

# 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler

THE CRUDE INCIDENCE RATE OF SUICIDE AND RELATED FACTORS IN TURKEY BETWEEN 2009 AND 2018

 Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK<sup>1</sup>,  Mustafa ÖZTÜRK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Akşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü

<sup>2</sup>Konya Akşehir Devlet Hastanesi

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada 2009-2018 yılları arasında Türkiye’de meydana gelen intiharların tanımlanması ve on yıllık süreç içindeki eğilimin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı türde bir epidemiyolojik çalışmadır. Araştırmada veri kaynağı olarak Türkiye İstatistik Kurumu’nun yayımladığı intihar ve Türkiye geneli nüfus konulu istatistiklerden 2009-2018 yılları arasında ait olanlar kullanılmıştır. Araştırmada ilgili yıla ait nüfus, intihar sayısı, ülke genelinde ve illere göre kaba intihar hızı, intihar yöntemi, intihar nedeni, yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, yasal medeni durum, mevsim ve yıl değişkenleri kullanılmıştır. Verilerin özetlenmesinde frekans dağılımları ve yüzdelerden yararlanılmıştır. Kategorik veriler arası ilişkiler Ki-kare testi ile değerlendirilmiş olup  $p<0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** 2009 yılı için kaba intihar hızı yüz binde 4,02 iken; 2018 için 3,88’dir. On yıllık süreçte intiharların en sık gözlemlendiği cinsiyet erkek ve en sık gözlemlendiği yaş aralığı 15-24’tür. En sık kaydedilen intihar nedeni, “neden bilinmiyor”dur. Bilinen nedenler arasında ilk sırada hastalık yer almaktadır. En sık başvurulan yöntem asıdır. İntiharların en sık izlendiği mevsimler ilkbahar ve yazdır.

**Sonuç:** Türkiye’nin kaba intihar hızı on yıllık süreç içerisinde yüz bin kişide 3,50-4,00 arasında değerler almıştır.

**Anahtar Sözcükler:** intihar, kaba intihar hızı, halk sağlığı

## ABSTRACT


**Objective:** The aim of this study is to define suicides that occurred in Turkey between 2009 and 2018 and to examine the trend in the ten-year period.

**Materials and Methods:** The research is a descriptive epidemiological study. Suicide and population statistics that is published between the years 2009-2018 by Turkey Statistical Institute is used as a data source in the study. In the research, the population of the relevant year, number of suicides, crude suicide rate of the country and provinces, suicide method, suicide reason, age groups, gender, education level, legal marital status, season and year variables are used. Frequency distributions and percentages are used to summarize the data.

**Elif Nur YILDIRIM ÖZTÜRK**

Akşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü  
Seyran Mah. Sağlık Sok. No: 12/2  
Akşehir/Konya

E-posta: elifnyildirim@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1447-9756>

Relationships between categorical data are evaluated using the Chi-square test and  $p < 0.05$  is considered significant.

**Results:** The crude suicide rate for 2009 is 4.02 per hundred thousand; for 2018, it is 3.88. The gender most frequently observed in suicide during the ten-year period is male and the most common age range is 15-24. The most frequently recorded cause of suicide is "unknown". Among the known causes, the disease ranks first. The most commonly used method is hanging. The seasons in which suicides are most frequently watched are spring and summer.

**Conclusion:** Turkey's crude suicide rate has taken values between 3.50 and 4.00 per hundred thousand people in ten-year period.

**Keywords:** Suicide, crude suicide rate, public health.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şiddeti kişinin kendisine yönelik şiddet, kişiler arası şiddet ve gruplar arası şiddet olarak üç grupta ele almaktadır. Kendine yönelik şiddet kavramı içerisinde intihar, intihar girişimi ve kişinin kasıtlı olarak kendini yaralama davranışı bulunmaktadır (1). İntihar; kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olup, bireyin kendisine yönelmiş bir saldırganlık ve yok etme eylemi olarak tanımlanmaktadır (2).

İntihar önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl yaklaşık sekiz yüz bin insan intihar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu rakam her kırk saniyede bir kişinin intihar nedeniyle kaybedilmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca her ölümlerle sonuçlanan intihara karşılık, yirmi intihar girişimi yaşanmaktadır (3). İntihardan ölümler Dünya çapında tüm yaş grupları için 18. sıklıkta (3); 15-29 yaş grubu için 2. sıklıktadır (4). 2016 yılı için Dünya genelinde kaba intihar hızı her iki cinsiyet için yüz binde 10,6, erkeklerde 13,5 ve kadınlarda 7,7 olarak açıklanmıştır (5). Türkiye'de 2017 yılı için kaba intihar hızı yüz binde 3,94 ve 2018 yılı için 3,88'dir (6).

Bir kişinin intihar girişiminde bulunmasında rol oynayan faktörler çeşitlidir. Bu faktörler; bireysel etkenler, ilişki durumları, toplumsal ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonundan meydana gelir. Genç yaşta olmak, yalnız (bekâr veya boşanmış) olmak, birini/bir şeyi kaybetmek, işsizlik ve kötü ekonomik durum, ailede intihar öyküsü, ailede çocuklara kötü davranma öyküsü, önceki intihar girişimleri, başta depresyon olma üzere psikiyatrik hastalıklar, alkol ve madde bağımlılığı, alkol ve madde bağımlılığına bağlı damgalanma, umutsuzluk, dürtüsel veya agresif eğilimler, kültürel ve dini inanışlar,

yerel intihar salgınları, diğer insanlardan izolasyon, psikiyatrik hastalık tedavisine erişim sorunları, tedavisi zor olan veya mümkün olmayan bedensel hastalık sahibi olmak, kronik ağrı, ölüm yöntemlerine kolaylıkla erişebilme bu faktörlerdendir (7, 8).

Dünya çapında intiharların yaklaşık olarak %20'si kırsal tarım alanlarında meydana gelen pestisit ilişkili olgulardır. Ası ve ateşli silah kullanımı ise diğer yaygın intihar yöntemleridir (7).

Bu çalışmada 2009-2018 yılları arasında Türkiye'de meydana gelen intiharların tanımlanması ve on yıllık süreç içindeki eğilimin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma kamuya açık sunulan veriler aracılığıyla yapılmış olan tanımlayıcı türde bir epidemiyolojik çalışmadır.

Araştırma kapsamında kullanılan veriler bütün kamunun erişimine açık olduğundan ve araştırma sürecinde insanla doğrudan temas bulunmadığından etik veya resmi herhangi bir izin alınmamıştır.

Araştırmada veri kaynağı olarak Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yayımladığı intihar ve Türkiye geneli nüfus konulu istatistiklerden 2009-2018 yılları arasına ait olanlar kullanılmıştır (6, 9). TÜİK'in yayımladığı intihar istatistiklerinden araştırmanın yapıldığı tarihte en son yayımlanmış olanın tarihi 2018'dir. On yıllık eğilimi izleyebilmek amacıyla 2009 – 2018 yılları arasına ait veriler araştırmaya dâhil edilerek incelenmiştir.

Araştırmada ilgili yıla ait nüfus, intihar sayısı, ülke genelinde ve illere göre kaba intihar hızı, intihar yöntemi,

intihar nedeni, yaş grupları, cinsiyet, eğitim durumu, yasal medeni durum, mevsim ve yıl değişkenleri kullanılmıştır. Kullanılan veri içinde intihar yöntemleri asi, kimyasal madde kullanma, yüksekten atlama, suya atlama, ateşli silah, kendini yakma, kesici alet, doğalgaz-tüpgaz kullanma, motorlu aracın önüne atlama ve diğer olarak; intihar nedenleri hastalık, aile geçimsizliği, geçim sıkıntısı, ticari başarısızlık, gönül ilişkisi, öğrenim başarısızlığı ve neden bilinmiyor olarak gruplanmıştır. Yaş grupları 15 yaş altı, 15 – 19, 20 – 24, 25 – 29, 30 – 34, 35 – 39, 40 – 44, 45 – 49, 50 – 54, 55 – 59, 60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 yaş üzeri ve bilinmeyen şeklinde; cinsiyet kadın ve erkek şeklinde; yasal medeni durum hiç evlenmedi, evli, eşi öldü, boşandı ve bilinmiyor şeklinde belirtilmiştir.

Veri girişi, analiz ve rapor yazım işlemleri bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde frekans dağılımları ve yüzdelliklerden yararlanılmıştır.

Kategorik veriler arası ilişkiler Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

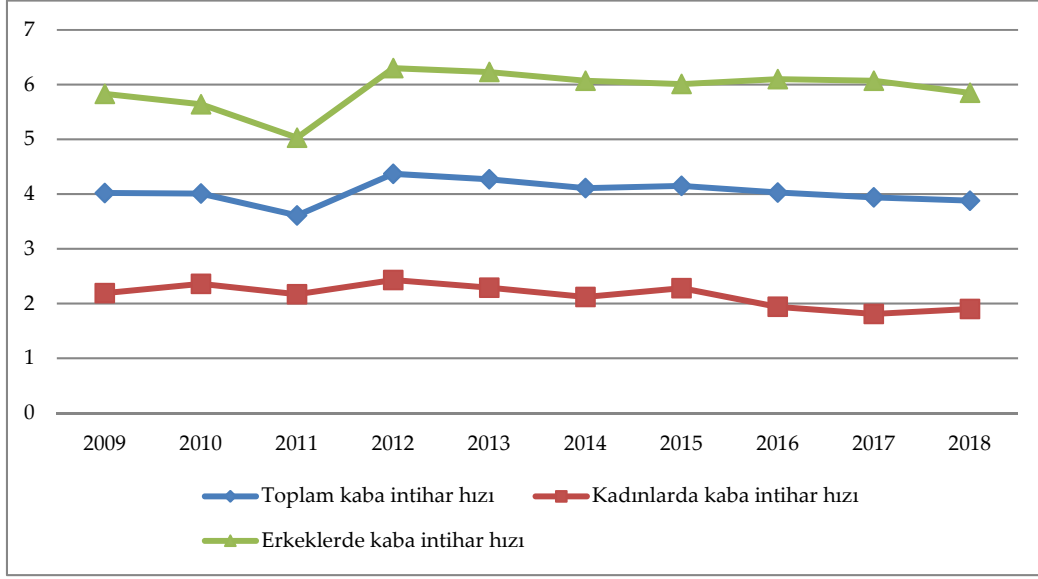
## BULGULAR

2018 yılı için toplam intihar eden kişi sayısı 3.161 ve toplam kaba intihar hızı yüz binde 3,88'dir. Yıllara göre nüfus, intihar sayısı ve kaba intihar hızı bilgileri Tablo 1'de ve yıllara göre kaba intihar hızı değişimleri Şekil 1'de sunulmuştur.

On yıllık süreç içinde intiharların en sık izlendiği yaş grubu olarak 15-24 yaş aralığı kaydedilmiştir. Ki-kare testi ile intiharların meydana geldiği yaş grupları ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). İntiharların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 2'dedir.

**Tablo 1.** 2009-2018 yılları arasında nüfus, intihar sayısı ve kaba intihar hızı (yüz binde) (6, 9)

Yıllar	İlgili yıla ait yıl ortası nüfus	Toplam intihar sayısı	Toplam kadın intiharları	Toplam erkek intiharları	Toplam kaba intihar hızı	Kadınlarda kaba intihar hızı	Erkeklerde kaba intihar hızı	Ki-kare	p
2009	72.561.312	2.898	787	2.111	4,02	2,19	5,83	0,199	0,656
2010	73.722.988	2.933	860	2.073	4,01	2,36	5,64		
2011	74.724.269	2.677	801	1.876	3,61	2,17	5,03		
2012	75.627.384	3.287	910	2.377	4,37	2,43	6,30		
2013	76.667.864	3.252	870	2.382	4,27	2,29	6,23		
2014	77.695.904	3.169	817	2.352	4,11	2,12	6,07		
2015	78.741.053	3.246	888	2.358	4,15	2,28	6,01		
2016	79.814.871	3.193	767	2.426	4,03	1,94	6,10		
2017	80.810.525	3.168	723	2.445	3,94	1,81	6,07		
2018	82.003.882	3.161	770	2.391	3,88	1,90	5,85		



Şekil 1: Kaba intihar hızının yıllara göre değişimi (2009-2018)

Tablo 2. On yıllık süreçte meydana gelen intiharların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımları (2009-2018) (6, 9)

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare	p
	Kadın		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
<15	477	5,8	441	1,9	918	3,0	418,439	0,001
15-24	2620	32,0**	4474	19,7	7120	23,0		
25-34	1543	18,8	4794	21,1	6337	20,5		
35-44	1135	13,9	4053	17,8	5188	16,7		
45-54	845	10,3	3649	16,0	4494	14,5		
55-64	628	7,7	2571	11,3	3199	10,3		
65-74	456	5,6	1382	6,1	1838	5,9		
>75	457	5,6	1260	5,5	1717	5,5		
Bilinmeyen*	32	0,4	141	0,6	173	0,6		
Toplam	8193	100,0	22791	100,0	30984	100,0		

\*Yaşı bilinmeyenler analize dâhil edilmemiştir. \*\*Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

İntiharlar yasal medeni duruma göre incelendiğinde; kadınlarda yalnız yaşayanlarda (hiç evlenmedi, eşi öldü, boşandı) ve erkeklerde evli kategorisindekilerde sıklık fazladır. Ki-kare testinde, yalnız yaşayan kadınlarda intihar sıklığının fazla olmasından kaynaklanan bir anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 3).

İntiharlar en sık olarak ilköğretim mezunlarında izlenmiştir. Ki-kare testi ile intiharların gerçekleştiği eğitim durumları ile cinsiyet arasında ilköğretim mezunu erkeklerden kaynaklanan anlamlılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 3.** On yıllık süreçte meydana gelen intiharların yasal medeni duruma ve cinsiyete göre dağılımları (2009-2018) (6, 9)

Medeni Durum	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare	p
	Kadın		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Yalnız yaşıyor	4491	54,8**	10580	46,4	15071	48,6	167,229	0,001
Evli	3603	44,0	11881	52,1	15484	50,0		
Bilinmiyor*	99	1,2	330	1,4	429	1,4		
Toplam	8193	100,0	22791	100,0	30984	100,0		

\*Medeni durumu bilinmeyenler analize dâhil edilmemiştir. \*\*Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

**Tablo 4.** On yıllık süreçte meydana gelen intiharların eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımları (2009-2018) (6, 9)

Eğitim Durumu	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare	p
	Kadın		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Okuma yazma bilmeyen	600	7,3	371	1,6	971	3,1	786,533	0,001
Okuma yazma bilen fakat okul bitirmeyen	1063	13,0	1448	6,4	2511	8,1		
İlkokul mezunu	2343	28,6	6759	29,7**	9102	29,4		
Ortaokul-ilköğretim mezunu	2226	27,2	6291	27,6	8517	27,5		
Lise ve dengi okul mezunu	1061	13,0	4596	20,2	5657	18,3		
Yüksek öğretim mezunu	560	6,8	2314	10,2	2874	9,3		
Bilinmeyen*	340	4,1	1012	4,4	1352	4,4		
Toplam	8193	100,0	22791	100,0	30984	100,0		

\*Eğitim durumu bilinmeyenler analize dâhil edilmemiştir. \*\*Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

2009-2018 yılları arası on yıllık süreç içinde en sık intihar nedeni bilinmiyor olarak kaydedilmiştir. Bilinen nedenler arasında hastalık ilk sırada yer tutarken; oransal olarak ticari başarısızlığa bağlı intiharlar erkeklerde, öğrenim başarısızlığına bağlı intiharlar kadınlarda daha sık ortaya çıkmıştır. Ki-kare testinde kadınlarda hastalık nedeniyle ortaya çıkan intiharlara bağlı istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Tablo 5'te yıllara göre intihar nedenleri ve cinsiyete göre dağılımları ve ki-kare analiz sonucu sunulmuştur.

On yıllık süreç içinde en sık başvurulan üç intihar yöntemi sırasıyla ası, ateşli silah ve yüksekten atlama olarak kaydedilmiştir. Hem kadın ve hem erkek cinsiyet için en sık izlenen üç intihar yöntemi; ası, ateşli silah ve yüksekten atlama olmakla beraber, yüksekten atlama ve kimyasal madde kullanma kadın cinsiyette, ateşli silah ise erkek cinsiyette daha fazladır. İntiharların yöntem ve cinsiyete göre dağılımları arasındaki ilişki ki-kare testi ile araştırıldığında kadınlarda ası sıklığının fazla oluşundan kaynaklı anlamlılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Kadın ve erkek cinsiyette intihar yöntem seçimi Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 5.** On yıllık süreçte meydana gelen intiharların nedene ve cinsiyete göre dağılımları (2009-2018) (6, 9)

Neden	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare	p
	Kadın		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Bilinmeyen*	4246	51,8	11007	48,3	15253	49,2	825,676	0,001
Hastalık	1932	23,6**	4335	19,0	6267	20,2		
Aile geçimsizliği	741	9,0	1549	6,8	2290	7,4		
Geçim zorluğu	145	9,7	2438	10,7	2583	8,3		
Ticari başarısızlık	9	0,1	399	1,8	408	1,3		
Gönül ilişkisi	279	3,4	795	3,5	1074	3,5		
Öğrenim başarısızlığı	46	0,6	71	0,3	117	0,4		
Diğer	795	9,7	2197	9,6	2992	9,7		
Toplam	8193	100,0	22791	100,0	30984	100,0		

\*İntihar nedeni bilinmeyenler analize dâhil edilmemiştir. \*\*Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

**Tablo 6.** On yıllık süreçte meydana gelen intiharların yöntem ve cinsiyete göre dağılımları (2009-2018) (6, 9)

Yöntem	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare	p
	Kadın		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
Ası	4099	50,0*	11178	49,1	15277	49,3	1304,018	0,001
Ateşli silah	1262	15,4	7014	30,8	8276	26,7		
Yüksekten atlama	1449	17,7	1846	8,1	3295	10,6		
Kimyasal madde kullanma	748	9,1	985	4,3	1733	5,6		
Diğer	635	7,8	1763	7,7	2403	7,8		
Toplam	8193	100,0	22791	100,0	30984	100,0		

\*Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

2009'dan 2018'e intiharların en sık yaşandığı mevsimler ilkbahar ve yazdır. Ki-kare testinde, kadınlarda ilkbahar mevsiminde intiharlara daha sık rastlanmış olmasından kaynaklı farklılık belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 7).

2018 yılı için kaba intihar hızının en yüksek olduğu iller Burdur, Isparta ve Muğla'dır. Kaba intihar hızına göre sık intihar yaşanan iller Tablo 8'dedir.

**Tablo 7.** On yıllık süreçte meydana gelen intiharların mevsimlere ve cinsiyete göre dağılımları (2009-2018) (6, 9)

Mevsimler	Cinsiyet				Toplam		Ki-kare	p
	Kadın		Erkek		n	%		
	n	%	n	%				
İlkbahar	2167	28,4*	6115	26,8	8282	26,7	16,410	0,001
Yaz	2327	26,4	5975	26,2	8302	26,8		
Sonbahar	1899	23,2	5385	23,6	7284	23,5		
Kış	1800	22,0	5316	23,3	7116	23,0		
Toplam	8193	100,0	22791	100,0	30984	100,0		

\*Farkın kaynaklandığı gruba işaret etmektedir.

Tablo 8. 2009-2018 yılları arasında intiharların sık izlendiği iller (6, 9)

Yıllar	Kaba intihar hızı en yüksek il (Yüz binde hız)	Kaba intihar hızı en yüksek 2. İl (Yüz binde hız)	Kaba intihar hızı en yüksek 3. İl (Yüz binde hız)
2009	Tunceli (12,98)	Aydın (8,43)	Bilecik (7,59)
2010	Tunceli (16,27)	Karaman (8,18)	Iğdır (8,15)
2011	Ardahan (11,27)	Tunceli (7,42)	Aydın (6,94)
2012	Uşak (8,80)	Ardahan (8,41)	Kastamonu (8,06)
2013	Karaman (9,30)	Ardahan (8,59)	Bingöl (7,58)
2014	Tunceli (11,63)	Bingöl (9,78)	Edirne (8,26)
2015	Kars (9,17)	Ardahan (8,00)	Karaman (7,05)
2016	Tunceli (10,70)	Ardahan (9,11)	Burdur (8,47)
2017	Isparta (9,29)	Tunceli (8,50)	Burdur (7,22)
2018	Burdur (8,23)	Isparta (7,77)	Muğla (7,76)

## TARTIŞMA

Türkiye'nin kaba intihar hızının on yıllık süreç içerisinde yüz bin kişide 3,50-4,00 arasında değerler aldığı ancak trend ki-kare analizine göre yıllar arasındaki kaba intihar hızlarında izlenen azalmaların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. 2016 yılı için Litvanya'da kaba intihar hızı yüz binde 31,9 ile Dünya çapındaki en yüksek değere sahiptir. Antigua ve Barbuda isimli ada yüz binde 0,5 ile Dünya'daki en düşük intihar hızına sahiptir. Rusya'da 31, Amerika Birleşik Devletleri'nde 15,3, Hindistan'da 16,3, Çin'de 9,7, Almanya'da 13,6, Fransa'da 17,7, İspanya'da, İtalya'da 8,2, İngiltere'de 8,9, Yunanistan'da 5, İran'da 2,9 ve Mısır'da 4'tür (5). Görüldüğü gibi kaba intihar hızı Dünya'nın değişik yerlerinde farklılıklar göstermektedir. Bu durum öncelikle tutulan intihar kayıt ve istatistiklerinin durumuyla ilişkilendirilebilir. Kayıt ve istatistikler dışında ülkelerin ekonomik durumu, gelişmişlik düzeyi, kültürel yapısı, yaşam tarzları, dini inançları, coğrafik konumu, iklimi ve hava durumu gibi pek çok özelliği, bu hızların belirlenmesinde rol oynuyor olabilir.

On yıllık süreç içinde erkeklerin kadınlara kıyasla 2-3 kat daha fazla intihar ettikleri belirlenmiştir. Tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde ve intihar girişimi oranlarının kadınlarda daha yüksek olduğu bilinmektedir (10, 11). Bu durum ülkemizin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin hâkim olduğu bir yapısı olmasıyla ve

bu yapının kadınlar kadar erkeklerin sağlığını da olumsuz etkilemesiyle açıklanabilir (12, 13). Ayrıca Dünya çapında erkekler arasında cinayet gibi şiddet olaylarına bağlı ölümlerin yaygın olduğu bir gerçektir (14). İntihar da şiddetin bireyin kendisine yönelmiş bir türü olduğundan, erkeklerin şiddete daha eğilimli oldukları ve bu nedenle daha yüksek intihar oranlarına sahip oldukları da söylenebilir.

Ülkemizde on yıllık süreç içinde bilinen nedenler içerisinde en sık kaydedilen intihar nedenleri hastalık, geçim sıkıntısı ve aile geçimsizliğidir. Burada hastalık olarak geçen ifadenin başta depresyon olmak üzere intihara yol açabilecek psikiyatrik bir hastalık mı olduğu; tedavisi zor olan veya mümkün olmayan bedensel bir hastalık mı olduğu veya kişinin kendi hastalığı mı sevdiği/yakın gördüğü birinin hastalığı mı olduğu açık değildir. Her iki türlü hastalık durumunun da intiharı artırıcı etkileri olduğu bildirilmiştir (7, 8, 15). Hastalık, geçim sıkıntısı ve aile geçimsizliği, kişileri umutsuz ve çaresiz bir ruh haline sokarak intihara sebebiyet veriyor olabilir.

Türkiye'de on yıllık süreç içinde en sık başvurulan üç intihar yöntemi sırasıyla ası, ateşli silah ve yüksekten atlama olarak kaydedilmiştir. Gümüş ve arkadaşlarının Türkiye'deki 2002-2009 yılları arasındaki süreci değerlendirdikleri araştırmalarında ilk sırada tercih edilen yöntemin ası olduğu bulunmuştur (16). Dünya çapında

intihar metotlarında bölgeler arasında farklılıklar izlenmektedir (17). Afrika'da ve Asya'da önde gelen yöntemler ası ve kendini zehirlemedir (17, 18). Amerika'da ateşli silah en sık başvurulan yöntemdir. Avrupa'da ası ve yüksekten düşme, Avustralya'da ası ön plandadır (17). İntihar metodu seçiminde bölgelere göre gelenekselleşmiş yöntemler söz konusu olmakla birlikte yöneme ulaşım kolaylığı da metot seçiminde önemli bir etkidir. Ayrıca metot seçimi ile cinsiyet arasında da bir bağ olabileceği düşünülmektedir. Kadınlar erkeklerle kıyasla daha fazla intihar girişiminde bulunurken; erkekler kadınlara kıyasla daha fazla intihardan ölüm oranlarına sahiptir (10). Bu durum kadınların daha az ölümcül yöntemleri tercih etmeleriyle ilişkilendirilebilir.

On yıllık süreç içinde intihar eden grup içinde bulunan kadınların en sık olarak kaydedilen yasal medeni durumu "yalnız yaşıyor" iken; erkeklerinki "evli"dir. Bekâr, boşanmış ve dul olmanın yani yalnız yaşıyor olmanın intihar riskini arttırdığı bilinmektedir (7, 8, 19). TÜİK verilerini kullanarak yaptığımız çalışmada kadınlar için bu sonuç geçerli olmakla beraber erkekler için geçerli değildir. Bu durum tesadüfi bir bulgu olarak yorumlanabileceği gibi, evliliğin erkekler üzerindeki etkileri ile de açıklanabilir. Bir ailenin maddi sorumluluğunu alma ve aile huzuru ile ilişkili nedenler bu etkilerdendir. Bu noktada ülkemizdeki ataerkil aile yapısının ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin de rolü olabilir.

Ülkemizde on yıllık süreç içinde intiharların en sık olarak 15-24 yaş arasındaki genç nüfusu etkilediği görülmüştür. Dünya çapında intihar nedenli ölümlerin 15-29 yaş grubu için 2. sıklıktaki ölüm nedeni olduğu bilinmektedir (4). Okul ve sınav stresi, meslek edinme ve iş bulma kaygıları, evlenme ve çocuk sahibi olma, erkekler için askerlik gibi yaşama yön veren olayların bu yaş grubu içerisinde gerçekleştiği söylenebilir. Batı Malezya'da yapılmış bir çalışmada genç yaş grubundaki intiharlara neden olarak kız-erkek ilişki sorunları, ailevi ve okul problemleri gösterilmiştir (20). Ayrıca genç yaş grubundaki insanların yaşama dair deneyim eksikliği söz konusu olabilir ve bu eksiklik kriz anlarını yönetmede başarısızlığa yol açabilir. Bütün bu sayılan nedenler intihar davranışının genç yaş grubundaki sıklığının nedenlerini açıklayabilir.

Türkiye'de on yıllık süreç içinde intiharların en sık izlendiği mevsimler ilkbahar ve yazdır. Öztürk ve arkadaşlarının Konya'da 135 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada tamamlanmamış intiharların ilkbahar ve yaz aylarında yoğunlaştığı sonucuna ulaşılmıştır (21). Deisenhammer ve arkadaşlarının araştırmasında intiharların ilkbahar ve yaz aylarında artış gösterdiği bulunmuştur (22). Galvao ve arkadaşlarının sistematik derlemesinde ilkbahar ve erken yaz mevsimi intihar sıklığının arttığı mevsimler olarak belirlenmiştir (23). Sıcaklık artışıyla şiddete eğilimin arttığını bildiren araştırma bulguları vardır (24, 25). İntiharların ilkbahar ve yaz aylarında daha sık görülüyor olması sıcaklık artışıyla ilişkilendirilir. Sıcaklık artışı uykusuzluğu, yorgunluğu ve stresi arttırıyor olabilir. Ayrıca mevsim değişimleri nörotransmitter salınımında değişikliklere yol açarak intiharları arttırıyor olabilir. Bunlara ek olarak durumun tahmin edilemeyen başka boyutları da söz konusu olabilir.

Ülkemizde kaba intihar hızının yüksek olduğu iller içinde Tunceli, Ardahan, Karaman ve Burdur gibi her yıl birbirini tekrar eden iller olduğu dikkat çekmektedir. Bu illerde kaba intihar hızı Türkiye ortalamasının çok üzerindedir. Bahsi geçen illerin demografik yapısı, intiharı arttıran özellikleri barındıran nüfusun bu illerde yoğun bulunabilme ihtimali gibi sosyal, ekonomik ve kültürel pek çok özellik durumun nedeni olabilir.

Araştırma sonucunda Türkiye'nin kaba intihar hızının on yıllık süreç içerisinde yüz bin kişide 3,50-4,00 arasında değerler aldığı görülmüştür. Bilinen nedenler içerisinde en sık kaydedilen intihar nedenleri hastalık, geçim sıkıntısı ve aile geçimsizliğidir. En sık başvurulan üç intihar yöntemi ası, ateşli silah ve yüksekten atlamadır. Bununla beraber yüksekten atlama ve kimyasal madde kullanma kadınlarda, ateşli silah ise erkeklerde daha fazladır. On yıllık süreç içinde intihar eden grup içinde bulunan kadınların en sık olarak kaydedilen yasal medeni durumu "yalnız yaşıyor" iken; erkeklerinki "evli"dir. Ülkemizde intiharlar asıl olarak 15-24 yaş arasındaki genç nüfusu etkilemektedir. İntiharların en sık izlendiği mevsimler ilkbahar ve yazdır. Ülkemizde kaba intihar hızının yüksek olduğu belli başlı iller mevcuttur.



Risk altında olarak kabul edilebilecek 15-24 yaş aralığındakiler, psikiyatrik hastalığı olanlar, ağır hastalığı olanlar, kaba intihar hızının yüksek olduğu şehirlerde yaşayanlar gibi belli başlı gruplar birinci basamakta belirli aralıklarla intihar riski açısından taranmalıdır.

Öncelikli bir halk sağlığı sorunu olan intiharların incelenmesi önemli olmakla beraber, genel bir öneri olarak intihar belirtilerinin ebeveynler, sağlık çalışanları ve öğretmenler başta olmak üzere tüm toplum tarafından bilinmesi intiharların önlenmesinde rol oynayabilir. Toplum içerisinde bireylerin ihtiyaç duyduğunda destek araması teşvik edilmeli ve başvuracağı yerler herkesin göreceği/duyacağı biçimde ilan edilmelidir. Bireylerin sosyal olarak desteklenecekleri yapılar oluşturulmalıdır.

#### Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Üstün Yönleri

Araştırma primer olarak TÜİK tarafından toplanmış verilerin sekonder olarak işlenmesini içeren tanımlayıcı bir çalışmadır. Tanımlayıcı çalışmaların doğası gereği bir araştırmada herhangi bir hipotez test edilmemiş ve elde edilen sonuçlar genellenmemiştir. Ayrıca araştırma kapsamında tek tek bireylerin verisi yerine toplumun verisi kullanılmıştır. Elde birey bazında veri olmadığından çalışma sınırlı sayıda değişkenle yapılmış ve analitik yaklaşımlar yeterince gerçekleştirilememiştir. Bunlar araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

Araştırma yerel bazda veri yerine, ulusal bazda veri içermektedir. Araştırma verileri TÜİK tarafından düzenli ve sistematik olarak toplanan veriler olduğundan, veri kalitesinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Bunlar çalışmanın üstünlükleridir.

#### KAYNAKLAR

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (Editors) World Report on Violence and Health, Geneva, World Health Organization, 2003.
2. Deniz İ, Günindi Ersöz A, İldeş N, Türkarlan N. 1995 - 2000 Yılları Resmi Kayıtlarından Batman'da Gerçekleşen İntihar ve İntihar Girişimleri Üzerine Bir İnceleme. Aile ve Toplum. 2001;4:24-48.
3. WHO Mental Health Suicide Data. [Erişim tarihi: 30.05.2020]. Erişim adresi:

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

4. WHO The Global Health Observatory Causes of Death. [Erişim tarihi: 30.05.2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/causes-of-death/GHO/causes-of-death>
5. WHO Crude Suicide Rate 2016. [Erişim tarihi: 30.05.2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>
6. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri 2009-2018. [Erişim tarihi: 13.05.2020]. Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=tr>
7. WHO Fact Sheet Suicide. [Erişim tarihi: 30.05.2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
8. CDC-Injury Center-Violence Prevention-Suicide-Risk and Protective Factors. [Erişim tarihi: 11.06.2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>
9. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus İstatistikleri 2009-2018. [Erişim tarihi: 13.05.2020]. Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>
10. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. Crisis. 2006; 27: 153-6.
11. Turecki G, Brent DA. Suicide and Suicidal Behaviour. The Lancet. 2016;387:1227-39.
12. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M. Kadın ve erkek cinsiyetin doğumda beklenen yaşam süresinin ve doğumda beklenen sağlıklı yaşam umudunun Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi ile ilişkisinin değerlendirilmesi. DEU Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;34:17-23.

13. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25: 73-82.
14. WHO The Global Health Observatory Homicide Estimates by Country. [Erişim tarihi: 09.07.2020]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.VIOLE NCEHOMICIDEv>
15. Joshi K, Billick SB. Biopsychosocial causes of suicide and suicide prevention outcome studies in juvenile detention facilities: A review. Psychiatr Q. 2017;88: 141-53.
16. Gümüş B, Özer B, Yıldırım A, Çetin İ. TÜİK verilerine göre Türkiye'de intihar olgularının değerlendirilmesi. Adli Tıp Bul. 2010;15:104-9.
17. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. Int J Environ Res Public Health. 2018;15:1425.
18. Mars B, Burrows S, Hjelmeland H, Gunnell D. Suicidal behaviour across the African continent: A review of the literature. BMC Public Health. 2014; 14:606.
19. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, Lepine JP, de Girolamo G, Vilagut G, Gasquet I, Torres JV, Kovess V, Heider D, Neeleman J, Kessler R, Alonso J. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. J Affect Disord. 2007;101:27-34.
20. Kok JK, Gan JJ, Goh LY. Youths talk about Death: Causes for suicide. IJSSH. 2011;1:145-9.
21. Öztürk M, Köylü R, Köylü Ö, Yıldırım Öztürk EN. İntihar Girişimi Nedeniyle Takip Edilen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Laboratuvar Bulguları ve Tıbbi Durumları ile Depresyon Skorunun Değerlendirilmesi. Medical Records. 2020; 283: 70-5.
22. Deisenhammer EA, Stiglbauer C, Kemmler G. Time-related aspects of suicides-suicide frequency related to birthday, major holidays, day of the week, season, month of birth and zodiac signs. Neuropsychiatr. 2018;32: 93-100.
23. Galvao PVM, Silva HRSE, Silva CMFP. Temporal distribution of suicide mortality: A systematic review. J Affect Disord. 2018;228:132-42.
24. LH Schinasi, Hamra GB. A time series analysis of associations between daily temperature and crime events in Philadelphia, Pennsylvania. J Urban Health. 2017;94:892-900.
25. Luan G, Yin P, Wang L, Zhou M. Associations between ambient high temperatures and suicide mortality: A multi-city time-series study in China. Environ Sci Pollut Res Int. 2019;26:20377-85.