmalıdır.
2. Krizdeki bireylere ve yüksek risk taşıyan ve intihar girişiminde bulunmuş kişilere nitelikli ve profesyonel danışmanlık hizmeti sunulmalıdır.
3. Gençlerin bu dönemde karşılaştıkları sorunlar ciddiye alınmalı, çocuk yetiştirme ve gençlik sorunları hakkında ebeveynler, öğretmenler ruhsal (psikolojik) sorunlar hakkında bilgilendirilmeli; zamanında gerekli müdahale ve tedavinin hayat kurtarıcı bir işleve sahip olduğu bilinmelidir.
4. Tüm yurt genelinde risk gruplarının tespit edilmesi için tarama ve deneysel modellerle “*intiharları önleme çalışmaları*” adı altında bir

çalışmanın yapılarak risk etkenlerinin tespit edilmesi ve önleyici çalışmaların yapılması gerekir.

5. Yapılacak psikoeğitim çalışmalarında kadınlara yönelik “*kendine güven*” duygusunun geliştirilmesi, erkeklere yönelik ise “*saldırganlık kontrolü*”nde eğitici çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.
6. Çocuk ve gençlere kendine güven, stresle başa çıkma, problem çözme, sosyal beceri, dürtü ve öfke kontrol ve iletişim becerileri konularında gerekli psikolojik danışmanlık eğitiminin verilmelidir.
7. Krize müdahale ve intihar önleme merkezlerinin daha aktif çalışması gerekir. Çocuk ve gençlere toplumsal değerlerin, onların gelişim özellikleri dikkate alınarak verilmesi intiharların önlenmesi bakımından yararlı sonuçlar doğuracak ve intiharları önlemede ve azaltmada önemli bir işleve sahip olacaktır.
8. Olumsuz iletişim engellerinden kaçınarak, açık iletişim içerisinde ergenle güvenli bir bağ kurulmalıdır. Ebeveynlerin çocuklarıyla kuracağı güvenli yaklaşım çocuklarının birçok sorunu çözmesinde etkili yaklaşımı oluşturacaktır.
9. Sonuç olarak, bireylerin karşılaştıkları sorunlara karşı tahammülsüz olmaları, problem çözme ve sorunlarla başa çıkma becerilerinin yetersiz olması intiharları körükleyen bir neden olarak düşünüldüğünde, bu alanda yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir.

## **Kaynakça**

- ALEC, R. (2000) Psychiatric Emergencies. Suicide. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2. Cilt, 8. Baskı, Philadelphia, Williams & Wilkins, p. 2031-2040.
- AJDACIC-GROSS, V., BOPP, M., GOSTYNSKI, M., LAUBER, C., GUTZWILLER, F., & RÖSSLER, W. (2006). Age-Period-Cohort Analysis of Swiss Suicide Data 1881-2000. European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience, 256, 207-214.
- ATAY, İ.M. & Gündoğar, D. (2004). İntihar Davranışında Risk Faktörleri. Kriz Dergisi, 12, 39-52.
- BALCIOĞLU, A. & Abanoz, Y. (2009). Madde Bağımlılığı, İntihar ve Sanık Psikolojisi. Dirim Tıp Gazetesi, 84 (1), 15-20

- BATIGÜN, A.D & Şahin, N.H. (2003). Öfke Dürtüsellik, Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi olabilir mi?. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18 (51), 37-52.
- BATIGÜN, A.D. (2005). İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1), 29-39.
- BATIGÜN, A.D. (2008). İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*. 23 (62), 65-75.
- BATIGÜN, A.D. & Şahin, N.H. (2009). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini Beliremeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (1), 28-36
- BERMAN, AL. & JOBES, D.A. (1997). Adolescent Suicide Assessment and Intervention. Washington W.C. American Psychological Association.
- BONNER, R.L. & RICH, A.R. (1998). A prospective investigation of suicidal ideation collage student: A test of model. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 17, p. 50-63.
- CAIRNS, R.B., PETERSON, G. & NECKERMAN, H.J. (1988). Suicidal Behavior in Agressive Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*., 17 (4), 298-309.
- CİRİT, H. (1990). İntihar Girişiminde Bulunan Erişkinlerde Görülen Psikiyatrik Septomatoloji ve Aile özelliklerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- COYNE, J.C. & DOWNEY, G. (1991). Social factor and psychopathology.: Stres, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*., 42, 401-425.
- ÇUHADAROĞLU, F. & SONUVAR B. (1992). Adolesan intiharları ve Risk Faktörleri Üzerine Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3 (3), 222-226.
- DEVECİ, A., ESEN-DANACI, A., YURTSEVER, F., DENİZ & GÜRLEK-YÜKSEL, E. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (3), 266-273.
- DEVECİ, A., TAŞKIN, O.E., ERBAY-DÜNDAR, P., DEMET, M.M., KAYA, E., ÖZMAN, E. & DİNÇ, G. (2005). Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (3), 170-178.

- DİE (2000). (Devlet İstatistik Enstitüsü). İstatistiklerle Türkiye 2000. T.C.BaşbakanlıkDevlet İstatistik Enstitüsü.
- DİE (1997; 2002). (Devlet İstatistik Enstitüsü). İntihar İstatistikleri. Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
- DSM IV. (1994). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders 4.baskı Washington, DC, The American Psychiatric Association.
- DURKHEIM, E. (1986). İntihar. (Fransızca Orjinali: 1897). (Çev: Ö. Ozankaya). Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türkiye Tarih Kurumu Basımevi,
- EĞRİLMEZ, A. (1998). 15-19 yaş grubu ergenlerin intihar girişimlerinde predisposan etkenler ve aile özellikleri. Uzmanlık Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- ERCAN, E.S. (1998). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyo Demografik,Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- ERTEMİR, D., & ERTEMİR, M. (2003). Gençlerin İntihar Girişimlerinin Özellikleri Ergenlik döneminde umutsuzluk ve depresyon. Uzmanlık Tezi. İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- ESKİN, M. (2001). Ergenlikte Yalnızlık, Başetme Yöntemleri ve Yalnızlıkların İntihar Davranışları ile İlişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4, 5-11.
- ESKİN, M. (2003). İntihar: Açıklama, Tedavi ve Önleme. Bölüm:1, 4-27, Ankara.
- ESKİN, M., AKOĞLU, A. & UYGUR, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışı İle İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 17 (4), 266-275.
- FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S. (1986). Stres processes and depressive symptomatology, Journal of Abnormal Psychology., 95, 107-113.
- GEÇTAN, E. (1994). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. (Basım:10). İstanbul: Remzi Kitapevi.
- GUNDERSON, JG. (1994) Borderline Kişilik Bozukluğu. (Çev: B Ceyhun), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 78-105.
- GÜLEÇ, G. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik-Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin

- Değerlendirilmesi, Yeni Symposium, Türk Psikiyatri Dizini, 44 (3), 141-150.
- GÜRKAN, B. & Dirik, G. (2009). Üniversite Öğrencilerinde İntihar Düşünce ve Davranışları ile İlişkili Faktörler: Yaşamı Sürdürme Nedenleri ve Baş Etme Yolları. Türk Psikoloji Yazıları, 12 (24), 58-69.
- HAWTON, K. (1986). Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents. Newbury Park, Sage Publications.
- KALAFAT, J. (2003) School Approaches to Youth Suicide Prevention. The American Behavioral Scientist, 46 (9), 1211-1223.
- KESSLER, R.C., PRICE, R.H. & WORTMAN, CB. (1985). Social factors in psychopathology: Stres, social support and coping processes. Annual Review of Psychology., 36, 531-572.
- KING, KA (2001) Developing a Comprehensive School Suicide Prevention Program. The Journal of School Health, 71(4), 132-137.
- KUR'AN-I KERİM. Nisa Suresi, Ayet: 29-30.
- KÖKNEL, Ö. (1989). İntiharlar, Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul: Nobel Kitabevi.
- MCCLURE, GMG (1984). Recent Trends in Suicide Amongst the Young. Br J Psychiatry, 144, 134-138.
- O'CONNOR, R.C. & SHEEHY, N.P. (1997). Suicide and Gender. Mortality, 2 (3), 239-253.
- OKMAN, T. (1997). Türkiye'de İntihar İstatistiklerinin Metodolojisi, Sistemi ve Eğilimi. Kriz Dergisi, 5 (1), 43-57.
- ÖNAL, C. (1995). Özkıyım Girişiminde Bulunan Bir Grup Erişkinde Girişimi Gündüleyi Etkenlerin ve Yakınlarının Tepkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İzmir, Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- ÖZALP, E. (2009). İntihar Davranışının Genetiği. Türk Psikiyatri Dergisi, 20 (1), 85-93.
- ÖZAYDIN, N. Ve diğ. (1998). Kadın ve Şiddet. Sağlık ve Toplum Dergisi. Temmuz-Aralık, 73-79
- ÖZGÜVEN, H. SOYKAN, Ç., HARAN, S. & GENÇÖZ, T. (2003). İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. Türk Psikoloji Dergisi. 18 (52), 1-11

- SAYGILI, R. & Aydın C. (1998). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi.
- SAVAŞIR, I., BOYACIOĞLU & KABAKÇI, G. (1996) Bilişsel Davranışçı Terapiler. Ankara: Özyurt Matbaacılık, 177-202.
- SAYIL, I., CANAT, S. & TUĞCU, H. (2001). 16 İntihar Olgusunun Psikolojik Otopsi Yöntemi ile Değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 11 (2), 1-6.
- SIR, A., ve diğ. (1999). Diyarbakır'da Özkıyım ve Özkıyım Girişimleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. (10), 50-77.
- SİEVER, U. & Davis, KL. (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- STATHAM, D.J., HEATH, A.C. MADDEN, P.A. ve ark. (1998). Suicidal Behavior: An Epidemiological and Genetic Study. *Psychol Med*, 28 (4), 839-855.
- ŞAHİN, N. , ONUR, A. & BASIM, H. (2008). İntihar Olasılığının Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik İle Yordanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 23 (62), 79-88
- TDK (Türk Dil Kurumu). (2006). Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Basımevi.
- TURGAY, A. (1992). Çocuk ve Gençlerde İntihar Girişimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 3 (3), 183-190.
- ULUSOY, D., DEMİR, Ö.N. & BARAN, G.A. (2005). Ergenlik Döneminde İntihar Algısı: Lise Son Sınıf Gençlik Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 22 (1), 259-270.
- WALLACE, RE. (1994) Dinamik Psikiyatri Kuramı ve Uygulaması. (Çev. H Atalay), İstanbul: Ceylan Matbaacılık, 210-225.
- WHO (World Health Organization). (2005). European Ministerial Conference on Mental Health Briefing, Helsinki, Finland.
- YALVAÇ, D. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyo-Demografik ve Klinik Etmenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Malatya., İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- YILDIRIM, D. (1997). Türkiye' de alkol ve alkol dışı madde kullanımı ve bağımlılığı. *3P Dergisi*, 5, 33-50.

YILDIZ, M.C. (2008). Türkiye’de Töre Baskısına Bağlı İntiharlar ve Töre Cinayetleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Bolu, 16 (9), 209-230.

YÖRÜKOĞLU, A. (1985). Gençlik Çağı. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları Kültür Yayınları.

<http://www.aktuelsikoloji.com/> Bir İntihar Olgusu. Erişim Tarihi: 09.03.2012)

<http://www.panik-atak.com/>İntihar. (Erişim tarihi: 10.03.2012).

<http://www.psikiyatridizini.org/> Yeni Syposium. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://tr.wikipedia.org/> İntihar. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://www.itusozluk.com/goster.php/intihar>. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://www.psikiyatr.com/intihar.htm> (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://fikih.ihya.org/islam-fikhi/intihar.html>. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/>. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://www.psikoloji.com.tr/yetiskin/intihar/intihar>. (Erişim tarihi: 13.03.2012)

<http://www.pdrdiyiz.biz/ergenlikte-intihar>. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://www.intihar.de/> (Erişim tarihi: 13.03.2012; 24.10.2012).

<http://www.edepresyon.com/intihar-nedir/> (Erişim tarihi: 13.03.2012).

<http://www.saglikweb.com/baslica.hastaliklar/depresyon.asp>. (Erişimtarihi: 13.03.2012).

<http://www.koprudergisi.com>. (Erişim tarihi: 13.03.2012).

