

Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı

Dr. Artuner DEVECİ¹, Dr. E. Oryal TAŞKIN¹, Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR², Dr. M. Murat DEMET³,
Dr. Ender KAYA⁴, Dr. Erol ÖZMEN⁵, Dr. Gönül DİNÇ⁶

ÖZET

Amaç: İntihar girişimi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırmada Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı ve ilişkili risk etmenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Manisa kent merkezinde yaşayan 15-65 yaş grubundaki kişilerden küme ve sistematik örnekleme yöntemi ile belirlenen 1086 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İntihar düşüncesi "hiç intihar etmeyi ciddi olarak düşündüğünüz oldu mu?" ve intihar girişimi "hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?" soruları ile sorgulanmıştır. İntihar girişiminde bulunan deneklere intihar girişimi ile ilgili bilgilerin sorgulandığı "intihar girişimi özellikleri formu" uygulanmıştır.

Bulgular: İntihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı % 6.6 (s=72), intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı % 2.3 (s=25) olarak saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanlarda en sık stres etkeni % 44 (s=11) ile evlilik sorunları olarak belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunanların üçte ikisi yöntem olarak aşırı doz ilaç kullanmış, önceden intihar girişimi % 24'ünde (s=6) gözlenmiştir. İntihar düşüncesi için kadın olma (p=0.012), sigara içme (p=0.001), alkol kullanımı (p=0.028), önceden psikiyatrik bozukluğu olma (p<0.0001), ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olma (p=0.021) risk etmenleri olarak belirlenmiştir. İntihar girişimi için sigara içme (p=0.005), önceden psikiyatrik bozukluğu olma (p<0.0001), ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olma (p=0.029) risk etmenleri olarak saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırmaya göre intihar girişimi önceden psikiyatrik bozukluğu olan, daha önceden intihar girişiminde bulunan ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü olan bireylerde dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. İntihar girişimi ile ilişkili klinik ve sosyodemografik özelliklerin bilinmesi gerekir.

Anahtar Sözcükler: İntihar düşüncesi, intihar girişimi, yaygınlık, risk etmeni

SUMMARY: The Prevalence of Suicide Ideation and Suicide Attempts in Manisa City Centre

Objective: Suicide attempts are a major public health problem. This study aimed to investigate the lifetime prevalence of suicide ideation and suicide attempts in Manisa city centre. Risk factors related to suicide ideations and attempts were also studied.

Method: This study was carried out in Manisa city centre. Using cluster and systematic samples, data were collected from 1086 persons 15-65 years old. Separate questions were asked about the lifetime occurrence of suicide ideation ("Have you ever seriously thought about committing suicide?"), and suicide attempts ("Have you ever attempted suicide?"). A form for suicide attempters was used to determine the characteristics of the attempts.

Results: The lifetime prevalences of suicide ideation and suicide attempts were 6.6% (n=72) and 2.3% (n=25), respectively. Marital problems were the most common stressor in suicide attempts (44%, n=11). Approximately two thirds of the suicide attempters used a drug overdose for suicide. Of all the suicide attempters, 24% (n=6) had made previous attempts. The essential risk factors for suicide ideation were being female (p=0.012), smoking (p=0.001), consuming alcohol (p=0.028), having a previous psychiatric disorder (p<0.0001), and a family history of psychiatric disorders (p=0.021). The essential risk factors for suicide attempts were smoking (p=0.005), having a previous psychiatric disorder (p<0.0001), and a family history of psychiatric disorders (p=0.029).

Conclusion: The results of the present study suggest that suicide attempts must be carefully evaluated in subjects with previous psychiatric disorders, previous suicide attempts and a family history of psychiatric disorders. It is necessary to know the clinical and demographic features related to suicide attempts.

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

¹Uzm., ³Doç., ⁴Araş. Gör., ⁵Prof., Psikiyatri AD., ²Yrd. Doç., ⁶Doç., Halk Sağlığı AD., Celal Bayar Ü Tıp Fak., Manisa.

GİRİŞ

Odağ'ın (1995) Durkheim'dan alıntılanarak bildirdiği gibi ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir. İntihar, stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir (Sayıl 2002). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre intihar ilk on ölüm nedeni arasındadır. Tüm ölümlerin yaklaşık % 0.9'u intihar sonucudur (Roy 2000). İntihar girişimleri ile başta depresyon ve alkol-madde bağımlılığı olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar ve olumsuz aile içi etkileşimler, toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar, göç gibi sosyoekonomik etmenler ilişkili bulunmaktadır (McClure 2000, Sır ve ark. 1999, Roy 2000, Gould ve ark. 1990, Baxter ve Appleby 1999). Ayrıca cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, ekonomik düzey gibi sosyodemografik etmenler intihar girişimini etkilemektedir (Foster ve ark. 1999, Gould ve ark. 1996).

Genel popülasyonda 1970-2000 yılları arasında intihar girişimi epidemiyolojisi ile ilgili yapılan araştırmalardan çıkan sonuçlara göre dünya genelinde farklı ülke ve kültürlerde sıklığının 2.6-1100/100.000 arasında, yaşam boyu yaygınlığının ise 720-5930/100.000 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu gözden geçirmede en önemli risk etmenlerinin genç yaş, kadın olma, bekar ya da boşanmış olma, işsiz kalma, yaşamda önemli bir değişiklik, psikiyatrik bir hastalığı olma ve önceden bir intihar girişimi olduğu görülmüştür (Welch 2001). ABD-Baltimore'da yapılan 13 yıllık bir izlem araştırmasında 3481 gönüllü kişi izlenmiş, intihar girişimi sıklığı 148.8/100.000; intihar düşüncesi sıklığı 419.9/100.000 bulunmuştur. Bu araştırmada sosyodemografik etmenlerden genç yaş, düşük sosyoekonomik düzey, boşanmış bireyler ile psikiyatrik bozukluklardan özellikle depresyon ve madde bağımlılığı tanılı bireyler yüksek riskli grup olarak belirlenmiştir (Kuo ve ark. 2001).

İntihar davranışları gösteren 14-24 yaş grubu 3021 birey üzerinde yapılan bir araştırmada intihar girişiminde bulunan kadınların sayısının daha faz-

la olduğu, çoğunun cinsel kötüye kullanım öyküsü taşıdığı ve anksiyete bozukluğu gösterdiği belirlenmiştir. İntihar girişimi olan erkeklerde ise ekonomik sorunlar ve alkol bozuklukları daha yüksek oranlarda bulunmuştur (Wunderlich ve ark. 2001). Erkeklerde intihar, kadınlarda da intihar girişimi daha siktir (McClure 1984, Hawton 1987).

Yöntem seçiminde kişinin ruhsal yapısı, cinsiyeti, yaşı ve toplumsal değerler etkilidir. İlaç alma, ası, yüksek yerden atlama, ateşli silah ile kendini vurma, bilek damarlarını kesme dünyada yaygın olarak uygulanan intihar girişimi yöntemleridir (Odağ 1995). İntihar girişimlerinde en çok kullanılan yöntem ilaç alarak kendini öldürme girişimidir (McClure 2000). Erkeklerin kadınlara göre ası ve ateşli silah ile kendini vurma gibi daha öldürücü yöntemleri tercih ettiği bilinmektedir (Bekaroğlu ve ark. 1999, Wiedenmann ve Weyerer 1993).

Ülkemizde intiharlar 1962'den beri Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından tüm yerleşim yerlerinde derlenmektedir. 1974'ten beri yılda bir yayımlanan bir kitapçıkta ayrı bir yayın olarak basılmaktadır. Türkiye'de 1989 yılında 1172, 2000 yılında 1802 kişinin intihar ederek yaşamına son verdiği bildirilmektedir (DİE 1990, DİE 2000). Ülkemizde 1974-1998 yılları arasında intihar hızı % 100 artmış, giderek büyümekte olan bir sorun haline gelmiştir (Altındağ ve ark. 2001).

Bu araştırmada bir kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişiminin yaşam boyu yaygınlığı ile birlikte ilişkili risk etmenlerinin saptanması amaçlanmıştır. Türkiye'de bu konuda yapılmış yeterli bir araştırmanın olmadığı gözlenmiş olup, epidemiyolojik alanda önemli bir eksiği gidereceği düşünülmüştür.

YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırma Manisa kent merkezinde yürütülmüştür. Kent merkezinde 9 sağlık ocağı hizmet vermektedir. Bu ocakların 2000 yıl ortası nüfusları toplamı, sağlık ocaklarının Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF)'ne göre 235 617'dir (MSM-2000). Aynı veri kaynağına göre Manisa kent merkezinde yaşayan 15-65 yaş arası kişi sayısı ise toplam 162 522'dir.

Bu araştırma geniş bir projenin bir bileşenidir. Bu projede, Manisa ilinde konversiyon bozukluğu yaygınlığı ile intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığının saptanması ve iki yaşam kalitesi ölçeği-

TABLO 1. Örneklem-İntihar Düşüncesi- İntihar Girişiminde Bulunanların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.

	Örneklem (s=1086)		İntihar düşüncesi (s=72)		İntihar girişi (s=25)	
			s	%	s	%
Cinsiyet						
Kadın	594	54.7	49	68.1	17	68.0
Erkek	492	45.3	23	31.9	8	32.0
Eğitim düzeyi						
Okur-yazar değil	118	10.9	6	8.3	1	4.0
Okur-yazar	71	6.5	0	0.0	0	0.0
İlkokul	465	42.9	28	39.0	12	48.0
Ortaokul	131	12.1	11	15.3	3	12.0
Lise	220	20.3	23	31.9	8	32.0
Üniversite	81	7.5	4	5.6	1	4.0
Medeni durum						
Evli-birlikte yaşıyor	823	75.8	49	68.1	17	68.0
Hiç evlenmemiş	201	18.5	17	23.6	6	24.0
Boşanmış-dul	62	5.7	6	8.4	2	8.0
Meslek						
Ev kadını	421	38.8	31	43.1	9	36.0
Öğrenci	82	7.6	8	11.1	3	12.0
İşsiz	90	8.3	7	9.8	3	12.0
İşçi	164	15.1	7	9.8	1	4.0
Memur	120	11.0	9	12.6	4	16.0
Emekli	72	6.6	6	8.4	2	8.0
Serbest meslek	137	12.6	4	5.6	3	12.0
6 ay ve üzeri sürekli sigara içimi						
Hayır	655	60.3	30	41.7	7	28.0
Evet	431	39.7	42	58.3	18	72.0
6 ay ve üzeri sürekli alkol kullanımı						
Hayır	978	90.1	52	72.2	21	84.0
Evet	108	9.9	20	27.8	4	16.0
Sakatlık						
Hayır	1068	98.3	72	100.0	25	100.0
Evet	18	1.7	0	0.0	0	0.0
Kronik hastalık olması						
Hayır	861	79.3	53	73.6	18	72.0
Evet	225	20.7	19	26.4	7	28.0
Özgeçmişte psikiyatrik hastalık						
Hayır	1027	94.6	52	72.2	16	64.0
Evet	59	5.4	20	27.8	9	36.0
Ailede psikiyatrik öykü						
Hayır	1034	95.2	60	83.3	18	72.0
Evet	52	4.8	12	16.7	7	28.0

nin (SF-36 ve WHOQOL-BREF) karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu nedenle örnekleme sayısını belirlemede hem konversiyon bozukluğu yaygınlığı (Sağduyu ve ark. 1997) hem de intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı (Weissman ve ark. 1999) için uygun olarak bağımlı değişken yaygınlığı % 7 olarak öngörülmüştür. Bu araştırmada

15-65 yaş arasındaki bireyleri temsil edecek örneklem büyüklüğünü saptamak için aşağıdaki formülünden yararlanılmıştır.

$$s = \frac{(t_{0.05})^2 p (1-p) D}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (0.07) \times (0.93) \times 2}{(0.02)^2} = 1249$$

TABLO 2. Sosyodemografik Değişkenler ve Kişisel Sağlık Durumunun İntihar Düşünce ve Girişimine Etkisi.

	P	Regresyon katsayısı	Tahmini görece risk oranı	% 95 güven aralığı
İntihar girişimini etkileyenler				
Şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içme	0.005	1.373	3.948	1.529- 10.194
Daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirme	>0.0001	2.054	7.797	2.999-
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması	0.029	1.264	3.539	1.141- 20.269
				10.979
İntihar düşüncesini etkileyenler				
Cinsiyet	0.012	.871		
Şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içme	0.01	.974	.418	.212- 827
Şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre belli aralıklarla alkol kullanma	0.028	.840	2.648	1.502- 4.670
Daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirme	0.01	1.907	2.317	1.094- 4.905
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması	0.021	.960	6.732	3.445- 13.156
			2.612	1.153- 5.919

s= Örneklem girecek birey sayısı

$(t_{0.05})^2 = (\alpha=0.05)$ düzeyinde t istatistiğinin karesi

p=Tahmin edilen yaygınlık (% 7)

D=Desen etkisi (2)

d=Yanılma payı (% 2)

(Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 1998)

Örneklem büyüklüğü 1249 olarak hesaplanmıştır. Her hanede 15-65 yaş arası minimum 2 kişiye ulaşılabileceği düşünülmüş, dolayısı ile 625 hane ziyareti planlanmıştır. Araştırmada örneklem seçiminde mahalle nüfuslarına orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Her bir küme büyüklüğünün 10 haneden oluşması kararlaştırılmıştır. Araştırmaya alınma ölçütleri olarak 15-65 yaş arası olmak, uygulamayı kabul etmek, soruları yanıtlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterlilikte olmak ölçütleri kullanılmıştır. Toplam 625 hanede deneklerin öncelikle 15-65 yaş arasında olması şartı aranmış, ardından soruları yanıtlayabilecek zihinsel ve fiziksel yeterlilikte olmasına dikkat edilmiş, en son olarak da deneğe, uygulamayı kabul etmediği sorulmuştur. Bu alınma ölçütlerini karşılayan 1086 denek ile görüşme yapılabilmektedir. Hesaplanan 1249 denekten 163 deneğe ulaşamamasının en önemli nedenleri, iki kez ziyaret edilmesine karşın kişilerin evde bulunamaması (s=124) ve bulunan bazı deneklerin de uygulamayı kabul etmemesidir (s=39).

Kullanılan Araçlar

Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan deneklere aşağıdaki formlar uygulanmıştır

1. Sosyodemografik ve Sağlık Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından örneklemi oluşturan deneklerin sosyodemografik ve sağlık bilgilerini öğrenmeye yönelik olarak düzenlenmiş olan ve yüz yüze görüşme sırasında uygulanan bir formdur. Bu formda sırasıyla cinsiyet, doğum tarihi, eğitim düzeyi, medeni durum, 12 yaşına kadar yaşadığı yer, şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içme, şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre belli aralıklarla alkol kullanma, meslek, bilinen kronik bir hastalık durumu, sakatlık, özgeçmişte psikiyatrik hastalık, ailede psikiyatrik hastalık ile ilgili sorular yer almaktadır. Alkol kullanımı açısından sosyal içicilik olarak tanımlanabilecek durum dışında alkol kullananları “şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre belli aralıklarla alkol kullanma” sınıfı içine soktuk. Fakat kullanım miktarı ve sıklığı açısından bir sorgulama yapılmamıştır.

2. İntihar Girişimi Özellikleri Formu: Araştırmacılar tarafından düzenlenmiş olan, intihar girişimi ile ilgili bilgilerin sorgulandığı yüz yüze görüşme sırasında uygulanan bir formdur. Bu form birçok intihar ve intihar girişimi araştırmalarında incelenen konular saptanarak düzenlenmiş bir formdur. İntihar düşüncesi, “hiç intihar etmeyi ciddi olarak düşündüğünüz oldu mu?” ve intihar girişimi, “hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?” soruları ile sorgulanmıştır. Bu iki soru Kessler ve arkadaşlarının (1999) araştırmasında intihar düşüncesi ve

girişimi yaygınlığının belirlenmesi amacıyla deneklere sorduğu sorular idi. İntihar girişiminde bulunan deneklere intihar girişimi ile ilgili bilgilerin sorgulandığı “intihar girişimi özellikleri formu” uygulanmıştır. Sadece intihar girişiminde bulunanlara uygulanmıştır. Bu formda intihara güdüleyen yaşam olayı, intihar davranışının planlılığı, intihar davranışını önceden haber verme ya da risk bildirme, intihar notu, intihar yeri, intihar girişimi yöntemi, önceden intihar girişimi, önceden intihar girişimi sayısı, önceki intihar girişimi yöntemi, ailede intihar girişimi, çevrede intihar girişimi, çocukluk ya da ergenlik döneminde parçalanmış aile durumu, öyküde kafa travması, suç kaydı, çocukluk çağı kötüye kullanımı olması gibi bilgiler yer almaktadır.

Uygulama

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay alınmış, Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin alınarak sağlık ocakları ile işbirliğine gidilmiştir. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi, anketörler aracılığı ile sorgulanmıştır. Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinden oluşan 32 anketöre iki aşamada eğitim uygulanmıştır. Birinci aşamada intihar ve intihar girişimi ile ilgili teorik bilgi, ikinci aşamada görüşme şekli ile ilgili teorik ve pratik eğitim uygulaması yapılmıştır. Ayrıca anketör eğitiminde her kümede başlangıç hanesinden sonra hangi eve girileceği ile ilgili kurallar belirlenmiştir.

Örnekleme oluşturan tüm deneklere öncelikle toplam 12 sorudan oluşan Sosyodemografik ve Sağlık Bilgi Formu uygulanmıştır. Yaklaşık 6 dakika sürmüştür. Ardından intihar düşüncesi ve girişimi ile ilgili temel iki soruya (intihar düşüncesi “hiç intihar etmeyi ciddi olarak düşündüğünüz oldu mu?” ve intihar girişimi “hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?”) yanıtlar “hayır” ise başka soru sorulmamış, “evet” ise İntihar Girişim Özellikleri Formu’na devam edilmiştir. İntihar Girişim Özellikleri Formu toplam 15 sorudan oluşmakta olup, uygulanması ortalama 10 dakika sürmüştür.

İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS for Windows 10.0 veri tabanı programına aktararak, tanımlayıcı istatistikler ardından bağımsız değişkenlerin (sosyodemografik özellikler ve sağlık özellikleri) intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkisinin araştırılması için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bu analiz için

cinsiyet açısından kadın “0”, erkek “1”; yaş açısından 24 yaş ve altı “1”, 25 yaş ve üstü “0”; eğitim düzeyi ile ilgili olarak ortaokul ve altı “1”, lise ve üstü için “0”; medeni durum açısından halen evli ve birlikte yaşıyor “0”, hiç evlenmemiş-dul-boşanmış-ayrı yaşıyor olmak “1”; meslek açısından ev kadınları, işsiz ve öğrenciden oluşan geliri olmayanlar için “0”, memur, serbest, emekli ve işçiden oluşan geliri olanlar için “1” olarak yeniden kodlanmıştır. Şimdiye kadar 6 ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içmeyenler “0”, içenler “1”; şimdiye kadar 6 ay veya daha uzun süre belli aralıklarla alkol kullanmayanlar “0”, kullananlar “1” olarak kodlanmıştır. Kronik hastalık olmayanlar “0”, olanlar “1”, sakatlık olmayanlar “0”, olanlar “1” olarak yeniden kodlanmıştır. Daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirme açısından hayır “0”, evet ise “1”; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından hayır “0”, evet ise “1” olarak kodlanmıştır. “0” olarak kodlanan değişkenler referans grup olarak alınmıştır. Analiz için intihar düşüncesi ve girişimi bağımlı değişken olarak alınıp her bağımlı değişken için bağımsız değişken olarak tüm sosyodemografik veriler birlikte, sağlık ile ilgili değişkenler birlikte alınmış ve “enter yöntemi” ile bağımlı değişkenler üzerine olan etkileri incelenmiştir.

BULGULAR

Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Deneklerin % 54.7’si (s=594) kadın, % 42.9’u (s=465) ilkökul mezunu, % 75.8’i (s=823) evli, % 38.8’i (s=421) ev kadını olarak saptanmıştır. Yaş ortalaması 38.2±13.4 olarak bulunmuştur. Örneklemin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

İntihar Düşünce ve Girişimi Yaygınlığı

İntihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı % 6.6 (s=72) iken, intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı % 2.3 (s=25) olarak saptanmıştır.

İntihar Düşüncesi ve Girişiminde Bulunanların Sosyodemografik Özellikleri

İntihar düşüncesi olanların % 68.1’i (s=49) kadın, % 39’u (s=28) ilkökul mezunu, % 68.1’i (s=49) evli-birlikte yaşıyor, % 43.1’i (s=31) ev kadını olarak saptanmıştır (Tablo 1). İntihar girişiminde bulunanların % 68’i (s=17) kadın, % 48’i (s=12) ilkökul mezunu, % 68’i (s=17) evli, % 36’sı (s=9) ev kadını olarak saptanmıştır (Tablo 1).

İntihar Girişimi ile İlgili Özellikler

İntihar girişimi olgularının % 88'inde (s=22) girişimi güdüleyen bir yaşam olayı saptanmıştır. İntihar girişimini güdüleyen yaşam olayları içinde eş ile geçimsizlik (s=11, % 44) en sık neden olarak bulunmuştur. Diğer yaşam olayları sırasıyla kaynana ile çatışma (s=3, % 12), ekonomik güçlük (s=3, % 12), anne ile çatışma (s=2, % 8), eş yitimi (s=1, % 4), ölüm görme (s=1, %4), arkadaşı ile çatışma (s=1, % 4) olarak saptanmıştır. İntihar girişimlerinin % 64'ünün (s=16) plansız olduğu, % 92'sinde (s=23) intihar notunun yazılmadığı saptanmıştır. İntihar davranışını önceden haber vermenin % 88'sinde (s=22) intihar olmadığı gözlenmiştir. İntihar girişimlerinin % 88'i (s=22) evde gerçekleştirilmiştir.

İntihar girişimi yöntemi incelendiğinde % 64'ünün (s=16) aşırı doz ilaç, % 16'sının (s=4) kesici alet, % 8'inin (s=2) yüksekten atlama, % 8'inin (s=2) ateşli silah, % 4'ünün (s=1) ası-boğulma yolu ile intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunanların % 24'ünde (s=6) önceden intihar girişimi, % 16'sında (s=4) ailede intihar girişimi, % 40'ında (s=10) yakın çevrede intihar girişimi olduğu saptanmıştır.

Çocuklukta parçalanmış aile % 12'sinde (s=3), suç kaydı % 4'ünde (s=1), çocukluk çağı kötüye kullanımı % 8'inde (s=2) saptanmıştır.

Sosyodemografik Değişkenler ve Kişisel Sağlık Durumunun İntihar Düşünce ve Girişimine Etkisi

Lojistik regresyon analizi ile yapılan değerlendirmeye sonucunda intihar düşüncesi kadınlarda (p=0.012), şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içenlerde (p=0.001), şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre belli aralıklarla alkol kullananlarda (p=0.028), daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirenlerde (p<0.0001), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda (p=0.021) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. İntihar girişi de şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içenlerde (p=0.005), daha önce psikiyatrik bir hastalık geçirenlerde (p<0.0001), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda (p=0.029) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bu araştırmada Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve intihar girişimi yaygınlıkları (% 6.6 ve % 2.3) literatürdeki, özellikle Batı ülkelerindeki oranlardan düşük bulunmuştur. İntihar düşüncesi "hiç intihar etmeyi ciddi olarak düşündüğünüz oldu mu?" ve intihar girişimi "hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?" soruları ile sorgulanmıştır. Bu iki soru belirlenirken Kessler ve arkadaşlarının (1999) araştırmasında intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığının belirlenmesi amacıyla deneklere sorduğu sorulardan yararlanılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ulusal Komorbidite Araştırmasında toplam 5877 kişi ile görüşme yapılmış, intihar düşüncesi yaygınlığı % 13.5 ve intihar girişimi yaygınlığı % 4.6 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark. 1999). Weissman ve arkadaşlarının (1999) ABD, Kanada, Porto Riko, Fransa, Almanya, Lübnan, Tayvan, Kore, Yeni Zelanda'dan oluşan toplam dokuz ülkeden 40.000 kişiden oluşan bir örneklem üzerinde yaptıkları araştırmada intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı ile birlikte risk etmenlerinin araştırılması amaçlanmıştır. Genel popülasyonda yapılmış ilk çok merkezli araştırma olarak kabul edilen bu araştırmada dokuz ülkedeki yaşam boyu intihar düşüncesi yaygınlığının % 10-18, intihar girişimi yaygınlığının % 3-5 arasında olduğu bildirilmiştir. İntihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı Beyrut'ta % 2.09 iken Yeni Zelanda'da % 18.51; intihar girişimi ise Beyrut'ta % 0.72 iken Porto Riko'da % 5.93 olarak dünyanın değişik bölgelerinde bulunan ve kültürel farklılıklar gösteren bu ülkelerin çoğunda kadın ve boşanmış olma ortak risk etmeni olarak saptanmıştır. Bazı toplumlarda görüldüğü gibi bizim örneklemimizde de intihar girişimi yaygınlığının düşük olması sosyal destek sistemlerinin yeterliliği, aile bağlarının kuvvetli olması, zor durumdaki insanlara yardımcı olma gibi kültürel ve dinsel nedenlerle açıklanabilir.

Bu araştırmada kadınların daha fazla intihar düşüncesi içinde bulunduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürdeki "kadınlarda erkeklere göre daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi olmaktadır" bilgisini desteklemektedir (McClure 1984, Hawton 1987, Kessler ve ark. 1999, Hirschfeld ve Russell 1997).

En sık kullanılan intihar girişimi yöntemi % 64 ile aşırı doz ilaç kullanımıdır. Literatürde de intihar girişimlerinde en çok kullanılan yöntem, ilaç

olarak kendini öldürme girişimidir (Goldstein ve ark. 1991, Bille-Brahe ve ark. 1997). Analjezikler, antidepresanlar, antipsikotikler ve kardiyovasküler ilaçlar en sık kullanılan ilaçlar olarak gösterilmektedir (Andersen ve ark. 2001).

İntihar girişimlerinin % 25'inin yinelenildiği ve bu yinelenmelerin % 30'unun ölümle sonuçlandığı bilinmektedir (Goldstein ve ark. 1991). İntihar girişimini izleyen ilk 6 ay en riskli dönem olarak bildirilmektedir (Rygnestad 1997, Tejedor ve ark. 1999, Cheng ve ark. 2000). Özellikle erkeklerde ilk yıl içinde intihar girişimi riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Suokas ve ark. 2001). Genellikle ciddi yöntemlerle intihar girişimi olduğunda ölüm riskinin arttığı, kadın olmanın riski azalttığı bilinmektedir (Dingman ve McGlashman 1988). Bu çalışmada da intihar girişiminde bulunanların % 24'ünde önceden intihar girişiminin olduğu gözlenmiştir. İntihar girişimi öyküsünün varlığı intihar girişimi için önemli bir yordayıcı etken olarak düşünülmelidir.

Bu çalışmada intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunun önceden haber vermediği (% 88), plansız girişimde bulunduğu (% 64) ve yazılı not bırakmadığı (% 92) saptanmıştır. Plansız ve dürtüsel şekilde ortaya çıkan bu intihar girişimleri özellikle bir yaşam olayına tepki olarak açıklanabilir. Bunu doğrulayan bir bulgu da büyük oranda intihar öncesi girişimi güdüleyen bir yaşam olayının bulunmasıdır (% 88). İntihar girişiminde bulunan hastalar genellikle olgunlaşmamış, benmerkezcil, fazla bağımlılık gereksinimleri olan, dürtü kontrolleri zayıf bireylerdir (Mann ve ark. 1999, Foster ve ark. 1999). Bu özellikleri taşıyan B kümesi kişilik bozukluklarına sahip intihar girişimli bireyler daha fazla depresif, anksiyöz ve dürtüsel olmakla birlikte intihar girişiminin öldürücülüğünün daha az olduğu saptanmıştır (Stanley ve ark. 2001, Roy 2000, Siever ve Davis 1991).

İntiharlar genellikle stres yaratan yaşam olaylarından sonra olmaktadır (Brent ve ark. 1993, Gould ve ark. 1996). Bu yaşam olayları sıklıkla eş ile ilişkili sorunlar, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey gibi psikososyal stres etkenleridir (Stack 2000). Birey için önemli olan kişilerle ilişki sorunları ilk sırada yer almaktadır (Sayıl 2002). Burada önemli olan kişi eş olabildiği gibi, erkek ya da kız arkadaş da olabilir. İntihara neden olan olay, birey için önemli olan bu kişi ile intihardan önceki haftada ciddi bir kavgaın yaşanmasıdır (Odağ 1995). Bu çalışmada başta eş ile geçimsizlik (% 47.8)

olmak üzere ilişki sorunları güdüleyici etkenler olarak ortaya çıkmıştır. İntihar girişiminde bulunanların % 36'sının ev kadını olduğu saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da intihar girişiminin ekonomik olarak bağımsızlığı olmayan ev kadını, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Sayıl ve ark. 1993, Çayköylü ve ark. 1997).

Bir psikiyatrik bozukluk olması, özellikle depresyonun varlığı intihar girişimini artıran bir etmendir (Kuo ve ark. 2001, Cheng ve ark. 2000, Harris ve Barraclough 1997). Bekaroğlu ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında intihar esnasında veya özgeçmişte ruhsal bir hastalık olduğuna dair veriler elde edilenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da intihar girişiminde bulunanlarda psikiyatrik öykü % 36 oranında bulunmuştur. Bu durum literatürde bildirildiği gibi ruhsal hastalıkların intihar girişimini kolaylaştırıcı bir etmen olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada intihar düşüncesi olanlarda sigara ve alkol kullanımının, intihar girişimi olanlarda sigara kullanımının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. İntihar düşünce ve girişimlerinin madde kullanımında sık görüldüğü bilinmektedir (Borges ve ark. 2000, Cheng ve ark. 2000). Bekaroğlu ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, intihar eden kişilerde düzenli alkol kullanımına ait verilerin elde edildiği bildirilmektedir. Alkol bağımlılığı, uzamış bir intihar eylemi olarak değerlendirilmektedir (Sayıl 2002). Alkol bağımlılarının işlerine, bedenlerine ve ilişkilerine karşı gösterdikleri yıkıcı tutum gizli intihar eğilimlerinin belirtisi olarak anlaşılmaktadır. Alkol, sigara ve diğer madde bağımlılarının doğrudan intihar eylemi yerine bu maddeleri alarak yavaş yavaş kendini öldürme yolu seçtikleri belirtilmektedir (Odağ 1995).

Daha önce yapılan çalışmalarda, ülkemizde intihar ve intihar girişimi hızlarının son 10 yılda hızla artıyor olmasına rağmen dünya geneline göre alt sıralarda yer aldığı bilinmektedir. Welch (2001)'in bildirdiğine göre dünya genelinde farklı ülke ve kültürlerde intihar girişimi sıklığı 2.6-1100/100.000 arasında değişmektedir. Sayıl ve Devrimci-Özgüven (2002)'in çalışmasında Ankara'da 1988 ile 1998 yılları arasında tamamlanmış intiharların % 25 arttığı bildirilmektedir. Trabzon'da 1995 yılı intihar sıklığı 2.6/100.000 (Bekaroğlu ve ark. 1999) ve intihar girişimi sıklığı 31.5/100.000 (Bekaroğlu ve ark. 2000) olarak belirtilmektedir.

Ankara-Mamak'ta 1998-2001 yılları arasında intihar girişimlerinin sıklığını saptamak amacıyla yapılan 4 yıllık bir araştırmada ilk yıl 57.9/100.000 olan yıllık hız, dördüncü yılda 112.1/100.000 olarak bildirilmektedir (Devrimci-Ozguven ve Sayıl 2003).

Bu araştırmanın önemli bir kısıtlılığı intihar düşüncesi ve girişiminin yaşam boyu yaygınlığının iki soru ile değerlendirilmesi ve herhangi bir ölçek kullanılmamış olmasıdır. Ancak bu tür uygulamaları başka çalışmalarda da görmek mümkündür (Kessler ve ark. 1999). Araştırmada alkol ve sigara kullanım miktarı ve sıklığı açısından bir sorgula-

manın yapılmamış olması da başka bir kısıtlılıktır. Ancak toplumu temsil edebilecek nitelikte ve geniş bir örneklemede gerçekleştirilmiş olması nedeniyle ülkemizde intihar davranışı ile ilgili güvenilir epidemiyolojik veriler sunmakta olan bir çalışmadır. Çalışmada kadın olma, kişide sigara ve alkol kullanımı öyküsü olması, özgeçmiş ve soygeçmişte psikiyatrik tedavi öyküsünün olması intihar düşüncesi ve girişimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu risk etmenleri ile birlikte yapılacak yeni araştırmalarda saptanabilecek diğer etmenlerin bilinmesi intihar girişimlerinin önlenmesine yardımcı olacak programların geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

Altındağ A, Sır A, Özkan M (2001) Türkiye'de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye'de Psikiyatri*, 2:79-86.

Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU ve ark. (2001) Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 104:458-465.

Baxter D, Appleby L (1999) Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry*, 175:322-326.

Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoglu Ç ve ark. (1999) Trabzon'da 1995 yılı intihar insidansı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10:190-200.

Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoglu Ç ve ark. (2000) Trabzon'da 1995 yılı intihar girişimi insidansı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:95-102.

Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D (1997) A repetition-prediction study of European parasuicide populations. *Acta Psychiatr Scand*, 95:81-86.

Borges G, Walters EE, Kessler RC (2000) Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *American Journal of Epidemiology*, 151:781-789.

Brent DA, Perper JA, Moritz G ve ark. (1993) Stresful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide Life Threat Behav*, 23:179-187.

Cheng ATA, Chen THH, Chen CC ve ark. (2000) Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*, 177:360-365.

Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ ve ark. (1997) Özkırım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*, 5:37-42.

DİE (1990) İstatistiklerle Türkiye 1990. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.

DİE (2000) İstatistiklerle Türkiye 2000. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.

Devrimci-Ozguven H, Sayıl I (2003) Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*, 48:324-329.

Dingman CW, McGlashan TH (1988) Characteristics of patients with serious suicidal intentions who ultimately commit suicide. *Hosp Comm Psychiatry*, 39:295-299.

Foster T, Gillespie K, McClelland R ve ark. (1999) Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *Br J Psychiatry*, 175:175-179.

Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A ve ark. (1991) The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 48:418-422.

Gould MS, Wallenstein S, Kleinman M ve ark. (1990) Time-space clustering of teenage suicide. *Am J Epidemiology*, 131:71-78.

Gould MS, Fisher P, Parides M ve ark. (1996) Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 53:1155-1162.

Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170:205-228.

Hawton K (1987) Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry*, 150:145-153.

Hirschfeld R, Russell JM (1997) Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med*, 337:910-915.

Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56:617-626.

Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY (2001) Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*, 31:1181-1191.

Mann JJ, Waternaux C, Haas GL ve ark. (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156:181-189.

McClure GMG (2000) Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psychiatry*, 176:64-67.

McClure GMG (1984) Recent trends in suicide among the young. *Br J Psychiatry*, 144:134-138.

Odağ C (1995) İntihar (Özkırım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir.

Rygnestad T (1997) Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and cause of death. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32:443-450.

Roy A (2000) Psychiatric Emergencies. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry VII.Ed. (Eds) BJ Sadock, VA Sadock. Williams and Wilkins, Baltimore, s. 2031-2055.

Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan İ ve ark. (1997) Sağlık ocağına başvuran hastalarda dissosiyatif (konversiyon) belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8:161-169.

Sayıl I (2002) İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. Psikiyatrik Epidemiyoloji (Ed) O. Doğan. Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s. 118-123.

Sayıl I, Devrimci-Ozguven H (2002) Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis*, 23:11-16.

Sayıl I, Oral A, Güney S ve ark. (1993) Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 1:56-61.

Sır A, Özkan M, Altındağ A ve ark. (1999) Diyarbakır'da Özkıyım ve Özkıyım Girişimleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 10:50-57.

Siever U, Davis KL (1991) A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry, 148:1647-1658.

Stack S (2000) Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide Life Threat Behav, 30:163-176.

Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V ve ark. (2001) Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? Am J Psychiatry, 158:427-432.

Suokas J, Suominen K, Isometsa E ve ark. (2001) Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand, 104:117-121.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1998) Örnekleme. Biyoistatistik (Ed) K. Sümbüloğlu, V. Sümbüloğlu. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara: 245-267.

Tejedor M, Diaz A, Castillon J ve ark. (1999) Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study. Acta Psychiatr Scand, 100:205-211.

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

Welch SS (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatr Serv, 52:368-375.

Wiedenmann A, Weyerer S (1993) The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. Acta Psychiatr Scand, 88:364-368.

Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU ve ark. (2001) Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. Acta Psychiatr Scand, 104:332-339.

TÜRKİYE SİNİR ve RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2006

- 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "**Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2006**" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
- 2005 ödülü olarak **3.000 YTL.** ve ödül belgesi verilecektir.
- Çalışma:
 - Yayınlanmamış ya da 2004-2005 yıllarında yayımlanmış, yabancı dilde hazırlanmış ise Türkçe çevirisi de bulunan özgün bir araştırma ya da kuramsal inceleme olabilir.
 - Çalışma yayınlanmamış ise, Türk Psikiyatri Dergisi yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adresleri, telefon-faks numaraları, çalışmanın yapıldığı yer ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir. Asıl araştırmacı Türk vatandaşı olmalıdır.
 - Çalışma 6 kopya olarak en geç **31 Aralık 2005** tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül 2006 şubat ayında her yıl Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kurul

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Doç. Dr. İlgi Ertem
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Prof. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Büklüm Sokak 89/3
Kavaklıdere, 06700 Ankara