

Malatya İlinde 2005 Yılında İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Klinik ve Sosyodemografik Özellikler

Socio-Demographic Characteristics of Suicidal Individuals

Hayriye Dilek Yalvaç¹, Burhanettin Kaya², Süheyla Ünal³

¹Uz.Dr., Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ²Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, ³Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada Malatya ilinde, 2005 yılında intihar girişimiyle başvuran olguların bazı sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi ve bazı risk etkenlerinin saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın evreni Ocak - Mayıs 2005 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Servisi veya diğer servislere intihar girişimiyle başvuran, ayakta ya da yatırılarak izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 olgudan oluşmuştur. Psikotik bulguları olan, deliryum tablosunda olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Veri toplama aşamasında, psikiyatrik görüşme yapıldıktan sonra, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. **Bulgular:** Olguların %64'ünü kadın, %36'sını erkek bireyler oluşturmaktaydı. Kadın olguların yaş ortalaması 25.9±7.6, erkeklerin 32.3±13.7 idi. Çalışmamızda intihar girişimi evli kadınlarda (%59.4) ve bekâr erkeklerde (%55.6) daha sık görülmüştür. Bekarlarda ruhsal hastalık daha erken yaşlarda (p=0.001), dul ve boşanmış olanlarda ise daha geç yaşlarda (p=0.025) başlamıştır. Olguların %36'sı uyum bozukluğu, %32'si depresyon tanısı alırken sadece %20'si herhangi bir tanı almamıştır. Olguların %32'sinin öyküsünde intihar girişimi mevcuttu. %90'ı şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştu. Olguların %54'ünün intihar girişiminden üç ay öncesinde psikososyal stresörleri mevcuttu ve bunların büyük çoğunluğunu ailesel sorunlar oluşturmaktaydı. **Sonuç:** Çalışmamız; intihar girişimlerini önleme açısından psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi, intihar girişimi ile ilişkili klinik ve sosyodemografik özelliklerin dikkate alınması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler: İntihar, risk faktörleri, stresli yaşam olayları.

(*Klinik Psikiyatri 2014;17:18-27*)

SUMMARY

Objectives: The aim of this study was to investigate the risk factors and determine the socio demographic variables of patients who attempted suicide in Malatya, in 2005. **Method:** The sample group of this research consisted of 50 patients who attended to the Emergency Department or other medical departments of Turgut Özal Medical Center with suicide attempt between January and April 2005 and were followed up either in or outpatient setting, and agreed to participate in the study. Patients who had psychotic symptoms and delirium were in the exclusion criteria. The socio-demographical data sheet, Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Hopelessness Scale (BHS) were applied following the clinical interview. **Results:** Of all patients, 64% were female. The mean ages of women and men were 25.9 ± 7.6 and 32.3 ± 13.7, respectively. In our study, suicide attempts were more common among married women (59.4%) and single men (55.6%). Mental disorders had started at an earlier age in singles (p=0.001), and at a later age in widows and divorced (p=0.025). While 36% of the patients were diagnosed as adjustment disorder, 32% was diagnosed as depression and only 20% did not receive any specific diagnosis. A history of suicide attempts was determined in 32% of the cases and 90% of our patients had suicide attempts with non-violent methods. Psychosocial stressors were present in 54 % of patients three months prior to the suicide attempt and the majority of these were family problems. **Conclusion:** It is essential to recognize some clinic and socio-demographic characteristics related to suicide attempts and psychiatric disorders have to be treated in order to prevent suicide attempts.

Key Words: Suicide, risk factors, stressful events.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, her yıl 100.000'de 16 mortalite oranıyla yaklaşık bir milyon kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir (Mathers ve ark. 2008, WHO 2010). İntihar dünya çapındaki ölümlerin ilk on nedenleri arasında yer almakta ve 10-24 yaş arası ölümlerin ikinci önde gelen nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO 2010). Sonlandırılmış intiharların yanı sıra her yıl, yaklaşık 10 ile 20 milyon kişinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir ki bu her üç saniyede bir kişinin intihar girişiminde bulunduğu anlamına gelmektedir (Yılmaz ve Yeşilbursa 2010). İntihar ve intihar girişimi, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Türkiye'de son 10 yılda yaklaşık 27.000 kişi intihar ederek hayatını sonlandırmış, yine yaklaşık 500.000 kişi intihar girişiminde bulunmuştur (Yılmaz ve Alkın 2012). Son veriler her yıl yaklaşık 2800 kişinin ülkemizde intihar sebebiyle kaybedildiğini göstermektedir (Yılmaz ve Yeşilbursa 2010). Ölümle sonuçlanan intihar sayısı, 2012 yılında 3225 olarak tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2012).

İntiharın görülme sıklığı toplumdan topluma değiştiği gibi, cinsiyetler ve kişinin içinde bulunduğu yaş dönemleri de intihar davranışı açısından önemli farklılıklar göstermektedir (Eskin 2003). Ülkemizde intihar olasılığı ve cinsiyet arasındaki ilişkinin incelendiği, 18-60 yaş arası, 1003 kişiyle yapılan bir çalışmada; yalnızlık, umutsuzluk ve hayata bağlılığın her iki cinsiyette, besleyici iletişim tarzının kadınlarda, ketleyici iletişim tarzının erkeklerde intihar olasılığının yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (Batıgün 2008).

Tamamlanmış intihar erkekler arasında, intiharı düşünme ve girişimde bulunma kadınlar arasında daha yaygındır (Eskin 2003, Şevik ve ark. 2012). Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 yılı verilerine göre tüm yaş gruplarında erkek intiharlarının kadın intiharlarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2012). 2006-2010 yılları arasında tamamlanmış intiharların cinsiyet farklılıkları açısından incelendiği Sırbistan'da yapılan bir çalışmada, intihar olgularının %71.9'unun erkek, %28.1'inin kadın olduğu, 75 yaşın üzerinde intiharların her iki cinsiyette en yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (Dedic 2014).

Benzer olarak ülkemizde Bursa ilinde 1996-2005 yılları arasında otopsi yapılan intihar olgularının %71.4'ünün erkek, %28.6'sının kadın olduğu tespit edilmiştir (Balseven Odabaşı ve ark. 2009). İntihar yaygınlığı erkeklerde 45 yaşından sonra en yüksek düzeye ulaşmakta, 55 yaşından sonra ise tamamlanmış intiharların sayısı artmaktadır. Kadın intiharları ise ergenlik döneminde artış göstermekte, 35-44 yaşlarında azalmakta, izleyen yıllarda yaşla birlikte yeniden artmaktadır (Eskin 2003). Ülkemizde Kastamonu ilinde, krize müdahale birimine yönlendirilen intihar girişiminde bulunan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, olguların %78'inin kadın olduğu, yaş aralığının 14-56 yaş aralığında olduğu, yaş ortalamasının 24.6±9.3 olduğu tespit edilmiştir (Şevik ve ark. 2012).

Erkekler sıklıkla ateşli silah, ası, yüksekte atlama gibi yöntemleri tercih ederken; kadınlar yüksek dozda ilaç alma, zehirlenme, bileklerini kesme gibi yöntemleri tercih etmektedirler (Demirel Özsoy ve Eşel 2003). Başka bir çalışmada ise en yaygın intihar yöntemi her iki cinsiyette ası ve boğulma olarak tespit edilmiştir (Dedic 2014).

Ekonomik ve sosyal koşulların insan ruh sağlığı üzerindeki etkilerini konu edinen yazılarda kendini öldürme olaylarının düşük sosyoekonomik düzeylerdeki toplumsal katmanlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Pritchard 1997). Çalışmalar genellikle, işsizlik ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğunu, intiharların düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olabileceğini destekler niteliktedir (Eskin 2003). Değişik çalışmalar sosyal yapı (Nayha 1982), evlilik durumu (Nayha 1983), işsizliğin tipi ve sosyal sınıf farklılıklarına göre (Nayha 1982) intihar biçiminin değişebildiğini göstermiştir. Birçok çalışmada intihar davranışları ve medeni durum arasında ilişki olduğu, intihar davranışlarının bekâr ve dullar arasında daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Eskin 2003). Yaşam olayları ve intihar davranışı arasındaki ilişki de araştırma konusu olmuştur. Sayıl ve ark.'nın Ankara'da 1990 ve 1995 yıllarındaki iki ayrı çalışmalarında, intihar girişimi nedenleri olarak ilk üç sırada sevdiği tarafından terk edilme (%21), evlilikle ilgili sorunlar (%15) ve ruhsal bir sorunun varlığı (%15) tespit edilmiştir. Kuşak çatışması ve eşle ilişkilerının ki, bunun önemli bir oranı eş

tarafından dövülme olarak ifade edilmiştir, tüm intihar girişimlerinde toplam %45'i oluşturduğu bildirilmiştir (Sayıl ve ark. 1993, Sayıl ve ark. 1995, Sayıl 2000). Malatya ilinde 1984-1994 yılları arasında tamamlanmış intiharlarla ilgili bir araştırmada, aile geçimsizliği nedeniyle intihar birinci sırada yer alırken, bir hastalık nedeniyle intihar ikinci sırada yer almıştır (Yalvaç 1998).

İntihar birden fazla etkene bağlı gelişen, ancak büyük ölçüde ruhsal hastalıklar zemininde ortaya çıkan bir davranıştır. Başta depresyon olmak üzere ruhsal hastalıklar intihar riskinde 10 kat artışa sebep olmaktadır. İlişki sorunları, ekonomik kayıplar, yalnızlık, düş kırıklığı, utanç, aşağılanma, başarısızlık, aile içi çatışmalar gibi zorlayıcı hayat olayları da intihar riski ile ilişkili bulunmuştur; ancak bu risk faktörleri genellikle tek başına intihar sebebi değildir. Birçok risk faktörü, ruhsal hastalıklarla birlikte olduğunda intihar eğilimi artmaktadır (Yılmaz ve Yeşilbursa 2010).

Bu araştırmada Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Servisine intihar girişimiyle başvuran olguların bazı sosyodemografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonunda Malatya ilinde, 2005 yılında intihar girişimi ile ilişkili risk faktörlerini saptamak hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evreni Ocak - Mayıs 2005 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Servisi veya diğer servislere intihar girişimiyle başvuran, ayakta ya da yatırılarak izlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 olgudan oluşmuştur. Psikotik bulguları olan, deliryum tablosunda olan ve çalışmaya katılmak istemeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Veri toplama aşamasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre psikiyatrik görüşme yapıldıktan sonra, Beck Depresyon ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi demografik özellikleri, intihar girişimi türleri, intihardan 3 ay öncesinde ve intihardan 24 saat öncesinde yaşadıkları stresli olaylar gibi karşılaştıkları ruhsal ve

toplumsal risk etkenleri, yaşam koşulları, özgeçmişleriyle ilgili soruları içeren, araştırmacı tarafından hazırlanmış bilgi formudur.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Hastaların depresyonun çeşitli belirtileri üzerine bilgi vermesini sağlayacak şekilde hazırlanmış 21 madde içeren bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (Beck 1961, Hisli 1989).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilen bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır (Beck ve ark. 1988, Ulusoy ve ark. 1998.).

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmektedir. 20 maddeden oluşan, 0-1 arası puanlanan bir ölçektir. Maddelerin 11 tanesinde evet, 9 tanesinde ise hayır seçeneği 1 puan alır. Puan aralığı 0-20'dir. Alınan puan yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Beck 1974, Durak 1994).

Veriler SPSS for Windows 11.00 istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. Değerler ortalama ve standart sapma olarak verilmiş ve $p < 0.05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uyup uymadıklarını kontrol etmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymamalarından dolayı sayısal verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde spearman korelasyon testi uygulanmıştır. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında ki-kare analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Olguların %64'ünü kadın, %36'sını erkek bireyler oluşturmaktaydı. Kadınların yaş ortalaması 25.9 ± 7.6 , erkeklerinki ise 32.3 ± 13.7 idi. Olguların %52'si evli, %42'si ev hanımı, %18'i işsiz, %18'i öğrenci, %54'ünün eğitim düzeyi ilköğretim ve altı idi. %54'ü düşük, %38'i orta gelirliydi. %68'i çekirdek

Tablo 1. Girişim türüyle çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler

	Şiddet içermeyen (N=45)		Şiddet içeren (N=5)		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Yaş	27.3	9.7	36.2	15.3	0.23
Eğitim yılı	7.5	3.6	7.5	4.1	0.8
Hastalık süresi	37.9	92.9	2.7	3.4	0.25
Ruhsal hastalık başlama yaşı	22.6	9	46.6	7.5	0.007*
Hastaneye yatış sayısı	0.5	2.1	0	0	0.39
İntihar girişim sayısı	2.4	1.6	1		0.25
BAÖ	24.7	14.8	21.8	8.6	0.75
BUÖ	12.8	6.2	9.6	4.7	0.25
BDÖ	32.2	12.6	28	15.6	0.46

* Mann-Whitney U

aile yapısına sahip olup %66'sı yörenin yerlisiydi. BDÖ ortalama puanı 31.8 ± 12.8 , BAÖ 24.4 ± 14.3 , BUÖ 12.5 ± 6.1 idi.

Eğitim yılı ortalaması 7.5 ± 3.7 idi. Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanlarla, ortaokul ve üstü olanlar karşılaştırıldığında; hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, eğitim yılı, BDÖ, BAÖ, BUÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark yoktu.

Çalışmamızda intihar girişimleri evli kadınlarda (%59.4) ve bekar erkeklerde (%55.6) daha çok görülmüştür. Bekarlarda ruhsal hastalık anlamlı olarak daha erken yaşlarda ($p=0.001$), dul ve boşanmış olanlarda ise daha geç yaşlarda ($p=0.025$) başlamıştı. Hastaneye yatış sayısı açısından değerlendirildiğinde dullarda yatış sayısı daha yüksekti ($p=0.001$).

Ateşli silah, kesici alet kullanma ve yüksekten atılma şeklinde intihar girişimi şiddet içeren; fazla ilaç alımı, tarım ilacı ve koroziv madde içimi ise şiddet içermeyen yöntem olarak değerlendirilmiştir. Olguların %90'ı şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştu.

Şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunan olgularda ruhsal hastalık başlangıç yaşı (22.6 ± 9) daha erkendi ($p=0.007$). Girişimin türüyle (şiddet içerenle içermeyen yöntem karşılaştırıldığında), yaş, eğitim yılı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, BDÖ, BAÖ, BUÖ arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 1).

Olguların %32'sinin öyküsünde intihar girişimi mevcuttu. Öykülerinde intihar girişimi olan olguların %75'i ilaçla intihar girişiminde bulunmuştu. %12.5 oranla ikinci sırada kesici aletle, üçüncü sırada ise %6.3 oranla ateşli silahla intihar girişimleri bulunmaktaydı. Öykülerinde intihar girişimi olan olguların %75'inin girişimde buldukları dönemde tanısı yoktu ya da bilinmemekteydi. Bu bireylerin %37.5'i bir kez, %62.5'i iki ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunmuştu. Daha önceki ortalama intihar girişimi sayısı 2.37 ± 1.62 idi. Öyküdeki intihar girişimi türüyle yaş, eğitim yılı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, BDÖ, BAÖ, BUÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktu.

Olguların %54'ü intihar girişiminden üç ay öncesinde stresli yaşam olayları yaşadıklarını, bunların büyük çoğunluğunu (%55.5) ailevi sorunlar oluşturduğunu bildirmişlerdir. Olguların %68'i intihar girişiminden önceki 24 saat içinde tartışma, üzüntü verici bir olay ya da kriz yaşadıklarını, bu olay sonrası intihar girişiminde bulduklarını, bu olguların %50'si üzüntü veren bu tartışmanın ailevi sorunlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Olgulara intihar girişiminde bulunmadaki amaçları sorulduğunda %58'i dürtüsel olarak bir anlık kararlar, %22'si ölmek, %20'si ders vermek amacıyla intihar girişiminde bulduklarını bildirmişlerdir. Kadınların %78'i intihar girişiminden önceki 24 saat içinde tartışma, üzüntü verici bir olay ya da kriz yaşamışlardı ve bu sıklık kadınlarda erkeklerle göre daha yüksekti (fisher kesin testi $p=0.041$).

Tablo 2. DSM-IV tanı ölçütlerine göre ruhsal hastalık yaygınlıkları

	Sayı	%
İntihar girişimi sonrası konulan tanı		
Uyum bozukluğu	18	36
Depresyon	16	32
Anksiyete bozukluğu	2	4
Somatizasyon bozukluğu	1	2
Yeme bozukluğu	1	2
Alkol bağımlılığı	1	2
Davranım bozukluğu	1	2
Tanı yok	10	20

Olguların %30'u girişim öncesi ruhsal hastalıkları olduğunu, %24'ü intihar girişimi öncesi ruh sağlığı uzmanına göründüklerini, girişim öncesi ruhsal hastalıkları olanların %53'ü depresyon tanısı aldıklarını, %60'ı ruhsal hastalık için tedavi gördüklerini, en fazla alınan tedavinin ise antidepresan tedavi olduğunu belirtmişlerdi. İntihar girişimi sonrası konulan tanılardan % 36'sını uyum bozukluğu oluşturmaktaydı (Tablo 2).

Tanı grubu olarak duygudurum bozukluğu ile diğer tanıları karşılaştırıldığında yaş, eğitim yılı, hastaneye yatış sayısı, intihar girişim sayısı, BDÖ, BAÖ, BUÖ arasında anlamlı fark yoktu. Tanı grubu ile hastalık süresi arasında anlamlı fark vardı. Duygudurum bozukluğu olanlarda (67±107 ay) olmayanlara (20±78) göre hastalık süresi daha uzundu (p=0.008).

TARTIŞMA

Çalışmamızda kadın/erkek oranı 1.7'dir. Bu oran çeşitli çalışmalarda 3/1 ile 9/1 arasında değişmektedir (Beautrais ve ark. 1999, Dedic 2014). İntihar oranlarında cinsiyet farklılıklarının incelendiği Çin'de yapılan bir çalışmada ise kadın erkek intihar oranları diğer dünya ülkelerinden farklı olarak kadınlarda daha fazla bulunmuş, intihar oranlarını belirlemede sosyal ve kültürel yapının önemli rol oynadığı belirtilmiştir (Zhang 2014). Türkiye'de bu oranın 2/1 olduğu bildirilmektedir (Sayıl ve ark. 1993, Çayköylü ve ark. 1997, Sayıl ve ark. 1998). Bu farklılıktan yola çıkarak kadınlardaki intihar girişimlerinin ölme dışı bir motivasyonla bağlantılı

olduğu, sıkıntıyı ve başkalarına tepkiyi ifade etme yolu olduğu düşünülebilir (Hawton 2000). Yine intihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla görülmesi, en sık intihar nedeni olarak bilinen depresyonun kadınlarda bir kat daha fazla görülmesine ve kadınların isteklerini elde etme, kendilerini ifade edebilme ve kabullenilme açılarından daha yetersiz durumda bulunmalarına bağlanabilir (Beautrais ve ark. 1999).

Çalışmada yer alan olguların yaş ve cinsiyet dağılımına bakıldığında kaynaklarla uygun biçimde kadınların daha genç yaşta olduğu görülmektedir. Avrupa'da erkeklerde 15-44 yaşlar, kadınlarda ise 25-44 ve 65-75 yaşlar intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralıklarıdır (Schmidtke ve ark. 1996). Türkiye'de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralığının 15-24 ve 25-34 olduğu bildirilmektedir (Sayıl ve ark. 1993, Çayköylü ve ark. 1997, Sayıl ve ark. 1998, Atay ve ark. 2014). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada Acil servise intihar girişimiyle başvuran hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelenmiş, %72'sinin 12-24 yaş grubunda olduğu gözlenmiştir (Karaman ve ark. 2010). Ölüm yada intihar düşüncesinin ruh sağlığı bakımı için başvuran 12-30 yaş arası gençlerde sık olduğu, intihar düşüncesinin daha ciddi düzeylerde depresif bozukluğu olan veya hastalığının daha ileri evresinde olanlarda daha sık olduğu bulunmuştur (Scott ve ark. 2012).

Çalışmamızda intihar girişimleri evli kadınlarda %59.4 ve bekar erkeklerde ise %55.6 oranında görülmüştür. Şenol ve arkadaşlarının Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na intihar girişimi nedeniyle getirilen olgularla yaptıkları çalışmada benzeri bulgular elde edilmiştir (Şenol ve ark. 2005). Kastamonu ilinde intihar girişimlerinin psikososyal değerlendirmesinin yapıldığı bir çalışmada intihar nedenleri arasında kadınlarda en sık karşı cinsle ilişkili sorunlar, ikinci sırada iletişim sorunları, üçüncü sırada ise ailesel sorunların olduğu belirtilmiştir (Şevik ve Özcan 2012). Doğan ve ark. (1990) ülkemizde evlilik sorunlarının süregelenleşme eğilimi gösterdiğini, evliliğin batılı ülkelere oranla daha sınırlayıcı olması nedeniyle evlilerde de (daha çok evli kadınlarda) yüksek intihar oranlarının saptandığını, intihar girişim nedenleri araştırıldığında kadınlarda "aile ve evlilik sorunları"nın bazı araştırmalarda ilk sırayı

almasının da bunu destekleyen bir bulgu olduğunu belirtmişlerdir. Yine ülkemizde Sivas il merkezinde yapılan başka bir çalışmada intihar davranışının istemeden yapılan evliliklerde, isteyerek yapılan evliliklere göre daha fazla olduğu, evlilik süresinin artmasıyla birlikte, hem intihar davranışının, hem de intihar düşüncesinin anlamlı şekilde azaldığı tespit edilmiştir (Polatöz ve ark. 2011).

Çalışmamızda bekar, evli, dul veya boşanmış olan olgular karşılaştırıldığında bekârlarda ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha erkenken, dul ve boşanmış olanlarda daha geç başlamıştır. Hastaneye yatış sayısı açısından değerlendirildiğinde dullarda yatış oranı daha yüksekti. Çalışmamızda saptadığımız dul ve boşanmış olanlarda ruhsal hastalık başlangıç yaşının daha geç olmasına dair bulgu, boşanmanın ve dul olmanın getirdiği stresin zaman içinde artmasıyla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Demirel Özsoy ve Eşel (2003), birey için önemli olan kişilerle ilişki sorunlarının, intihara neden olan durumların başında geldiğini, eşle yaşanan kavgaların en sık rastlanılanlardan olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda olguların %52'si evliydi ve %68'inde çekirdek aile yapısı vardı. %66'sı yörenin yerlisiydi. Şenol ve ark. (2005) yaptıkları bir çalışmada intihar girişimiyle acil servise başvuran olguların %54.4'ünün bekar olduğunu, %82'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğunu bulmuşlardır. Çekirdek aile üyelerinde intihar girişimlerinin sık görülmesinin bir nedeni olarak, bu aile yapısında görülen destek sistemlerinin geleneksel ailelerde görülen destek sistemlerine göre yetersiz kalmasını ileri sürmüşlerdir. Yazarlara göre geleneksel aile yapısında aile içi destek sistemleri çok güçlüdür; zorluklarla baş etmede yetersizlik ve sonucunda intihar girişimi sık olmayacaktır (Şenol ve ark. 2005). Yine başka bir çalışmada; sosyal desteğin yaşam boyu intihar girişimi olasılığında azalmayla ilişkili olduğu, bu nedenle dünya çapında mevcut intiharı önleme programlarını geliştirmede kullanılabilir bir faktör olduğu ileri sürülmektedir (Kleiman ve Liu 2013).

Çalışmamızda meslek grubu olarak en fazla intihar oranı ev hanımlarında (%42), işsizlerde (%18) ve öğrencilerde (%18) görülmektedir. Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharın artmakta olduğu, ekonominin iyi olduğu

dönemlerde ve savaş zamanlarında ise azalmakta olduğu belirtilmektedir (Kaplan ve ark. 1994). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12'si, erkeklerin ise %20'si işsizdir (Schmidtke ve ark. 1996). Türkiye'de intihar girişimlerinin ekonomik olarak etkisiz olan ev hanımı, öğrenci gibi gruplarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Sayıl ve ark. 1993, Çayköylü ve ark. 1997, Sayıl ve ark. 1998). Bu veriler çalışmamızdaki verilerle uyumludur.

Eğitim düzeyi ilkökul ve altı olanlar olgularımızın %54'ünü oluştururken, ortaokul ve üstü olanların oranı %46 idi. Avrupa'da intihar girişimlerinin büyük çoğunluğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir (Schmidtke ve ark. 1996). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi düşük grup çoğunlukta idi. Eğitim düzeyinin düşük olması, kişinin sorun çözme becerilerinin yetersiz olmasına yol açarak intihar eğilimini artırmış olabilir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarısından fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte iken, kadınların %5'i, erkeklerin ise %10'u üst sosyal sınıftan gelmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal bakımdan istikrarsızlık ve yoksulluk genel topluma oranla daha sıktır (Schmidtke ve ark. 1996). Bizim çalışmamızda da benzer olarak olguların %54'ü düşük gelirli, %38'i orta derecede sosyoekonomik düzeye sahip olup, olguların %58'inin evleri kendisine ait değildi.

Erkeklerin intihar etmek amacıyla kullandıkları yöntemlerin kadınlara göre daha acımasız ve saldırgan olduğu bildirilmektedir (Eskin 2003, Bile-Brahe 1999). Kadınlar daha çok psikotropik ilaçlar ya da başka zehirlerle intihar etmektedirler. İntihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem hem ülkemizde hem de dünyamızda ve her iki cinsiyette ilaç ve zehir içmedir (Schmidtke ve ark. 1996, Sayıl ve ark. 1993, Çayköylü ve ark. 1997, Sayıl ve ark. 1998, Sağınç ve ark. 2000, Ateşçi ve ark. 2002). Çalışmamızda her iki cinste intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemler arasında aşırı dozda ilaç alımı ilk sıradaydı. Kadınların %84.4'ü, erkeklerin %77.8'i, tüm olguların %82'si aşırı dozda ilaç alımı ile intihar girişiminde bulunmuşlardı. Şevik ve ark.'nın (2012) yaptıkları çalışmada da intihar girişiminde bulunan bireylerin %79'u ilaç alarak intihar girişiminde bulunmuş olup çalışmamızdaki verilerle uyumludur. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda bizim bulgularımıza benzer şekilde

ilaç kötüye kullanımı ve aşırı doz ilaç alımları her iki cinste en önemli intihar araçları olduğu saptanmıştır (Şenol ve ark. 2005, Beautrais 2000, Atay ve ark. 2012).

Çalışmamızda şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunanlarda ruhsal hastalık başlangıç yaşı daha erken olup, 22.6 ± 9 idi. İsveç'te zorunlu askerliğe alınan genç erkeklerle yapılan bir çalışmada geç adolesan dönemde psikiyatrik tanı almanın 36 yıllık izlem sürecinde intihar ve intihar girişimlerinin yordayıcısı olduğu tespit edilmiş (Lundin ve ark. 2011) olmasına rağmen literatürde intihar etme yöntemi ile ruhsal hastalık başlangıç yaşı arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yalnızca ergenlerde intihar nitelikli olmayan kendine zarar verme ile psikopatoloji arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada her ikisi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Deliberto ve Nock 2008). Çalışmamızda şiddet içermeyen yöntemle intihar girişiminde bulunan bireylerde ruhsal hastalık başlangıç yaşı ergenlik dönemine denk düşmektedir. Hastalık başlangıcı erken olanlarda intihar girişimlerinin ilaç içme gibi yöntemlerden oluşması intihar girişiminin ölme amaçlı olmaktan ziyade dikkat çekme ve bir yardım çağrısı niteliği taşıma özelliği ile ilişkili olabilir. Bu evrede oluşan intihar girişimi örüntüsü erişkin dönemde de devam edebilir.

Kadının kendini öldürmeyi erkeklerden daha fazla düşünüp, bunun için girişimde bulunması, ama erkeğin daha fazla kendini gerçekten öldürmesinin nedenleri değişik olabilir (Eskin 2003). Kültürden kültüre değişmekle birlikte, kadınlar genellikle ilaç ve kimyasal maddeleri, erkekler ise ateşli silahları ve asıyı tercih etmektedirler (Bekaroğlu 1998, Demirel Özsoy ve Eşel 2003). Erkekler daha etkin kadınlarsa daha edilgendir. Kadın ve erkek intihar davranışları da bu toplumsal kalıp davranışlara (stereotipi) uymaktadır (Eskin 2003). Çalışmamızda olguların %90'ı şiddet içermeyen yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştu. Bu durum kadınların sayısının daha fazla olmasından ve kadınların şiddet içermeyen yöntemleri daha çok tercih etmesinden kaynaklanabilir. Bunun yanında ülkemizde yapılan çalışmalarda intihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntemin yüksek doz ilaç alımı olduğu belirtilmiştir (Sayıl ve ark. 1993, Çayköylü ve ark. 1997, Sayıl ve ark. 1998). Bu

sonuçlar elde ettiğimiz verilerle uyumludur.

Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (Kaplan ve ark. 1994). İntihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ı girişimlerini yinelemekte ve %12-25'i ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirmektedirler (Schmidtke ve ark. 1996, Bile-Brahe ve Jessen 1994). Çalışmamızdaki olguların öykülerindeki intihar girişimi sayıları 2.37 ± 1.62 olup bu değer kaynaklarla uyumluydu.

Isparta il merkezinde intihar girişimi ve risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin tamamı, girişim öncesinde bir stres faktörünün var olduğunu bildirmiş olup en sık belirtilen sorunun aile ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Atay ve ark. 2012). Bizim çalışmamızda da benzer olarak olguların %54'ü intihar girişiminden 3 ay öncesinde psikososyal stresör etkenleri olduğunu ve bunun en sık ailevi sorunlarla (%55.5) ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Olguların %68'i intihar girişiminden önceki 24 saat içinde yaşadıkları tartışma, üzüntü verici bir olay ya da kriz sonrası intihar girişiminde bulduklarını, %50'si üzüntü veren bu tartışmanın ailevi sorunlarla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Ülkemizin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada intihar girişiminden bir hafta öncesine kadar kadınların %71.8'inin, erkeklerin %15.2'sinin aileleriyle bir sorun yaşadığı, kadınlarda erkeklere göre sosyal desteğin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Yaşan ve ark. 2008). Ülkemizde intihar nedenleri içinde ilk üç sırada hastalık (%31.6), aile içi geçimsizlik (%30) ve geçim zorluğu (%13.3) bildirilmektedir (Sayıl 1995, DİE 2000). Olguların %68'i intihar girişiminden önceki 24 saat içinde yaşadıkları bir tartışma, üzüntü verici akut bir kriz olduğunu ve %58'i bir anlık kararla intihar girişiminde bulduklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda intihar girişiminden hemen önce psikososyal stres etkenlerinin olması kadınlarda erkeklere göre daha fazla olup kadınların %78'inde psikososyal stres etkeni mevcuttu. Bu durum, çalışmamıza katılan kadınların sorun çözme becerilerinin yetersiz olması, sorunları çözmede kendilerini yeterince ifade edememeleri ve çözemedikleri sorunları için iletişim dili olarak intihar girişimini kullanmalarıyla açık-

lanabilir. Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin sorun çözme becerilerinin düşük olduğu, aile desteğinin yetersiz olduğu belirtilmiş, koruyucu yaklaşımlar arasında aile desteğinin sağlanması ve sosyal iletişim yöntemlerinin geliştirilmesi önerilmiştir (Şevik ve Özcan 2012). İntihar girişiminde bulunan gençlerle yapılan bir çalışmada özellikle problem çözümüne yönelik olan pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif baş etme, şakaya vurma başa çıkma tutumlarını daha az kullandıkları belirtilmiştir (Fidan ve ark. 2011). Bulgular sorun çözme becerisi düzeylerinin intihar davranışının önemli bir yordayıcısı olabileceğine işaret etmektedir. Sorun çözme terapisinin intihar davranışı sergileyen hastaların sağaltımında kullanılabilir önemli bir yaklaşım olabileceğine işaret etmektedir (Eskin ve ark. 2006).

İntihar girişiminde önemli risk faktörlerinden biri de tanı konulabilir psikiyatrik hastalıkların varlığıdır. İntihar girişimlerinde bu oranın %90'lara ulaştığı öne sürülmektedir (Alec 2000). Benzer olarak çalışmamızda intihar girişiminde bulunanlarda psikiyatrik bozukluk yaygınlığı %80 bulunmuş, intihar girişimi sonrası yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu %36'lık bir oranla ilk sırada uyum bozukluğu, %32'lik bir oranla depresyon ikinci sırada tespit edilmiştir. İntihar girişiminde bulunmuş 100 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada bu kişilerin %70'inde depresyon, %15'inde alkolizm, %3'ünde şizofreni ve %5'inde diğer bozukluklar saptanmıştır (Pfeiffer ve ark. 1991). Ateşçi ve arkadaşları depresif bozuklukları %46.6 oranında; major depresif bozukluğu ilk, distimiyi ikinci sırada bildirmişlerdir (Shafii ve ark. 1985).

İsveç'te 1987-2011 yılları arasında suisid nedeniyle hayatını kaybetmiş 46909 bireyin kayıtları incelenmiş, intihar eden kadınların yaklaşık %30'u, erkeklerin %20'den az bir oranı intihar öncesindeki son yılında hastanede yatarak tedavi almışlardı (Björkenstam ve ark. 2014). Türkiye Psikiyatri Derneğinin 10 Eylül intiharı önleme günüyle ilgili basın açıklamasında intiharların %90'ında bir psikiyatrik tanı varlığı gösterilmiş olmasına rağmen, beklenenin aksine bu kişilerin yalnız dörtte birinin ölümleri öncesinde bir sağlık kuruluşuna başvurdukları belirtilmiştir (Yılmaz ve Yeşilbursa 2010). Bizim çalışmamızdaki veriler de bu açıklamayla

uyumludur. Çalışmamızda olguların %24'ü intihar girişimi öncesi ruh sağlığı uzmanına göründüklerini, %30'u girişim öncesi ruhsal hastalıkları olduğunu, girişim öncesi ruhsal hastalıkları olanların %53'ü depresyon tanısı aldıklarını, %60'ı ruhsal hastalık için tedavi gördüklerini, en fazla alınan tedavinin ise antidepresan tedavi olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada niyeti belirlenemeyen olarak sınıflandırılan intihar ve ölümlerin yaklaşık %50'sinin son altı aylarında psikotrop yazılı reçetelerinin olduğu tespit edilmiştir (Björkenstam ve ark. 2014).

Sonuç olarak,

Ülkemizde yaşanan sosyal ve ekonomik değişimlerle birlikte intihar davranışının giderek artacağı, zamanla ciddi bir halk sağlığı sorunu olacağı öngörülebilir. Çalışmamızda kadınlarda, ev hanımlarında, evli kadınlarda, bekâr erkeklerde, işsizlerde intihar girişimlerinin daha fazla olduğu, ruhsal bozuklukların varlığıyla, özellikle uyum bozukluğu, depresif bozukluklar ile intihar girişimi arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Tüm dünyada giderek önemi artan ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan intiharlarla ilgili yapılan bu çalışma; intihar girişimlerini önleme açısından psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi, intihar girişimi ile ilişkili klinik ve sosyodemografik özelliklerin dikkate alınması gerekliliğinin altını çizmiştir. İntiharların daha çok psikososyal stres etkenlerine bağlı olarak ortaya çıkması krize müdahalenin önemini artırmakta ve krize müdahale ve intiharı önleme merkezlerinin gerekliliğini göstermektedir. İntihar eden kişi, bu eylemiyle çevresindekilere yardım çağrısında bulunmaktadır. Bu tür merkezlerin sayısının artırılması intihar girişimlerinin önlenmesine yardımcı olabilir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisi kadar, insanları bu davranış biçimine yönelten sosyal ve ekonomik koşulların düzeltilmesi de aynı düzeyde önemlidir. Bu da koruyucu ve önleyici yaklaşımları içeren kapsamlı ve çok disiplinli projelere gereksinim olduğunu göstermektedir.

Yazışma adresi: Dr.Hayriye Dilek Yalvaç, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, hdyalvac@hotmail.com

KAYNAKLAR

- Alec R (2000) Psychiatric Emergencies. Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, 2. Cilt, BJ Sadock, VA Sadock (Ed), Philadelphia, Williams & Wilkins, s.2031-2040.
- Atay İM, Eren İ, Gündoğar D (2012) Isparta il merkezinde intihar girişimi, ölüm düşünceleri yaygınlığı ve risk faktörleri. *Türk Psikiyatri Derg.* 23:89-98.
- Atay İM, Yaman GB, Demirdağ A ve ark. (2014) Bir Üniversite hastanesi acil servisinde intihar girişimi olgularının sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 15:124-131.
- Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E ve ark. (2002) İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5:22-27.
- Balseven Odabaşı A, Türkmen N, Fedakar R ve ark. (2009) The characteristics of suicidal cases regarding the gender. *Türk J Med Sci*, 39:917-922.
- Batıgün AD (2008) İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23: 65-75.
- Beautrais AL, Joyce PR ve Mulder RT (1999) Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide Life Threat Behav*, 29: 37-47.
- Beautrais AL (2000) Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*, 34:420-436.
- Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.
- Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56:893-897.
- Beck AT, Lester D, Weisman A ve ark. (1974) The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychology*, 42:861-865.
- Bekaroğlu M (1998) Birinci Basamak İçin Acil Psikiyatri. İstanbul, Uniform Matbaası.
- Bille-Brahe U, Jessen G (1994) Repeated suicidal behavior: a two-year follow-up. *Crisis*, 15:77-82.
- Bille-Brahe U (1999) WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures. Second Edition, Copenhagen, World Health Organisation.
- Björkenstam C, Johansson LA, Nordström P ve ark. (2014) Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification. *Popul Health Metr*, 12:11.
- Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ ve ark. (1997) Özkiyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*, 5:37-42.
- Dedic G (2014) Gender differences in suicide in Serbia within the period 2006-2010. *Vojnosanit Pregl*, 71:265-70.
- Deliberto TL, Nock MK (2008) An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res*, 12:219-231.
- Demirel Özsoy S, Eşel E (2003) İntihar (Özkiyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:175-185.
- DİE İntihar istatistikleri (2000) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları, Ankara.
- Doğan O, Özbek H (1990) Özkiyım girişimi nedeniyle yatırılan hastaların bazı özellikleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İzmir, s.189-196.
- Durak A (1994) Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9:1-11.
- Eskin M (2003) İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Birinci basım, Ankara, Çizgi Tıp yayınevi, s.133-222.
- Eskin M, Akoğlu A, Uygur B (2006) Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg.* 17:266-275.
- Fidan T, Ceyhun H, Kırkpınar İ (2011) İntihar girişimi olan ve olmayan gençlerin başa çıkma tutumları ve aile işlevselliği açısından değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48:195-200.
- Hawton K (2000) Sex and suicide. *Br J Psychiatry*, 177:484-485.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:3-13.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) Synopsis of Psychiatry, 7. Baskı. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Karaman L, Derinöz Kılıçaslan O, Bildik F ve ark. (2010) Can sıkıcı üfleme: intihar, ergenlik dönemi, ilaçlar. *Kriz Dergisi*, 18:19-25.
- Kleiman EM, Liu RT (2013) Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*, 150:540-545.
- Lundin A, Lundberg I, Allebeck P ve ark. (2011) Psychiatric diagnosis in late adolescence and long-term risk of suicide and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand*, 124:454-61.
- Mathers C, Fat DM, Boerma JT ve ark. (2008) The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Moscicki EK (1997) Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*, 20:499-517.
- Nayha S (1982) Autumn incidence of suicides re-examined: data from Finland by sex, age and occupation. *Br J Psychiatry*, 141:512-517.
- Nayha S (1983) The bi-seasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961-1976. *Acta Psychiatr Scand*, 67:32-42.
- Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW ve ark. (1991) Suicidal children grow up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 30:609-616.
- Polatöz Ö, Kuğu N, Doğan O ve ark. (2011) Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:13-23.
- Pritchard C (1997) Suicide- The ultimate rejection? A psychosocial study. Open University Press, Buckingham.

- Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G ve ark. (2000) Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1:83-88.
- Sayıl I (1995) İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemioloji*, O Doğan (Ed), İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, s.118-123.
- Sayıl I (2000) İntihar Davranışı. *Kriz ve Krize Müdahale*, I Sayıl, OE Berksun, R Palabıyıkoglu ve ark. (Ed), Ankara, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, no: 6, s.165-198.
- Sayıl I, Berksun OE, Oral AE ve ark. (1995) İntihar Girişimleri: Yardım Çağrısı. *Kriz Dergisi*, 3: 215-217.
- Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R ve ark. (1995) Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis* 19: 47-48.
- Sayıl I, Oral A, Güney S ve ark. (1993) Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1:56-61.
- Schmidtke A, Bile-Brahe U, De Leo D ve ark. (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93:327-338.
- Scott EM, Hermens DF, Naismith SL ve ark. (2012) Thoughts of death or suicidal ideation are common in young people aged 12 to 30 years presenting for mental health care. *BMC Psychiatry*, 12:234. doi: 10.1186/1471-244X-12-234.
- Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR ve ark. (1985) Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 142:1061-1064.
- Şenol V, Ünal D, Avşaroğulları L ve ark. (2005) İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:19-29.
- Şevik AE, Özcan H (2012) Kastamonu ilinde intihar girişimlerinin psikososyal değerlendirmesi: krizi önleme ve müdahale yöntemleri nasıl olmalı? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15:153-165.
- Şevik AE, Özcan H, Uysal E (2012) İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15:218-225.
- Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. İntihar İstatistikleri (2012) Sayı: 15853 20 Haziran 2013. www.tuik.gov.tr
- Ulusoy M, Şahin N, Erkman H (1998) Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric Properties. *J Cognitive Psychotherapy*, Int Quaterly, 12:28-35.
- WHO. Suicide prevention (SUPRE). Available from: <http://www.who.int/2010>
- Yalvaç M (1998) Toplumsal bir olgu olarak intiharın sosyolojik değerlendirmesi, Malatya Örneği 1984 - 1994. 7. Anadolu Psikiyatri Günleri, Cinsiyet ve Psikiyatri, s:278-291.
- Yaşan A, Danış R, Eşsizoglu A ve ark. (2008) İntihar Girişiminde Bulunanlarda Demografik Özellikler, Yaşam Olayları ve Sosyal Desteğin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 10:1-8.
- Yılmaz T, Yeşilbursa D (2010) Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Açıklaması: 10 Eylül intiharı önleme günü. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Cilt 13, sayı 2, s:62.
- Yılmaz T, Alkın T (2012) TPD Basın açıklaması: 10 Eylül intiharı önleme günü. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Cilt 15, sayı 2, s:19.
- Zhang J (2014). The Gender Ratio of Chinese Suicide Rates: An Explanation in Confucianism. *Sex Roles*, 70::146-154.