

Isparta İl Merkezinde İntihar Girişimi, Ölüm Düşünceleri Yaygınlığı ve Risk Faktörleri



Dr. İnci Meltem ATAY¹, Dr. İbrahim EREN², Dr. Duru GÜNDOĞAR¹

ÖZET

Amaç: İntihar, intihar düşüncesinin başlangıcından intihar planına ve sonuç olarak intihar girişimine uzanan karmaşık bir süreçtir. Bu çalışmada Isparta il merkezinde, ölüm düşünceleri, intihar girişimi yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri araştırılmıştır.

Yöntem: Isparta il merkezi nüfusunu temsil eden 18-65 yaş gruplarındaki 600 katılımcı, tabakalı basit rasgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Deneklere ölüm düşünceleri ve intihar girişimleriyle ilgili deneyimleri ve sosyodemografik değişkenleri içeren anket formu ve SCID- klinik versiyonu uygulanmıştır.

Bulgular: Yaşam boyu intihar girişimlerinin ve ölüm düşüncelerinin yaygınlığı sırasıyla %4,3 ve %27,5 olup, gençlerde ve kadınlarda ölüm düşünceleri ve intihar girişimlerinin daha sık olduğu belirlenmiştir. Tüm intiharı girişimlerinden önce bir stres faktörü tanımlanmıştır. Çocuk sahibi olmanın intihar girişimi ve ölüm düşünceleri hızlarını azalttığı bulunmuştur. Ailede intihar girişimi öyküsü varlığının ölüm düşünceleri ve intihar girişimini artırdığı belirlenmiştir. Major depresif bozukluk varlığında ölüm düşüncelerinin ve intihar girişimlerinin arttığı saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğunun intihar girişiminde bulunanlarda anlamlı olarak daha sık olduğu bulunmuştur. Panik bozukluk ve özgül fobinin ise ölüm düşünceleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu araştırmaya göre, ölüm düşünceleri ve intihar girişimlerinde ortak risk etkenleri mevcuttur. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimlerinin toplumda yaygınlığının tanımlanması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve ruhsal hastalıklarla ilişkilerinin değerlendirilmesi ile intihar davranışında yeni yaklaşımların geliştirilmesi mümkün olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ölüm düşüncesi, intihar girişimi, yaygınlık, risk etkeni

SUMMARY

The Prevalence of Death Ideation and Attempted Suicide and the Associated Risk Factors in Isparta, Turkey

Objective: Suicide is a complex process from the initiation of ideation to planning, and finally to an attempt. This study aimed to investigate the prevalence of death ideation, attempted suicide, and the associated risk factors in Isparta, Turkey.

Materials and Methods: The study included 600 participants aged 18-65 years representative of the population of central Isparta that were selected via the stratified simple randomized sampling method. The participants were administered a questionnaire for collecting demographic data, and the participant's experiences of death ideations and suicide attempts, and the clinical version of SCID were used.

Results: The lifetime prevalence of attempted suicide and death ideations was 4.3% and 27.5%, respectively. Death ideas and attempted suicide were both more prevalent among women and younger adults. All those that attempted suicide were exposed to a stress factor prior to the attempt. The rates of death ideation and attempted suicide were lower among the participants that had children. A family history of attempted suicide was associated with an increase in the frequency of death ideations and attempted suicide. Attempted suicide and death ideas were more common among those with major depressive disorder. Generalized anxiety disorder was observed significantly more frequently among those that had attempted suicide. Panic disorder and a specific phobia were also significantly associated with death ideation.

Conclusion: The present study's findings indicate that there were common risk factors for attempted suicide and death ideations in the study group. Determination of the prevalence of attempted suicide and death ideation in a population, identification of the associated risk factors and assessment of their relationship to mental disorders can facilitate a better understanding of suicidal behaviour.

Key Words: Death ideation, suicide attempt, prevalence, risk factor

Geliş Tarihi: 14.06.2011 - **Kabul Tarihi:** 21.10.2011

¹Yrd. Doç., ²Doç., Psikiyatri AD., Süleyman Demirel Üniv. Isparta. ³Doç., Psikiyatri Bl., Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya.

Dr. İnci Meltem Atay, e-posta: incimeltem@gmail.com

GİRİŞ

İntihar davranışı, bireyi, çevresini, toplumu ve sonraki nesilleri derinden etkileyen, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir arada etkin olduğu karmaşık bir davranış biçimidir. Dünya Sağlık Örgütü intihar eylemini, “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendisine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (Weis 1974). İntihar kısaca kişinin özbenliğine yönelmiş bir saldırganlık hali olarak tanımlanabilir. Bir düşünce, bir eğilim, ya da bir girişim olarak karşımıza çıkar (Sayıl 2000). Bu nedenle intihar davranışı intihar düşüncesi, intihar girişimi ve intihar olarak üç bileşeni içermektedir. İntihar düşüncesi, istemli olarak kendine zarar verme veya ölüm düşüncelerini içerirken, intihar girişimi istemli olarak kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanmaktadır. İntihar ise ölümle sonuçlanan intihar davranışı olarak nitelenmektedir (Adam 1985).

Yapılan toplum çalışmaları, intihar girişimlerinin yaşam boyu yaygınlığının 720- 5930/ 100.000 arasında değiştiği bildirilmektedir (Welch 2001). Ülkemizde ise intiharlar 1962'den beri Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından tüm yerleşim yerlerinde derlenmektedir. DİE verilerine göre ülkemizde 2000 yılında intihar ederek yaşamına son verenlerin sayısı 1802 (114'ü erkek, 688'i kadın) olup ortalama intihar hızı yüz binde 2.76 olarak bildirilmiştir (DİE 2000).

Psikolojik otopsi çalışmalarında tamamlanmış intiharların çoğunun kişinin ilk girişiminde gerçekleştiği belirtilmektedir (Suominen ve ark. 2004, Cavanagh ve ark. 2003). Bu nedenle yaşam boyu yaygınlığı %10-14 olarak bildirilen ve tamamlanmış intiharlarla ilişkili bulunan intihar düşüncelerinin ortaya konması önem kazanmaktadır (Kessler ve ark. 1999, Neeleman ve ark. 2004, Casey ve ark. 2006). Literatürde ölüm düşünceleri ve intihar niyeti genellikle bir arada intihar düşüncesi olarak değerlendirilmektedir. Ancak intihar düşüncelerinin kapsamının değişkenliği ve yöntemsel değişkenler, çalışmalar arasında farklılıkların doğmasına neden olmaktadır (Kessler ve ark. 1999, Bebbington ve ark. 2010). Bu anlamda ölüm düşüncelerinin bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiği öne sürülmektedir. Bebbington ve arkadaşlarının (2010) gerçekleştirdikleri çalışmada bu doğrultuda daha yaygın görülen ölüm düşüncelerinin daha az ölüm niyeti taşıdığı öne sürülmüş ve buna göre hayat yaşamaya değmez düşüncesinin en yaygın düşünce olduğu belirlenmiştir.

İntihar ve intihar girişimlerinin dağılımında etkili birçok risk faktörü belirlenmeye çalışılmıştır. Yaş açısından bakıldığında tamamlanmış intiharların Avrupa ülkeleri ve Amerika'da en çok 65 yaş üzerinde gerçekleştiği, Türkiye'de ise hem intihar girişimlerinin hem de tamamlanmış intiharların en sık görüldüğü yaş grubunun 15-24 ve 25-34 yaşlar olduğu bildirilmiştir (Koçal ve ark. 1994, Sayıl ve ark. 1998, Sayıl ve Devrimci Özgüven 2002). Cinsiyet açısından bakıldığında, kadınların erkeklere göre daha sık intihar girişiminde buldukları,

tamamlanmış intihar hızının ise erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Schmidtke ve ark. 1996, Sayıl ve Devrimci Özgüven 2002). Ülkemizde, Yasan ve arkadaşlarının (2008) kadınlarda yüksek intihar hızlarını değerlendirdikleri 1 yıllık izlem çalışmasında, kadınlarda erkeklere göre girişim öncesinde sıklıkla stres faktörü varlığı, düşük eğitim düzeyleri, işsizlik ve aile içi şiddete maruz kalmanın, girişimi artıran faktörler olabileceği bildirilmiştir. Bekâr veya boşanmış olmak, (Kessler ve ark. 1999, Lee ve ark. 2010), sosyoekonomik yoksunluk, düşük eğitim düzeyi (Schmidtke ve ark. 1996), bedensel bir hastalık varlığı (Stenager ve Stenager 2000), daha önce intihar girişimi öyküsü (Dieserud ve ark. 2000, Hjelmeland ve Bjerke 1996), kendini yaralama davranışı (Hawton ve ark. 2003, Owens ve ark. 2005) önde gelen risk faktörlerindedir.

Acil servislerde yapılan geriye dönük bir çalışmada, tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemin yüzde 41 ile ası olduğu, bunu yüzde 21 ile yüksekten atlamanın izlediği bildirilmiştir. İntihar girişimlerinde ise ilaçlar yüzde 54 ile en sık yöntemdir. Yasal olmayan maddelerle (% 17) zehirlenmenin öne çıktığı da belirtilmiştir (Pajonk ve ark. 2002).

Tamamlanmış intihar olgularının %90'ından fazlasında o anda bir ruhsal hastalığın varlığı tanımlanmıştır. İntihar girişiminde de en sık bildirilen tanı duyugudurum bozuklukları özellikle de depresyondur (Welch 2001). Bununla beraber alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, sınır (borderline) ve antisosyal kişilik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları da intiharla ilişkili risk faktörleri olarak tanımlanmışlardır (Işık 2003, Lee ve ark. 2010). Ülkemizde acil servise başvuran intihar girişiminde bulunan bireylerin dörtte üçünde psikiyatrik bir bozukluğun bulunduğu, bunların %28,5'inin major depresif bozukluk ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (Ozdel ve ark. 2009).

İntihar davranışının oluşumunda çok sayıda etmen söz konusudur. Bireyin intihar davranışına yöneliminde, hem ruhsal bozuklukların hem de sosyodemografik faktörlerle ilişkilerinin değerlendirilmesi, intihar davranışını anlama ve engelleme açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada ölüm düşünceleri, intihar ve ilişkili olabilecek çeşitli sosyodemografik etmenlerle, ilgili epidemiyolojik verilerin ortaya konması amaçlanmaktadır. Çalışmanın başlıca özelliği, bir ruh sağlığı alan taraması olmasıdır. Örneklemin sosyodemografik özellikleri, ruh sağlığı hastalıkları ile ölüm düşünceleri ve intihar davranışı arasındaki ilişkiler kesitsel olarak araştırılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın evrenini, DİE'nden alınan bilgiler doğrultusunda Isparta Merkez nüfusunu temsil edebilir bir örneklem genişliği olarak belirlenen 18-65 yaş grubundan 600 birey oluşturulmuştur. Tabakalı basit rasgele örneklem seçimi yöntemi uygulanmıştır. Bu doğrultuda değerlendirilen 685 bireyden

şiddetli bilişsel yetersizliği, ajitasyonu ya da şiddetli psikotik semptomu olan 7 kişi ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 78 kişi çalışmaya alınmayarak, 600 birey araştırmaya dâhil edilmiştir. Verileri toplama işlemi dört ayda tamamlanmıştır. Isparta merkez nüfusuna kayıtlı sağlık ocağı bölgeleri, Isparta İl Sağlık Müdürlüğü tarafından öğrenim durumu, medeni durum, içilen suyun çeşidi, kullanılan tuvalet tipi ve kullanılan ısınma aracı ölçütlerinin değerlendirilmesi sonucunda 3 gruba ayrılmıştır. Buna göre Isparta il nüfusunun %14'dü düşük sosyoekonomik düzey olarak tanımlanan 1. grupta (yükseköğrenim düzeyinde olanlar %30'un altında, tuvalet tipi olarak kanalizasyonun yanında tek çukurlu tuvalet tipi kullanımı, ısınma aracı olarak kömür ve odun kullanımı mevcut), %59,7'si orta sosyoekonomik düzey olarak tanımlanan 2. grupta (yükseköğrenim düzeyinde olanlar %30-50 oranlarında, tuvalet tipi olarak kanalizasyon, ısınma aracı olarak çoğunlukla kömür kullanımı) ve %26,3'ü yüksek sosyoekonomik düzey olarak tanımlanan 3. grupta (yükseköğrenim düzeyinde olanlar %50'nin üzerinde, tuvalet tipi olarak kanalizasyon, ısınma aracı olarak çoğunlukla kömür ve petrol ürünleri kullanımı) yer almaktadır. Bu duruma paralel olarak çalışmamızın örneklemini oluşturan 600 bireyin 84'ü (%14) 1. gruptan, 358'i (%59,7) 2. gruptan, 158'i (%26,3) 3. gruptan alınarak tabakalı basit rasgele örnekleme yapılmıştır. Belirlenen mahallelerde, her sokak başından başlanmak suretiyle birer ev atlanarak adresler tek tek ziyaret edilmiştir. Çok sayıda dairesi bulunan apartmanlarda da birer daire atlanmak suretiyle çalışma yürütülmüştür. Koşullar uygunsa, her bireyle ayrı bir odada görüşmeye özen gösterilmiştir. Görüşmeler araştırmacılar tarafından 40-90 dakika arasında değişen sürelerde gerçekleştirilmiştir.

Kullanılan Anket Formu ve Tanı Araçları

Çalışmaya katılanların cinsiyeti, yaşı, mesleği, medeni durumu, eğitim düzeyi, ailenin nüfusu, en uzun süre yaşadığı yer, ailenin ekonomik düzeyi, travma öyküsü, eşlik eden tıbbi bir hastalık öyküsü, sigara, alkol veya herhangi bir madde kullanım bozukluğu öyküsü, ailede ruhsal veya tıbbi hastalık öyküsü ile ilgili bilgiler hazırlanan standart anket formuyla elde edilmiştir. Ayrıca bu form, ölüm düşünceleri, intihar planı ve girişi ile ilgili yaşamının herhangi bir dönemindeki öyküyü, o dönemdeki zorlayıcı yaşam olaylarını, ailede intihar girişi öyküsünü de içermektedir. Deneklerde yaşamları boyunca ölüm düşüncelerinin varlığı, basitten ciddi niyete doğru "Hayat yaşamaya değmez düşüncesi", "Keşke ölsem düşüncesi" ve "Hayatına son verme düşüncesi" şeklinde sorgulanmıştır.

Çalışmada First ve arkadaşları tarafından (1997) DSM-IV tanı ölçütlerine göre Eksen I bozukluklarının tanısı için yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi olarak geliştirilmiş SCID I-klinik versiyonu (SCID-CV) kullanılmıştır. SCID-I, Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından (1999) Türkçeye çevrilmiş, uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

İstatistiksel Analizler

Çalışmanın istatistiksel analizinde Windows için SPSS 11. 0 paket programı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak "p" değerinin 0,05'in altında olması kabul edilmiştir. Gruplar arasındaki kesitsel değişkenler ki-kare testi, parametrik değişkenlerin ortalaması ise Student-t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölüm düşünceleri ve intihar girişiminde yordayıcı değere sahip olan değişkenlerin belirlenmesi için basamaklı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 18- 65 yaş aralığında 600 birey dahil edilmiş olup, örneklemin %56'sını (n=336) kadınlar, %44'ünü (n=264) erkekler oluşturmuştur. Bireylerin eğitim düzeyleri dağılımları %3,5 (n=21) okuryazar değil, %2,3 (n=14) okuryazar, %46,2 (n=277) ilkokul mezunu, %10,3 (n=62) ortaokul mezunu, %20,3 (n=122) lise mezunu, %4,5 (n=27) üniversite öğrencisi, %12,8 (n=77) üniversite mezunu şeklindedir. Yaş gruplarına göre bireylerin %14,8'i 18- 24 (n=89), %22,8'i 25- 34 (n=137), %20,7'si (n=124) 35- 44, %22,8'i 45- 54 yaş (n=137) ve %18,8'i 55- 65 yaş grubu (n=113) içinde yer almıştır. Sosyoekonomik açıdan bireylerin %14'ü düşük (n=84), %59,72'si (n=358) orta ve %26,3'ü (n=158) yüksek sosyoekonomik grupta bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan 600 bireyin %27,5'inin (n=165) yaşamları boyunca en az bir kez hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olduğu belirlenmiştir. Tablo 1, 2, 3 ve 4'te görüldüğü üzere ölüm düşünceleri ve intihar girişiminin, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşamları boyunca en az bir kez intihar planı bulunan 14 birey arasında ise cinsiyetle ilgili fark anlamlı bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, tüm ölüm düşüncelerinin 18- 24 (n=31) ve 25- 34 yaş grupları (n=46) arasında yoğunlaştığı saptanmış, ancak yaş grupları arasında hayat yaşamaya değmez düşüncesi dışında anlamlı fark bulunmamıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin %5,6'sı (n=5) 18-24 yaş grubunda, %8,0'ı (n=11) 25- 34 yaş grubunda, %4,8'i (n=6) 35-44 yaş grubunda, %2,2'si (n=3) 45-54 yaş grubunda, %0,9'u (n=1) da 55-65 yaş grupları arasında yer almıştır (p<0,05).

Medeni durum açısından incelendiğinde, bekâr (n=84), evli (n= 473), dul (n=31) veya boşanmış (n=12) olan bireyler arasında ölüm düşünceleri ve intihar girişi ile ilişkili anlamlı fark bulunmamıştır. Yalnız yaşayanlar (n=18), arkadaşı ile yaşayanlar (n=9), çekirdek aile (n=516) ve geniş ailede (n=57) yaşayan bireyler arasında da ölüm düşüncesi ve intihar girişi ile ilişkili fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur. Ancak meslek grubu olarak en büyük grubu oluşturan ev hanımlarının (n=260) %34,2'sinde (n=89) hayat yaşamaya değmez düşüncesi saptanmış olup, bu

TABLO 1. Hayat Yaşamaya Değmez Düşüncesine Sahip Bireylerde Sosyodemografik Özellikler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre İlişkili Risk Faktörleri.

	Olgu n (%)	Hayat yaşamaya değmez düşüncesi n (%)		OR (%95 CI)
Cinsiyet				
Kadın	336 (%56,0)	118 (%35, 1)	$x^2= 22, 23$ $p= 0,000$	1
Erkek	264 (%44,0)	47 (%17, 8)		0,4971 (0, 3103- 0, 7962)
Medeni durum				
Bekâr	84 (%14,0)	29 (%34, 5)		1
İmam nikâhlı	5 (%0,8)	3 (%60, 0)		3, 1251 (0, 3461- 28, 219)
Resmi nikâhlı	468 (%78,0)	118 (%25, 2)		0, 2924 (0, 0944- 0, 9056)
Boşanmış	12 (%2,0)	7 (%58, 3)	$x^2= 3,16$	0, 5879 (0, 1125- 3, 0725)
Dul	31 (%5,2)	8 (%25, 8)	$p= 0,206$	0, 1901 (0, 0431- 0, 8387)
Çocuk sayısı				
0	113 (%18,8)	7(%6,2)		1
1	96 (%16,0)	2(%2,1)		2,3102 (0,7680- 6,9495)
2	193(%32,2)	10(%5,2)		1,8013 (0,6243- 5,1968)
3	126 (%21,0)	6(%4,8)	$t=2,05$	0,8441 (0,2680- 2,6585)
4	72 (%12,0)	2(%2,8)	$p=0,041$	1,1877 (0,3549- 3,9743)
Ailede intihar girişimi öyküsü				
Yok	561 (%93,5)	146(%26,0)	$x^2=9,42$	1
Var	39 (%6,5)	19(%48,7)	$p= 0, 002$	3,0048 (1,4227- 6,3462)
Eşlik eden tıbbi hastalık				
Yok	211 (%35,2)	96(%24,7)	$x^2= 4,42$	1
Var	389 (%64,8)	69(%32,7)	$p= 0, 036$	1,6781 (1,0282- 2,7388)
İş memnuniyeti				
Memnun değil	147 (%24,5)	51(%34,7)	$x^2= 5, 05$	1
Memnun	453 (%75,5)	114(%25,2)	$p= 0, 025$	0,7999 (0,4946- 1,2938)
Major depresif bozukluk				
Yok	378 (%63,0)	62 (%16,4)	$x^2=63,11$	1
Var	222 (%37,0)	103 (%16,4)	$p= 0, 000$	7, 0059 (3,7615- 13,0487)
Major depresif bozukluk tipi				
Tek epizod	145 (%24,2)	61 (%42,1)	$x^2= 67,04$	1
Yineleyici	77 (%12,8)	42 (%54,5)	$p=0,000$	0,5977 (0,3222- 1,1087)
Bipolar I				
Yok	598 (%99,7)	163 (%27,3)	$x^2=5,29$	1
Var	2 (%0,3)	2 (%100)	$p =0,021$	9480,9052(0,000- 1,102E+26)
Bipolar II				
Yok	597 (%99,5)	162 (%27,1)	$x^2 = 7,95$	1
Var	3 (%0,5)	3 (%100,0)	$p= 0,005$	8543,1150(0,000- 4,469E+20)
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu				
Yok	592 (%98,7)	160 (%27,0)	$x^2= 4,98$	1
Var	8 (% 1,3)	5 (%62,5)	$p= 0,026$	13,3953 (1,3255- 135,3758)
Agorofobili panik bozukluk				
Yok	590 (%98,3)	157 (%26,6)	$x^2 = 14,64$	1
Var	10 (%1,7)	8 (%80,0)	$p= 0,000$	7,4325 (1,20002- 46,0266)
Obsesif kompulsif bozukluk				
Yok	570 (%95,0)	156 (%27,4)	$x^2 = 0,10$	1
Var	30 (%5,0)	9 (%30,0)	$p= 0,753$	0,4168 (0,1589- 1,0936)
Özgül fobi				
Yok	552 (%92,0)	145 (%26,3)	$x^2 = 5,25$	1
Var	48 (%8,0)	20 (%41,7)	$p= 0,022$	2,0601 (0,9997- 4,2451)
Uyum bozukluğu				
Yok	567 (%94,5)	154 (%27,2)	$x^2 = 0,60$	1
Var	33 (%5,5)	11 (%33,3)	$p= 0,440$	2,5202 (1,0729- 5,9196)

$x^2=$ Ki- kare testi, $t=$ Bağımsız Student-t testi

OR= Odds oranı, CI= Güven aralığı

TABLO 2. Keşke Ölse Düşüncesine Sahip Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre İlişkili Risk Faktörleri.

Agorafobili panik bozukluk					
Yok	590 (%98,3)	130 (%22,0)	$\chi^2= 18,66$	1	
Var	10 (%1,7)	8 (%80,0)	$p= 0,000$		9,3209 (1,5202- 57,1491)
Özgül fobi					
Yok	552 (%92,0)	119 (%21,6)	$\chi^2=8,10$	1	
Var	48 (%8,0)	19 (%39,6)	$p= 0,004$		2,2066 (1,0518- 4,6294)
BTA Anksiyete bozukluğu					
Yok	585 (%97,5)	134 (%22,9)	$\chi^2= 0,12$	1	
Var	15 (%2,5)	4 (%26,7)	$p= 0,733$		1,1127 (0,2844- 4,3539)
Uyum bozukluğu					
Yok	567 (%94,5)	128(%22,6)	$\chi^2= 1,05$	1	
Var	33 (%5,5)	10 (%30,3)	$p=0,305$		2,9741 (1,2240- 7,2265)

χ^2 = Ki- kare testi, t= Bağımsız Student-t testi

OR= Odds oranı, CI= Güven aralığı

değer anlamlı olarak yüksektir ($p<0,05$). Sigara ve alkol kullanımı öyküleri ile ölüm düşünceleri ve intihar girişimi açısından ilişki belirlenmemiştir.

Hayat yaşamaya değmez düşüncesi ile ilişkili etkenler ve risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hayat yaşamaya değmez düşüncesinin bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinde, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, ailede intihar girişimi öyküsü, eşlik eden tıbbi hastalık, iş memnuniyeti, major depresif bozukluk ve tipleri, Bipolar I- II, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozuklukları, agorafobili panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi ve uyum bozukluğu yordayıcı değişken olarak analize alınmıştır. Bu faktörlerden kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi öyküsü varlığı, eşlik eden bir tıbbi hastalığın varlığı, major depresif bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, agorafobili panik bozukluk tanılarının varlığının hayat yaşamaya değmez düşüncesini anlamlı derecede artırdığı, resmi nikâhlı ve dul olma ile uyum bozukluğunun ise bu düşüncüyü azaltan etmenler olduğu belirlenmiştir.

Keşke ölse düşüncesinin bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinde, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, çocuk sayısı, ailede intihar girişimi öyküsü, major depresif bozukluk ve tipleri, Bipolar II bozukluğu, maddeye bağlı duygudurum bozukluğu, agorafobili panik bozukluk, özgül fobi, uyum bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) anksiyete bozuklukları yordayıcı değişken olarak analize alınmıştır. Keşke ölse düşüncesini etkileyen faktörler arasında, kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi öyküsü varlığı, major depresif bozukluk, agorafobili panik bozukluk, özgül fobi ve uyum bozukluğunun bu düşüncüyü artıran risk faktörleri olduğu bulunmuştur. Üç çocuk sahibi olmanın ise keşke ölse düşüncesini azaltan bir faktör olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Bağımlı değişkenin hayatına son verme düşüncesi, bağımsız yordayıcıların ise cinsiyet, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, ailede

intihar girişimi ve ruhsal hastalık öyküsü, major depresif bozukluk ve tipleri, Bipolar I bozukluğu, maddeye bağlı duygudurum bozukluğu, agorafobili panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi ve BTA anksiyete bozukluğu olduğu lojistik regresyon analizi ile yaşamları boyunca hayatına son verme düşüncesine sahip olan 62 birey değerlendirildiğinde, hayatlarının büyük kısmının köyde geçmiş olması, major depresif bozukluk, bipolar bozukluk, agorafobili panik bozukluk ve özgül fobi tanılarının varlığı ile major depresif bozukluk tipinin tek epizod olmasının, riski anlamlı olarak artırdığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Yaşamları boyunca en az bir kez intihar planı yapmış olan toplam 14 bireyin 9'unun kadın, 5'inin erkek olduğu bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde intihar planı bağımlı, major depresif bozukluk, distimi ve hezeyan varlığı yordayıcı değişkenler olarak değerlendirilerek, major depresif bozukluk, distimi ve hezeyan varlığının intihar planını etkilediği belirlenmiş, ancak risk faktörü olarak anlamlı sonuç elde edilememiştir.

İntihar girişimleri ile ilişkili özellikler ve risk faktörleri Tablo 4'te gösterilmiştir. İntihar girişiminde bulunan 26 bireyin 24'ünü kadınlar oluşturmuştur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin tamamı, girişim öncesinde bir stres faktörünün var olduğunu bildirmiş olup en sık belirtilen sorunun aile ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Olguların çoğunluğu tek girişimde bulunmuştur ($n=21$). İntihar girişimi yöntemleri değerlendirildiğinde, 26 bireyin çoğunluğunu oluşturan %73,1'i ($n=18$) ilaçla, %3,8'i ($n=1$) iki girişimde bulunmuş olup biri ilaçla, diğeri kesici aletle bileklerini kesme şeklinde gerçekleşmiştir. Diğer olguların %7,7'si ($n=2$) ası, %7,7'si ($n=2$) hareket halindeki araç önüne atlama ve %7,7'si ($n=2$) kesici aletle bileklerini kesme ve tüpgaz inhalasyonu yoluyla girişimde bulduklarını ifade etmişlerdir.

İntihar girişiminin bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizinde, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, travma öyküsü, ailede intihar girişimi öyküsü, major

TABLO 3. Hayatına Son Verme Düşüncesine Sahip Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre İlişkili Risk Faktörleri.

	Olgu n (%)	Hayatına son verme düşüncesi n (%)		OR (%95 CI)
Cinsiyet				
Kadın	336 (%56,0)	46 (%13,7)	$\chi^2= 9,29$	1
Erkek	264 (%44,0)	16 (%6,1)	$p= 0,002$	0,5273 (0,2550- 1,0901)
Hayatının büyük kısmının geçtiği yer				
Şehir	475 (%79,2)	45(%9,5)		1
İlçe	66 (%11,0)	7 (%10,6)	$\chi^2= 1,67$	1,6760 (0,6401- 4,3886)
Köy	59 (%9,8)	10 (%16,9)	$p= 0, 435$	2,6455 (1,0586- 6,6112)
Eğitim düzeyi				
Okuryazar değil	21 (%3,5)	4(%19,0)		1
Okuryazar	14 (%2,3)	0(%0,0)		0,0003 (0,0000- 3,191E+17)
İlkokul	277 (%46,2)	27(%9,7)		0,6591 (0,1498- 2,9001)
Ortaokul	62 (%10,3)	8(%12,9)		1,6312 (0,3133- 8,4915)
Lise	122 (%20,3)	17 (%13,9)		1,5353 (0,3266- 7,2184)
Üniversite öğrencisi	27 (%4,5)	2 (%7,4)	$\chi^2= 8,03$	0,5406 (0,0784- 3,7264)
Üniversite mezunu	77 (%12,8)	4 (%5,2)	$p= 0,236$	0,4145 (0,0596- 2,8811)
Ailede intihar girişimi öyküsü				
Yok	561 (%93,5)	53 (%9,4)	$\chi^2= 7,31$	1
Var	39 (%6,5)	9 (%23,1)	$p= 0,013$	2,7239 (0,9544- 7,7743)
Ailede ruhsal hastalık öyküsü				
Yok	465 (%77,5)	39 (%8,4)	$\chi^2= 8,45$	1
Var	135 (%22,5)	23 (%17,0)	$p= 0, 004$	1,2228 (0,5898- 2,5355)
Major depresif bozukluk				
Yok	378 (%63,0)	15 (%4,0)	$\chi^2=44,67$	1
Var	222 (%37,0)	47 (%21,2)	$p= 0, 000$	15,0260(6,0709- 37,1910)
Major depresif bozukluk tipi				
Tek epizod	145 (%24,2)	27 (%18,6)	$\chi^2= 47,61$	1
Yineleyici	77 (%12,8)	20 (%26,0)	$p= 0,000$	0,4606 (0,2178- 0,9743)
Bipolar I				
Yok	598 (%99,7)	61 (%10,2)	$\chi^2= 3,41$	1
Var	2 (%0,3)	1 (%50,0)	$p= 0,065$	67,4751 (2,9275- 1555,2253)
Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu				
Yok	599 (%99,8)	61 (%10,2)	$\chi^2= 8,69$	1
Var	1 (%0,2)	1 (%100)	$p= 0,003$	991037,49 (0,0000- 6,350E+90)
Agorafobili panik bozukluk				
Yok	590 (%98,3)	57 (%9,7)	$\chi^2= 17,27$	1
Var	10 (%1,7)	5 (%50,0)	$p= 0,000$	7,0921 (1,3072- 38,4772)
Obsesif kompulsif bozukluk				
Yok	570 (%95,0)	59 (%10,4)	$\chi^2=0,00$	1
Var	30 (%5,0)	3 (%10,0)	$p= 0,951$	0,2682 (0,0643- 1,1187)
Özgül fobi				
Yok	552 (%92,0)	52 (%9,4)	$\chi^2=6,21$	1
Var	48 (%8,0)	10 (%20,8)	$p= 0,013$	3,6544 (1,3985- 9,5489)
BTA Anksiyete bozukluğu				
Yok	585 (%97,5)	62 (%16,0)	$\chi^2=1,77$	1
Var	15 (%2,5)	0 (%0,0)	$p= 0,183$	0,0006 (0,0000- 4,517E+16)

 $\chi^2=$ Ki- kare testi, $t=$ Bağımsız Student-t testi

OR= Odds oranı, CI= Güven aralığı

depresif bozukluk, distimi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu yordayıcı değişkenlerdir. İntihar girişimini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, kadın cinsiyet, ailede intihar girişimi öyküsünün varlığı, major depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu varlığının intihar girişimini artıran, üç çocuk sahibi olmanın ise anlamlı biçimde azaltan bir faktör olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu epidemiyolojik çalışmada, ölüm ile ilişkili düşünceler, ölüm düşüncelerinin hafiften ağıra doğru ilerleyen bir süreç olduğunu ileri süren Neeleman ve Renberg'in uyguladıkları toplum çalışmalarından faydalanılarak dört başlık altında sorgulanmıştır (Renberg 2001, Neeleman ve ark. 2004). Renberg yaşam boyu hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip olan

TABLO 4. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre İlişkili Risk Faktörleri.

	Olgu n (%)	İntihar girişi n (%)		OR (%95 CI)
Cinsiyet				
Kadın	336 (%56,0)	24 (%7,1)	$x^2= 14,54$	1
Erkek	264 (%44,0)	2 (%0,8)	$p= 0,000$	0,0905 (0,0176- 0,4657)
Medeni durum				
Bekâr	84 (%14,0)	4 (%4,8)		1
İmam nikâhlı	5 (%0,8)	1 (%20,0)		21,3357 (0,6353- 716,5123)
Resmi nikâhlı	468 (%78,0)	20 (%4,3)		1,6513 (0,2574- 10,5931)
Boşanmış	12 (%2,0)	1 (%8,3)	$x^2= 1,67$	0,7173 (0,0505- 10,1941)
Dul	31 (%5,2)	0 (%0,0)	$p= 0,435$	0,0002 (0,0000- 1,186E+31)
Çocuk sayısı				
0	113 (%18,8)	8 (%7,1)		1
1	96 (%16,0)	6 (%6,3)		0,5232 (0,0933- 2,9339)
2	193 (%32,2)	9 (%4,7)		0,5573 (0,1072- 2,8964)
3	126 (%21,0)	1 (%0,8)	$t=2,04$	0,0415 (0,0031- 0,5630)
4	72 (%12,0)	2 (%2,8)	$p=0,042$	0,2070 (0,0266- 1,6087)
Travma öyküsü				
Yok	500 (%83,3)	17 (%3,4)	$x^2= 6,30$	1
Var	100 (%16,7)	9 (%9,0)	$p= 0,012$	2,7276 (0,9199- 8,0877)
Ailede intihar girişi öyküsü				
Yok	561 (%93,5)	20 (%3,6)	$x^2=12,29$	1
Var	39 (%6,5)	6 (%15,4)	$p= 0,000$	5,7167 (1,6371- 19,9623)
Major depresif bozukluk				
Yok	378 (%63,0)	5 (%1,3)	$x^2=22,34$	1
Var	222 (%37,0)	21 (%9,5)	$p= 0,000$	13,7977 (3,4466- 55,2356)
Distimi				
Yok	564 (%94,0)	26 (%4,6)	$x^2=1,74$	1
Var	36 (%6,0)	0 (%0,0)	$p= 0,188$	0,0001 (0,000 - 1,116E+28)
Sosyal fobi				
Yok	577 (%96,2)	26 (%4,5)	$x^2= 1,08$	1
Var	23 (%3,8)	0 (%0,0)	$p= 0,298$	0,0002 (0,000- 2,088E+37)
Yaygın anksiyete bozukluğu				
Yok	552 (%92,0)	19 (%3,4)	$x^2= 13,22$	1
Var	48 (%8,0)	7 (%14,6)	$p= 0,000$	2,9665 (0,9845- 8,9387)

$x^2=$ Ki- kare testi, $t=$ Bağımsız Student-t testi

OR= Odds oranı, CI= Güven aralığı

bireylerin yaygınlığını %11, 5-22, 3, keşke ölsem düşüncesi-ne sahip olan bireylerin yaygınlığını %8,2, intihar planı yaygınlığını ise %3,9-%13 olarak bildirmiştir. Dennis ve arkadaşlarının (2007) benzer biçimde gerçekleştirdikleri toplum çalışmasında ise son bir yıldaki hayat yaşamaya değmez düşüncelerinin yaygınlığının %6 olduğu belirlenmiş, bu düşüncenin yaşlılarda, gençlere göre depresyonla daha fazla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bebbington ve arkadaşlarının (2010) 8580 kişi ile İngiltere’de yaptıkları bir izlem çalışmasında, bireylerin %20,3’nün hayatlarının bir noktasında “tedium vitae” olarak nitelendirdikleri hayat yaşamaya değmez düşüncesine sahip oldukları, altı kişiden birinde ölüm ve intihar düşüncelerinin olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, keşke ölsem düşüncesinin %15,36, hayatına son verme düşüncesinin ise %14,8 olduğu saptanmış ve daha yaygın olan düşüncenin daha az ciddi olduğu vurgulanmıştır. Çalışmamızda hayat yaşamaya değmez düşüncesi bireylerin %27,5’inde, keşke ölsem düşüncesi %23,0’ında, hayatına son verme düşüncesi %10,3’ünde, intihar planı ise %2,3’ünde belirlenmiştir. İntihar planı dışındaki

tüm ölüm ile ilişkili düşüncelerin yaygınlığının yüksek olması ve yaygınlıkların benzer dağılımları dikkat çekmektedir. Bu yüksek yaygınlıkta toplumumuzda, sosyoekonomik ve özellikle kültürel etkenlerin rolünün olduğu ve “ölsem de kurtulsam” şeklindeki yaygın inanışların etkili olabileceği düşünülebilir.

İntihar girişimi yaygınlığı ile ilişkili yapılan çeşitli alan çalışmalarında, yaşam boyu intihar girişimi yaygınlığı yüz binde 720-5930 gibi değişken hızlarda belirtilmiştir (Welch 2001). Ülkemizde 4 yıllık bir süreçte Avrupa ile karşılaştırmalı yürütülen çok merkezli bir çalışmada, intihar girişimi hızının Avrupa’ya göre düşük olduğu, ancak 1998-2001 yılları arasında intihar girişimi hızının %93,59 gibi çarpıcı bir düzeyde artış eğiliminde olduğu saptanmıştır (Devrimci Özgüven ve Sayıl 2003).

Amerika’da yapılan ulusal komorbidite çalışmasında ise yaşam boyu yaygınlık %4,6 olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark. 1999). Yine çok merkezli olup dokuz ülkeyi kapsayan bir araştırmada intihar girişimi yaygınlığının %3-5 olduğu

saptanmıştır (Weissmann ve ark. 1999). İngiltere’de 8580 kişi ile yapılan bir izlem çalışmasında ise çalışmaya katılanların %4,4’ünün yaşamlarının bir döneminde intihar girişiminde buldukları belirtilmiştir (Bebbington 2010). Ülkemizde Manisa ili merkezinde yapılan bir alan çalışmasında, intihar düşüncesi %6,6, intihar girişimi %2,3 olarak değerlendirilmiştir (Deveci ve ark. 2005). Sivas il merkezinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise intihar davranışı ölçeği ile değerlendirilen intihar girişimi ve intihar planının bir arada yaşam boyu yaygınlığının %3,58, intihar girişimi yaygınlığının ise %1,3 olduğu belirtilmiştir (Polatöz ve ark. 2011). Çalışmamızda ise yaşam boyu intihar girişimi yaygınlığı literatürle uyumlu, Manisa ve Sivas il merkezlerine göre daha yüksek olmak üzere %4,3 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre hem ölüm düşünceleri, hem de intihar girişimleri daha fazladır. Bu durum birçok çalışmada da belirtildiği üzere, kadınlarda intihar davranışının erkeklerin aksine ölüm niyetinden çok yardım arama ile ilişkili olabileceğini desteklemektedir (Mc Clure 1984, Hawton 1987, Kessler 1999, Sayıl ve ark. 2000).

Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, tamamlanmış intiharların Avrupa ülkeleri ve Amerika’da en çok 75 yaş üzerinde gerçekleştiği (Prasko ve ark. 2010), Türkiye’de ise farklı olarak kadınlarda 15-29, erkeklerde ise 25-49 yaş grubunda yoğunlaştığı bildirilmiştir (TÜİK 2009). Ülkemizde intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş grubu ise 15-24 ve 25-34 yaşlarıdır ki bu gruplar tamamlanmış intiharlardaki ile aynıdır (Koçal ve ark. 1994, Sayıl ve ark. 1998). Çalışmamızda da bu doğrultuda tüm ölüm düşüncelerinin ve intihar girişimlerinin gelecekle ilgili kaygıların arttığı, iş ve aile sorunlarının sıklıkla yaşandığı 18-24 ve 25-34 yaşlar arasında yoğunlaştığı belirlenmiştir.

Literatürde en sık kullanılan yöntem olan aşırı doz ilaç kullanımı, çalışmamızda da %73,1 ile ilk sırada yer almıştır (Goldstein ve ark. 1991, Bille-Brahe ve ark. 1997).

Kalabalık ailelerde ve sosyal desteklerin varlığında intihar riskinin azaldığı öngörülmektedir (Nordentoft 2007). Çalışmamızda da bu bilgiyle uyumlu olarak, üç ve daha fazla çocuk sahibi olan kalabalık ailelerde keşke ölsem düşüncesi ve intihar girişiminin azaldığı belirlenmiştir.

Birçok çalışmada intihar girişimi öncesi bir stres etmeni dikkat çekmektedir (Deveci ve ark. 2005, Katarina ve ark. 2004, Ozdel ve ark. 2009). Ayrıca özellikle dürtü kontrolü zayıf olan bireylerin, sorunlara alternatif çözüm yolu bulmakta güçlük çekerek daha az ölüm niyeti taşıyan dürtüsel intihar girişiminde buldukları bilinmektedir (Mann ve ark. 1999, Foster ve ark. 1999). Araştırmamızda, intihar girişiminde bulunan olguların tamamı girişim öncesinde bir stres etmeni yaşadığını belirtmiştir. Kadınlarda en sık aile ve ilişki sorunları, erkeklerde ise öncelikle iş, sonrasında aile sorunları tanımlanmıştır.

İntihar davranışının ailesel geçiş eğilimini bildiren birçok çalışma mevcut olup, ikiz ve evlat edinme çalışmalarında ailesel yatkınlığın önemi vurgulanmaktadır (Brent ve ark. 1987, Pedersen ve Fiske 2010). Goodwin ve arkadaşları (2004) özellikle ruhsal hastalık birlikteliğinde bu ilişkinin güçlendiğini belirtmiştir. Çalışmamızda ailede intihar girişimi olan bireylerde ölüm düşüncelerinin de arttığı bulunmuştur. Ayrıca lojistik regresyon analizinde, ailede intihar girişimi öyküsü olan bireylerde, intihar girişimi hızının 5 kat gibi yüksek bir oranda arttığı saptanmıştır.

Ruhsal hastalıklarla intihar davranışı arasında önemli bir ilişki söz konusudur (Nordentoft 2007, Lee ve ark. 2010). İntihar davranışı bulunan kişilerin %90-95’inde en az bir ruhsal hastalık olduğu belirtilmektedir (Sayıl 2002). İntihar davranışına en sık eşlik eden ruhsal hastalık major depresif bozukluktur (Kessler ve ark. 1999, Welch 2001). Ülkemizde Eskin ve arkadaşları tarafından ergenlerde gerçekleştirilen bir çalışmada, depresyon ve düşük benlik saygısının hem erkeklerde hem de kızlarda intihar düşünceleri ve intihar girişiminde bağımsız öngörücü faktörler olduğu belirlenmiştir (Eskin ve ark. 2007). Çalışmamızda da bu bilgilerle uyumlu olarak major depresif bozukluğun hem tüm ölüm düşüncelerini anlamlı olarak artırdığı, hem de intihar girişimini 13 kat artırdığı saptanmıştır. Diğer duygudurum bozuklukları ile ilgili saptanan ilişki ise büyük olasılıkla olgu sayısındaki sınırlılık nedeniyle anlamlı bulunmamıştır.

Bazı çalışmalarda anksiyete bozukluklarının intihar riskini artırdığı belirtilirken (Weissman ve ark. 1989, Sareen ve ark. 2005), Chioqeta ve Stiles (2007) ise anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda agorafobili panik bozukluk varlığının tüm ölüm düşüncelerini artırdığı, yaygın anksiyete bozukluğunun ise intihar girişimini 3 kat artırdığı belirlenmiştir. Bununla birlikte özellikle major depresif bozukluk gibi diğer ruhsal hastalıklarla eşanliliğin anksiyete intihar ilişkisinde etkili olabileceğini de gözardı etmemek gereklidir.

Sonuç olarak, çalışmamızda yaşam boyu intihar girişimlerinin ve ölüm düşüncelerinin yaygınlığı sırasıyla %4,3 ve %27,5 saptanmış olup, gençlerde ve kadınlarda ölüm düşünceleri ve intihar girişimlerinin daha sık olduğu belirlenmiştir. Tüm intihar girişimlerinden önce bir stres faktörü tanımlanmıştır. Çocuk sahibi olmanın intihar girişimi ve ölüm düşünceleri hızlarını azalttığı, ailede intihar girişimi öyküsünün ölüm düşünceleri ve intihar girişimini artırdığı belirlenmiştir. Ölüm düşünceleri ve intihar girişimlerinin major depresif bozukluk varlığında arttığı, yaygın anksiyete bozukluğunun intihar girişiminde bulunanlarda anlamlı biçimde daha sık olduğu, panik bozukluk ve özgül fobinin ise ölüm düşünceleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda intihar girişimi ve ölüm düşünceleri yaygınlığı ile intihar davranışında etkili olabilecek bazı risk faktörleri

epidemiolojik bir yaklaşımla ortaya konulmuştur. Özellikle hem intihar girişimi, hem de ölüm düşünceleri ile ilişkili risk faktörlerinin, hatta koruyucu faktörlerin benzerlik göstermesi dikkat çekici olup, ölüm düşüncelerinin ve intihar ile ilgili ifadelerin intihar davranışında bir süreç olabileceğini desteklemektedir. Bununla birlikte, hangi koşullarda, hangi faktörlerin daha ciddi ölüm niyetine götürdüğü ileri araştırmalarla irdelenmelidir.

Bu çalışma bölgemizde yapılan en kapsamlı epidemiolojik çalışmadır. Ancak çalışmamızda sosyodemografik ve

sosyokültürel değişkenlerin yorumunu güçleştirecek bazı zorluklar bulunmaktadır. Örneğin sosyoekonomik düzeye göre düşük olarak tanımlanan bir bölgede farklı sosyoekonomik düzeyde bireyler bulunabilir. Ayrıca çalışmamızın gündüz saatlerinde yürütülmesi, kadın-erkek oranlarını etkilemiştir.

Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri birlikteliğinin irdendiği ileri çalışmalar, hem koruyucu faktörlerin, hem de risk faktörlerinin bu süreçte çok yönlü değerlendirilmesini sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Adam K (1985) Attempted Suicide. *Psychiatric Clinics Of North America*, 8 (2): 183-96.
- Bebbington PE, Minot S, Cooper C ve ark. (2010) Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiat*, 25: 427-31.
- Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D (1997) A repetition-prediction study of European parasuicide populations. *Acta Psychiatr Scand*, 95: 81-6.
- Brent DA, Perper JA, Allman C (1987) Alcohol, firearms, and suicide among youth: Temporal trends in Allegheny County, PA.1960- 1983. *J Am Medical Association*, 257:3369-72.
- Casey PR, Dunn G, Kelly BD ve ark. (2006) Factors associated with suicidal ideation in the general population: Five-center analysis from the ODIN study. *Br J Psychiatry*, 189: 410-5.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M ve ark. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33: 395-405.
- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Chioqueta AP, Stiles TC (2007) The relationship between psychological buffers, hopelessness and suicidal ideation: Identification of protective factors. *Crisis*, 28 (2): 67-73.
- Dennis M, Baillon S, Brugha T ve ark. (2007) The spectrum of suicidal ideation in Great Britain: Comparisons across a 16-74 years age range. *Psychol Med*, 37: 795-805.
- Devenci A, Taşkın EO, DüNDAR P ve ark. (2005) Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg*, 16 (3): 170-8.
- Devlet İstatistik Enstitüsü (2000) İntihar İstatistikleri. TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, Ankara.
- Devrimci Özgüven H, Sayil I (2003) Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiat*, 48(5): 324-9.
- Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O (2000) Suicidal behavior in the municipality of Baerum Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat*, 30: 61-73.
- Eskin M, Ertekin K, Dereboy C ve ark. (2007) Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis*, 28(3): 131-9.
- First MB, Spitzer LR, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for Axis I Disorders (SCID-I), Clinical version first publication in the United States by American Psychiatric Press Inc. Washington D.C and London, England.
- Foster T, Gillespie K, McClelland R ve ark. (1999) Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *Br J Psychiatry*, 175:175-9.
- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A ve ark. (1991) The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 418-22.
- Goodwin RD, Beautrais AL, Fergusson DM (2004) Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample. *Psychiatry Res*, 126(2):159-65.
- Hawton K (1987) Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*, 150:145-53.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R (2003) Suicide following deliberate self-harm: Longterm follow-up of patients presenting to a general hospital. *Br J Psychiatry*, 182: 537-42.
- Hjelmeland H, Bjerke T (1996) Parasuicide in the county of Sor-Trondelag, Norway: general epidemiology and psychological factors. *Soc Psych Psych Epid*, 31: 272-83.
- İşık E (2003) Duygudurum Bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, İntihar. Görsel Sanatlar Matbaacılık, s. 382-96.
- Katarina S, Margot A, Agneta O (2004) Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 39: 113-20.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiat*, 56: 617-26.
- Koçal N, Coşar B, Candansayar S ve ark. (1994) Yatan psikiyatrik hastalardan intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. *Kriz Dergisi*, 2(2): 327-30.
- Lee JI, Lee MB, Liao SC ve ark. (2010) Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. *J Formos Med Assoc*, 109(2):138-47.
- Mann JJ, Waterman C, Haas GL ve ark. (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156:181-9.
- McClure GMG (1984) Recent trends in suicide among the young. *Br J Psychiatry*, 144:134-8.
- Neeleman J, Graaf R, Vollebergh W (2004) The suicidal process; Prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disorders*, 82(1): 43-52.
- Nordentoft M (2007) Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull*, 54 (4): 306-69.
- Owens D, Wood C, Greenwood D ve ark. (2005) Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: a 16-year outcome study of patients attending accident and emergency. *Br J Psychiatry*, 187: 470-5.
- Ozdel O, Varma G, Atesci FC ve ark. (2009) Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*, 30: 90-3.
- Pajonk FG, Gruenberg KA, Moecke H ve ark. (2002) Suicides and suicide attempts in emergency medicine. *Crisis*, 23(2): 68-73.
- Pedersen NL, Fiske A (2010) Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behaviour: twin study findings. *Eur Psychiat*, 25: 264-7.
- Polatöz Ö, Kuşu 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.
- Prasko J, Diveky T, Grambal A ve ark. (2010) Suicidal patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 154(3):265-74.
- Renberg ES (2001) Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(9):429-36.
- Sareen J, Houlihan T, Cox BJ ve ark. (2005) Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the national comorbidity survey. *J Nerv Ment Dis*, 193: 450-4.

Sayıl I, Devrimci Özgüven H (2002) Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. Crisis 23(1): 11-6.

Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıkoglu R ve ark. (2000) İntihar Davranışı: Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, Damla Matbaacılık, s.165-78.

Sayıl I (2002) İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi, Psikiyatrik Epidemiyoloji. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s. 118.

Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R ve ark. (1998) Attempted Suicide in Ankara in 1995. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention (Crisis), 19(1): 47-8.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo 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, 193:327-38.

Stenager EN, Stenager E (2000) Physical illness and suicidal behaviour. The international handbook of suicide and suicide attempt. Hawton K, van Heeringen K (ed), London, John Wiley and Sons, s.403-20.

Suominen K, Isometa E, Suokas J ve ark. (2004) Completed suicide after a suicide attempt: a 37- year follow up study. Am J Psychiatry, 161: 562-3.

TÜİK (2009) İntihar İstatistikleri 2009. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.

Weis MA (1974) Suicide. A handbook of psychiatry, S Arieti (ed), New York. Basic books Inc. Publishers, 743-65.

Weissman MM, Gerald LK, Markowitz JS ve ark. (1989) Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. New Engl J Med, 321:1209-14.

Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ ve ark. (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med, 29:9-17.

Welch S (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatric Services, 52:368-75.

Yasan A, Danis R, Tamam L ve ark. (2008) Socio-cultural features and sex profile of the individuals with serious suicide attempts in southeastern Turkey: a one-year survey. Suicide Life Threat Behav, 38: 467-80.

ŞİZOFRENİ DERNEKLERİ RUH HEKİMLERİNİN İLGİ ve DESTEĞİNİ BEKLİYOR

Şizofreni Dernekleri Federasyonu

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler-Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizderfed@yahoo.com.tr

Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Mareşal Fevzi Çakmak sokak 39/6 Beşevler -Ankara
Tel. 0312 213 39 60 - 0312 212 11 12
e-posta: sizofrenihyd@yahoo.com

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Ethemefendi Cad. Fırın Sok., Can Apt. No: 5/5, Erenköy, İSTANBUL
Tel. 0216 363 77 26 • Faks. 0216 302 19 94
www.sizofrenigonulluleri.org
e-mail: bilgi@sizofrenigonulluleri.org

Şizofreni Dostları Derneği

Lamartin Cad., 23/4, Talimhane, Taksim, İSTANBUL
Tel. 0212 256 36 61 • Faks. 0212 256 53 91

İzmit Bizimbahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği

Yenimahalle, KOCAELİ
Tel. 0262 226 69 54

Şizofreni Dayanışma Derneği

1469 Sok. Alsancak, Konak, İZMİR
Tel. 0232 465 05 15

Şizofreni Gönüllüleri Derneği

Ferhuniye Cad., No:1, KONYA
Tel. 0332 350 89 00

Şizofreni ile Yaşam Derneği

Tunca Mah. İzmir Cad. No: 172/2, Karaköy, MANİSA
Tel: 0 236 239 64 71

Ankara Şizofreni ile Yaşamayı Öğrenme ve Destekleme Derneği (AŞ-DER)

Bayındır 1 Sokak Fazıl Bey İş Merkezi No 15/16 Kızılay, ANKARA
Tel: 0312 432 57 87 • Faks: 0312 475 62 98

Şizofreni ve Benzeri Bozukluklar Dayanışma Derneği

Tel: 0532 283 25 85 • Tel: 0224 452 66 66, Bursa