

Bahar / Spring 2017

Cilt / Volume 7

Sayı / Issue 1

Psikiyatride Güncel yılda dört kez (Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) yayımlanan yaygın süreli bilimsel yayındır.
Four issues published annually: March, June, September, December

TPD adına Sahibi ve Sorumlu Müdürü / Published by Psychiatric Association of Turkey

E. Timuçin Oral

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief

Ömer Aydemir

Yayın Yönetmeni / Editor

Mustafa Sercan

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Associate Editors

Berna Binnur Kıvırcık Akdede, Artuner Deveci, Kürşat Altınbaş

Danışma Kurulu* / Advisory Board

Fisun Akdeniz, *İzmir*

Murat Demet, *Manisa*

Cem İncesu, *İstanbul*

Zeliha Tunca, *İzmir*

Erhan Akıncı, *Şanlı Urfa*

Halise Devrimci Özgüven, *Ankara*

İsmet Kırpınar, *İstanbul*

Raşit Tükel, *İstanbul*

Tunç Alkın, *İzmir*

Burcu Rahşan Erim, *Balıkesir*

Işın Baral Kulaksızoğlu, *İstanbul*

Simavi Vahip, *İzmir*

Cem Atbaşoğlu, *Ankara*

Turan Ertan, *İstanbul*

Fatih Öncü, *İstanbul*

Yankı Yazgan, *İstanbul*

Ayşe Devrim Başterzi, *İstanbul*

Cüneyt Evren, *İstanbul*

Özen Önen Sertöz, *İzmir*

Olcay Yazıcı, *İstanbul*

Can Cimilli, *İzmir*

Peykan Gökalp, *İstanbul*

Hüseyin Soysal, *İstanbul*

Mustafa Yıldız, *Kocaeli*

Ayşen Esen Danacı, *Manisa*

Leyla Gülseren, *İzmir*

Cengiz Tuğlu, *Edirne*

Şahika Yüksel, *İstanbul*

*Danışma Kurulu Psikiyatride Güncel dergisinde konuk yönetmenlik yapmış eğitimcilerden oluşmaktadır.

Yazışma adresi / Corresponding address

Türkiye Psikiyatri Derneği

Tunus Cad. 59/5

Kavaklıdere, Ankara

Tel. 0312 468 74 97

www.psikiyatri.org.tr

e-posta:

soaydemir@yahoo.com

Grafik Tasarım ve Yayın Hizmetleri / Publishing Services

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cd. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel : 0 312 431 3062

Faks : 0 312 431 3602

e-posta : info@bayt.com.tr

Baskı / Printing

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.

Matbaacılar Sanayi Sitesi 1516/1 Sk. No: 27

Yenimahalle, Ankara

Tel : 0 312 395 2128

Faks : 0 312 395 2349

ISSN 2146-331X

Baskı Tarihi: Nisan 2017

yazarlara bilgi

Yazıların İçerdiği Alt Bölümler ve Özellikleri

- **Başlık**
- **Yazar(lar)**
- **Yazar(lar)ın kısa özgeçmişi** (Her yazar için 50 kelime)
- **İletişim:** Yazar(lar)ın tercih ettiği iletişim adresi/e-posta adresi
- **Anahtar sözcükler:** Index Medicus'a göre belirlenmiş en az 3 en çok 6 anahtar sözcük
- **Türkçe Özet** (200-250 kelime)
- **İngilizce Özet** (250-300 kelime)
- **Yazı:** Her yazı en az 8, en çok 12 sayfadan oluşur. Yazıların belirtilen sayfa sayıları **kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç** tutularak ve **tek aralıkla** yazılmış biçime göre verilmiştir. Yazıların 12 font büyüklüğünde ve **Times New Roman** fontunda kaleme alınması gerekmektedir.
- **Olgu sunumu:** Her yazının sonunda konu ile ilgili bir olgu sunumuna yer verilmesi beklenmektedir. İşlenen konuyu iyi bir şekilde örnekleleyen bir olgu, tek aralık ve A4 boyutunda bir sayfaya sığacak şekilde yazılmalıdır. Gerçek hasta örneklerinde hasta kimliğinin anlaşılmasını sağlayacak önlemler özenle alınmalıdır.
- **Tablolar, şekiller ve resimler:** Yazılarda okumayı, anlaşılmayı ve sonuçta eğitimi kolaylaştıracak tablo ve şekillerin her biri en sonda ayrı sayfalarda verilmeli ve metin içinde girecekleri yerler belirtilmelidir.
- **Alıntı pencerelerine metinden cümle önerileri:** Her yazının içinde 5-8 alıntı penceresi oluşturulacak ve bu pencerelerde yazının içinden bazı cümleler/çok kısa paragraflar okuyucunun konuya ilgisini çekmek üzere bu pencerelerde ayrıca verilecektir. Bu nedenle yazarların bu doğrultuda yapacakları öneriler konuk yayın yönetmenleri ile yayın yönetmenlerine yardımcı olacaktır. Bu alıntı pencerelerine alınacak cümle ya da cümlelere ilişkin önerilerin yazarlar tarafından ayrı bir sayfada sunulması beklenmektedir.
- **Kaynaklar:** Kaynak gösterimi ve Kaynak Künyesi Yazım Kuralları örnekleri için aşağıdaki "Kaynak Yazım Kuralları" bölümüne bakınız.

Kaynak Yazım Kuralları

Metin içinde kaynak gösterimi

- Kaynak gösteriminde Vancouver Stili kullanılacaktır.
- Kaynaklar metin içerisinde çıkış sırasına göre numaralandırılacaktır.
- Metin içinde numaralar üstsimgel niteliğinde yazılacaktır. Örnek:¹.

Kaynaklar listesinde kaynak künyesi yazım kuralları

- Kullanılan kaynakların listesi yazının bitiminde "Kaynaklar" başlığı altında verilir.
- Kaynak künyesi yazımında Vancouver Stili kullanılır.
- Kaynaklar metin içinde çıkış sırası dikkate alınarak numaralanır. Kaynaklar Listesinde numaralar yuvarlak parantez içinde verilir. Örnek: (1)
- Kaynak Listesinde tüm yazarların adları yer almalıdır.

- En sık kullanılan kaynak türleri olan "dergide yayımlanmış makale, kitap, editörlü kitap bölümü, yayımlanmamış tez, toplantıda sunulan bildiri ya da poster, dergide makale (elektronik), kitap (elektronik)" gibi kaynakların verilme biçimine ilişkin kurallar ve örnekler aşağıda verilmiştir. Bu örnekler dışında yer alan kaynak türlerine ilişkin yazım kuralları için Vancouver Yazım Stilinin daha ayrıntılı yer aldığı kaynaklara başvurulabilir.

Dergide makale (basılmış)

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- Yayın yılı;
- Cilt numarası (Sayı):
- Makalenin sayfa numaraları.

Örnek: Oral ET, Vahip S. Bipolar depression: an overview. *IDrugs* 2004; 7(9): 846-50.

Kitap

- Yazar(lar).
- Kitap adı (*italik yazılmalıdır*).
- Seri başlığı ve numarası (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer ilk baskı değilse).
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı;
- Yayın yılı.

Örnek: Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. İkinci Baskı. New York: Oxford University Press; 2007.

Editörlü kitapta bölüm

- Bölüm yazar(lar)ı.
- Bölüm başlığı.
- Editör (isimden sonra daima (ed.) yazınız)
- Kitap adı (*italik*).
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu.
- Yayın yeri:
- Yayıncı;
- Yayın yılı.
- Sayfa numaraları.

Örnek: Jefferson JW, Greist JH. Lithium. Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. 2377-90.

Yayımlanmamış tez

- Yazar.
- Tez adı (*italik yazılmalıdır*)
- (Uzmanlık Tezi) ibaresi.
- Kişinin uzmanlık eğitimi aldığı kurum adı.
- Tez kabul yılı.

Örnek: Sercan M. *Depresif Bozukluklarda Bedensel Belirtilerin Önemi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı; 1987.

Toplantıda sunulan bildiri ya da poster

- Yazar(lar).
- Bildiri adı.
- Kongre adı (*italik yazılmalıdır*)
- Kongre tarihi,
- Kongrenin yapıldığı yer.

Örnek: Sercan M, Ger C, Oncu F, Bilici R, Ural C. Immigration and Violence by Mentally Disordered Offenders. *World Psychiatric Association International Congress*, July 12 -16 2006, İstanbul.

Çevrimiçi kaynak gösterimi

Dergide Makale (Elektronik): Çevrimiçi makale, basılı olan ile aynı ise basılı olan kaynak gösterilmelidir. Farklılık varsa çevrimiçi olan kullanılır. Eğer dergi makalesinin bir DOI (digital object identifier) numarası varsa URL adresi yerine onu kullanınız. DOI makalenin çevrimiçi her zaman bulunmasını sağlayan ve yayıncı tarafından sağlanan geçici bir ayırt edici kimlik bilgisidir.

- Yazar(lar).
- Dergide basılmış makalenin adı.
- Derginin adı (*italik*)
- [Çevrimiçi]
- Yayın yılı:
- Cilt numarası:
- (Sayı)
- Makalenin sayfa numaraları.
- Ulaşılabileceği adres: URL ya da DOI
- [Erişim tarihi]

Örnekler:

(1) Arrami M, Garner H. A tale of two citation. *Nature* (Online)2008;451(7177):397-399. Ulaşılabileceği adres: <http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7177/full/451397a.html> [Erişim tarihi 20 Ocak 2008].

(2) Wang F, Maidment G, Missenden J, Tozer R. The novel use of phase change materials in refrigeration plant. Part1: Experimental investigations. *Applied Thermal Engineering*. [Çevrimiçi] 2007;27(17-18): 2893-2901. Ulaşılabileceği adres: doi:10.1016/j.applthermaleng.2005.06.011. [Erişim tarihi 14 Temmuz 2008].

Kitap (elektronik)

- Yazar(lar)/Editör (editör ise isimden sonra (ed.) yazınız)
- Başlık (*italik olmalıdır*)
- Seri adı/başlığı ve sayısı (eğer bir serinin parçası ise)
- Kaçınıcı baskı olduğu (eğer birinci baskı değilse) [e-kitap]
- Yayımlandığı/basıldığı yer (eğer birden fazla yer varsa ilk belirtilen yer adını kullanın)
- Yayıncı
- Yayın yılı
- Ulaşılabileceği adres: URL
- [erişim tarihi]

Örnek: Simons NE, Menzies B, Matthews M. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. A Short Course in Soil and Rock Slope Engineering. [Çevrimiçi] London: Thomas Telford Publishing; 2001. Edinilebileceği adres: [Erişim 18 temmuz 2008].

önsöz

Bahar 2017

Yaşam insanın tüm varlığını ifade eder. İnsanın ölme isteği olsun ya da olmasın, nedeni ne olursa olsun, tüm varlığını intihar davranışı ile tehlikeye atması, hatta sonlandırması her zaman ciddiye alınması gereken bir durumdur. İntihar insanın kendi eliyle gerçekleşmesi nedeniyle belki de en trajik ölüm sebebidir. Hiçbir hekim hastasını intihar ile kaybetmek istemez ama intihar davranışı psikiyatri alanında çalışan bir profesyonel için kaçınılmazı güç bir olgudur. Bu alanda çalışan her profesyonel er ya da geç bir, belki birden fazla hastasını, elinden gelen her şeyi yapmasına rağmen kaybetmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü intihar davranışını major bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirmiştir. Çünkü intihar davranışı, önlenemez bir ölüm nedeni olmasının ötesinde, sonuçları bakımından son derece yıkıcı bir olgudur. Psikiyatri alanında hizmet ettiğimiz her hastada ortaya çıkabilir, hastalar dışında zorlanma yaratan yaşam koşullarına bir tepki olarak hasta olmayan bireylerde de görülebilir. Neden olduğu kayıplar, mutsuzluklar ve yitirilmiş yaşam yıllarının yanında, ulusal sağlık sistemleri için de ciddi bir ekonomik yük oluşturur.

Ruh sağlığı çalışanlarının intihar davranışlarını tanımayı, intihar riskini değerlendirmeyi, bu konuda acil ve uzun süreli müdahaleleri yapmayı ve konunun hukuki yönünü bilmeleri gereklidir. Bu ancak psikiyatri asistanlık eğitimi sırasında ve asistanlık sonrasında sürekli tıp eğitiminin bir parçası olarak, bu alana yeterli zaman ve önem verilerek yapılabilir.

İntihar davranışının önlenmesinde bireysel katkılar önemlidir, bu yolla intihara bağlı kayıplar azaltılabilir ama intihar tek tek bireylerin çalışabileceği bir konu değildir; bu alanda yapılacak çalışmaların kapsamlı, sistematik olması ve devlet eliyle yürütülmesi gereklidir. Profesyonel bireylerin bu alandaki bilgi birikiminin ve becerilerinin artması, bu profesyonellerin riskli olguları yakalamasına, onlara yardım etmesine ve insanları korumasına büyük katkı sağlar. Ancak ülke çapında bir intiharı önleme programı içinde bireyler çok daha etkin ve yararlı olacaklardır. Aynı zamanda profesyonellerin kendilerinin travmatizasyonunun önlenmesi de böyle bir örgütlenmeyle sağlanabilir.

Sürekli tıp eğitimi tıbbın her alanında her hekimin aralıksız sürdürmesi gereken bir yaklaşımdır; bu konuda hastalarımıza, topluma ve öğrencilerimize karşı sorumluyuz. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin Psikiyatride Güncel Dergisi aracılığıyla sürekli tıp eğitimi konusunda çok önemli bir hizmet sunduğu açıktır. Bu hizmetin içeriğinde intihar davranışı alanına yer verilmesini çok olumlu buluyorum. Derginin bu sayısında intihar davranışını birçok yönüyle kapsamlı bir biçimde ele almaya çalıştık. İntihar davranışının epidemiyolojisi, nedenleri, riskin değerlendirilmesi, riskli hastaya müdahale ve bu davranışın bazı özel gruplarda taşıdığı özellikler on değerli yazıda ele alındı. Kuşkusuz intihar konusunda bilmemiz ve öğrenmemiz gerekenler bu sayıda yer alanlarla sınırlı değil. Bu sayıdaki yazı başlıklarını sayfa sınırlaması yanında, temel konulara ve uygulamaya dönük bilgilere öncelik vermemiz belirledi.

Bütün bölüm yazarlarına ve editörlükte bana yardım eden Prof. Dr. Mustafa Sercan'a gösterdikleri ilgi ve özen için teşekkür etmek istiyorum.

Umarım derginin bu sayısı intihar davranışı konusundaki duyarlılığımızı ve bilgi düzeyimizi artırmakta bizlere yararlı olur.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Halise Devrimci Özgüven
Konuk Yayın Yönetmeni

İçindekiler

Bahar 2017

Bu Sayının Konusu: İntihar

- | | |
|---|-----|
| ■ Önsöz | III |
| ■ İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri
<i>Bedriye Öncü</i> | 1 |
| ■ İntihar riskinin değerlendirilmesi
<i>Mehmet Eskin, Halise Devrimci Özgüven</i> | 15 |
| ■ İntihar girişimlerinde ilk yardım: yapılması ve yapılmaması gerekenler
<i>Halise Devrimci Özgüven, İpek Sönmez</i> | 27 |
| ■ İntihar davranışında tedavi stratejileri ve intiharın önlenmesi
<i>Çiğdem Aydemir</i> | 37 |
| ■ Psikiyatri hekimi ve intihar davranışına yasal yaklaşım
<i>Doğan Yeşilbursa</i> | 46 |
| ■ Çocuk ve ergenlerde intihar düşünce ve davranışlarına müdahale
<i>Pınar Uran Şenol</i> | 53 |
| ■ Yaşlılarda intihar davranışı ve müdahale ilkeleri
<i>Çınar Yenilmez</i> | 64 |
| ■ Cezaevi nüfusunda intihar davranışı ve müdahale ilkeleri
<i>Burcu Rahşan Erim</i> | 73 |
| ■ Asker intiharları
<i>Kâmil Nabit Özmenler</i> | 82 |
| ■ İntihar davranışında internet kullanımının olumlu ve olumsuz etkileri
<i>Direnç Sakarya</i> | 89 |

İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri

Bedriye Öncü

Özgeçmiş: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) mezunudur. AÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamladıktan sonra aynı bölümde bulunan Ergen Ünitesi'nde görevine devam etmiştir. Ergen ve erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, intiharlar ve intihara yönelik tutumlar üzerinde araştırmaları bulunmaktadır. Halen AÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir.

İletişim: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

E-posta: oncu@ankara.edu.tr

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünyada her yıl yaklaşık 800 bin kişi intihar sonucu ölmekte ve çok daha fazla kişi intihar girişiminde bulunmaktadır. Her yıl yaklaşık 50 ila 120 milyon kişinin intihar davranışından etkilendiği tahmin edilmektedir. Bireysel, ailesel ve toplumsal düzeydeki olumsuz etkileri ve ne kadar çok kişiyi etkilediği göz önüne alındığında intihar bir halk sağlığı sorunudur ve önlenmelidir. İntihar davranışı için risk etmenlerinin belirlenmesi risk altındaki grupların saptanmasına yardım edecek, değiştirilebilir ve tedavi edilebilir etmenlere müdahale edilmesini sağlayacak ve intiharın önlenmesine katkıda bulunacaktır. DSÖ intihar riskini arttıran etmenleri bireysel, ilişkisel, yaşam ve çevreyle ilgili, toplumsal ve sağlık sistemi düzeylerinde değerlendirmektedir. Bunlar arasında genetik ve biyolojik yatkınlık, ruhsal hastalıklar, intihar girişimi öyküsü ve ailede intihar öyküsü, ümitsizlik, yaşamsal krizler, ekonomik sorunlar, alkol kullanımı, kronik ağrı, sosyal destek yetersizliği, travma, istismar, intihar araçlarına ulaşımın kolay olması, medyanın etkisi, savaş ve felaketler, ayrımcılığa maruz kalma ve sağlık hizmetlerine ulaşımındaki engeller sayılabilir. İntihara karşı koruyucu etmenler de bulunmaktadır. Gebelik, küçük çocuğu olma, aileye karşı sorumluluk hissi, sevdiklerini üzme konusunda suçluluk duyma, kişinin intihara karşı olumsuz tutum ve değerleri olması, içinde yaşadığı kültür, bağlı olduğu din ya da manevi değerlerinin intihara karşı olumsuz tavrı olması koruyucu etmenlerdendir. Risk etmenleri ve koruyucu etmenlerin değerlendirilmesiyle bireysel düzeyde risk değerlendirmesi yapılabileceği gibi toplumsal düzeyde önleme çalışmaları da planlanabilecektir.

Anahtar sözcükler: intihar, epidemiyoloji, risk etmenleri, koruyucu etmenler

ABSTRACT

Suicidal behaviour: epidemiology and risk factors

According to World Health Organization (WHO) over 800,000 people die due to suicide every year and there are many more who attempt suicide. Approximately 50–120 million are profoundly affected by the suicide or attempted suicide of a close relative or associate. Considering the negative effects on individual, familial and societal levels and the large number of people effected, suicide is a public health problem and can be prevented. Determining risk factors for suicide and identifying risk groups would lead to interventions of changeable and treatable risk factors and help suicide prevention. WHO grouped the risk factors for suicide into areas that span across systemic, societal, community, relationship and individual risk factors. Among these are genetic and biological factors, mental disorders, past suicide attempts, family history of suicide, hopelessness, life crises, financial loss, alcohol abuse, chronic pain, lack of social support, trauma, abuse, easy access to suicide means, inappropriate media reporting, wars, disasters, discrimination, difficulties in accessing health care and in receiving the care needed, and stigma against people who seek help for suicidal behaviours, or for mental health problems. The interplay between biological, psychological, social, environmental and cultural factors is important in determining suicidal behaviours. There are also protective factors against suicide such as pregnancy, having young children, feeling responsible towards family, guilt feelings about hurting loved ones, negative personal attitudes and values towards suicide, negative attitude of the culture or religious beliefs towards suicide. Determining risk and protective factors would help suicide risk assessment on individual level and planning suicide prevention strategies on societal level.

Key words: suicide, epidemiology, risk factors, protective factors

İntihar davranışının epidemiyolojisi

İntihar davranışı; kişinin kendi ölümü ya da yaralanmasıyla sonuçlanabilecek eylemleri kendini öldürme niyetiyle yapması ya da yapmayı düşünmesidir¹. Tamamlanmış intiharlar, intihar girişimleri ve intihar düşünceleri “intihar davranışı” başlığı altında incelenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre dünyada her 40 saniyede 1 kişi, her yıl yaklaşık 800.000 kişi intihar sonucu ölmektedir². 2012 yılı verilerine göre; intihar dünyada ölüm nedenleri arasında 15. sırada, 15-29 yaş grubunda ise 2. sıradadır. Tüm intiharların %75'i düşük-orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir; yıllık yaşa göre standardize edilmiş intihar hızı tüm dünya için yüz binde 11.4'tür (Kadınlarda 8.0, erkeklerde 15.0)². İntihar hem hassas bir konu olduğu hem de bazı ülkelerde halen suç olduğundan DSÖ'ye yapılan bildirimlerin sağlıklı olmayabileceği ve gerçek intihar hızlarının bunun daha üstünde olduğu düşünülmektedir. Dünyada en sık kullanılan intihar yöntemleri sırasıyla tarım ilaçları, ası ve ateşli silahlardır².

İntihar girişimlerinin tamamlanmış intiharlardan 20 kat fazla olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ'nün 21 ülkeden yaklaşık yüz bin kişinin katıldığı Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nda intihar düşüncesi, planları ve girişimleri için yıllık prevalans tahmini gelişmiş ülkeler için sırasıyla %2, %0.6 ve %0.3, gelişmekte olan ülkeler için %2.1, %0.4 ve %0.4 olarak bildirilmiştir³.

Türkiye'de tamamlanmış intiharlarla ilgili veriler 1962 yılından itibaren önce T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), 2005 yılından sonra da Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından sistemli olarak toplanmaktadır. DİE ve TÜİK verilerine göre kaba intihar hızı ülkemizde 1977'de yüz binde 1.75'ken 2015'te yüz binde 4.11'e yükselmiştir⁴ (Kadınlarda 2.25, erkeklerde 5.95) (Tablo 1). DSÖ'ye göre Türkiye için yaşa göre standardize edilmiş intihar hızları 2012 yılında kadınlarda yüz binde 4.2, erkeklerde yüz binde 11.8'dir². TÜİK ve DSÖ verileri arasındaki farklılık TÜİK'in verilerinin yaşa göre standardize edilmemesinden kaynaklanmaktadır.

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de tüm yaş gruplarında intihar eden erkeklerin sayısı kadınlardan fazladır. Yirmi yaşın altında ise kadın erkek oranı değişmektedir. Bu grupta intihar eden kadınların sayısı erkeklere yaklaşmaktadır^{4,5}.

Tablo 1. Yıllara göre intihar sayısı ve kaba intihar hızları, 1975-2015 (TÜİK)^{4,5}

Yıl	İntihar sayısı	Kaba intihar hızı
		(Yüz binde)
2015	3 211	4,11
2014	3 169	4,11
2013	3 252	4,27
2012	3 287	4,37
2011	2 677	3,61
2010	2 933	4,01
2005	2 703	3,95
2000	1 802	2,80
1995	1 460	2,44
1990	1 357	2,46
1985	1 187	2,36
1980	750	1,69
1975	788	1,97

Kaynak: İntihar İstatistikleri (Ulaşım tarihi Ocak 2017)

1975-2011 yıllarına ilişkin intihar istatistikleri, Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı'ndan elde edilen bilgileri kapsamaktadır.

2012 yılından itibaren intihar istatistiklerinin, kurumsal yerlerde meydana gelen intihar olayları ile TÜİK ölüm belgesinden elde edilen intihar olayları da eklenerek kapsamı genişletilmiştir.

TÜİK verilerine göre 2015 yılında ülkemizde hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık kullanılan intihar yöntemi asıdır (%47.2). Bunu ateşli silahlar (%26.9), yüksekten atlama (%12.9) ve ilaç ve kimyevi maddeler kullanma (%6.3) izlemektedir⁴. Ülkemizde hem kadın hem de erkeklerin ası, ateşli silahlar ve yüksekten atlama gibi yöntemleri kimyasal maddelerden daha çok kullanması önemlidir ve intiharı önleme çalışmalarında ateşli silahların kontrolünün önemine işaret etmektedir.

İntihar davranışında risk etmenleri

DSÖ intihar davranışı için risk etmenlerini bireysel düzeyden sağlık sistemi düzeyine kadar değişen 5 basamakta incelemektedir².

1. Bireysel etmenler: Genetik ve biyolojik yatkınlık, ruhsal hastalıklar, intihar girişimi öyküsü, ailede intihar öyküsü, umutsuzluk, iş kaybı ya da ekonomik kayıplar, alkol/madde kötüye kullanımı, kronik ağrı.
2. İlişkisel etmenler: İlişki sorunları, anlaşmazlık ya da ayrılık, sosyal yalıtılmışlık, sosyal desteğin olmaması.

“Dünya Sağlık Örgütü’ne göre intihar davranışında risk etmenleri bireysel, ilişkisel, yaşanan çevreyle ilgili, toplumsal ve sağlık sistemiyle ilgili etmenler olarak sınıflandırılabilir.”

- Yaşanan çevreyle ilgili etmenler: Travma, istismar, ayrımcılık, kültürel yabancılaştırma ya da yer değiştirmeye bağlı stres, felaketler, savaş ve çatışmalar
- Toplumsal etmenler: Yardım arama davranışının toplum tarafından olumsuz etiketlenmesi, medyada intiharın uygunsuz bir şekilde yer alması, intihar araçlarına ulaşımın kolay olması.
- Sağlık sistemiyle ilgili etmenler: Sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk.

İntihar davranışı için risk etmenleri yakın (proksimal) ya da uzak (distal), değiştirilebilir ya da değiştirilemez nitelikte olabilir. İntiharı önleme çalışmalarında amaç bireysel, sosyal ve toplumsal düzeyde koruyucu etmenlerin güçlendirilip, değiştirilebilir risk etmenlerinin azaltılmasıdır.

Uzak risk etmenleri kişiyi intihar davranışına karşı hassas ve duyarlı hale getirir. Genetik etmenler, ailede intihar öyküsü, erken yaşlardaki olumsuz yaşam olayları, epigenetik etmenler, kişilik özellikleri, bilişsel stiller, kronik madde kullanımı uzak risk etmenleri arasında sayılabilir⁶. Bunları cinsiyet, güncel stresli yaşam olayları ve çevresel destek sistemleri modere etmektedir. *Yakın risk etmenleri* ise intihar düşünceleri, ümitsizlik, yakın zamanda yaşanan olumsuz yaşam olayları ve aktif psikopatoloji varlığıdır ve bunları da yaş, diğer sosyodemografik etmenler, sosyal destek sistemleri, sosyal çevre, dini/spiritüel inançlar ve alkol/madde kullanımı modere etmektedir⁶.

İntiharda risk etmenleri biyolojik, psikolojik, psikiyatrik ve sosyal etmenler olarak da sınıflandırılmaktadır.

“İntihar davranışında en çok serotonerjik sistem ve HPA ekseninde durulmaktadır.”

Sosyodemografik risk etmenleri

Yaş: DSÖ verilerine göre ülkesel ve bölgesel farklılıklar görülmekle birlikte genel olarak ergenler ve ileri yaşta-kilerde intihar riski yüksektir². Kuzey Amerika ve Batı Avrupa’da intihar hızları yaşla birlikte artarken, bazı ülkelerde gençlerde hızlı bir yükseliş görülüp orta yaşa doğru azalmaktadır^{2,7}. Gelişmiş ülkelerde en yüksek intihar hızları yaşlılardadır⁷. Ergenlerin yaşadığı hızlı psikolojik, biyolojik ve sosyal değişiklikler onları çevresel streslere daha duyarlı hale getirmekte, bireyselleşme isteğinin artmasıyla da ergenin aile, okul ve diğer sosyal destek sistemlerinden aldığı destek azalmaktadır^{1,8}. Ayrıca intihar için önemli risk etmenleri arasında sayılan duygudurum bozuklukları ve alkol-madde kullanımının başlangıcının ergenlikte olması da ergenlikte intihar hızlarının yüksek olmasında etkilidir⁹. Yaşlılıkta bedensel hastalıklar ve diğer nedenlere bağlı ölümlerin hızları yüksektir ve bu durum yaşlılık intiharlarının önemini gölgelemektedir⁷. İntihar girişiminde bulunan yaşlılar sosyal olarak yalıtılmıştır, düşünce tarzları daha katıdır ve gençlere göre ölme konusunda çok daha kararlıdır⁷. Yaşamak için nedeni olmayan ve kendini gereksiz hisseden yaşlılarda risk daha yüksektir⁶. Yaşlılıkta genel bedensel düşkünlük ve eşlik eden hastalıkların fazla olması nedeniyle intihar girişimleri gençlere göre daha ölümcül olabilmektedir. Ayrıca yaşlılarda yeme-içmeyi kesme, hayati ilaçları kullanmama şeklindeki pasif intihar girişimleri de görülebilmektedir⁶.

Cinsiyet: Dünyanın çoğu bölgesinde tamamlanmış intiharlar erkeklerde, intihar girişimleri ise kadınlarda daha fazladır. Bazı ülkelerde (örneğin, Irak, Çin, Asya-Pasifik ülkeleri) tamamlanmış intiharların kadınlarda daha fazla olduğu görülmektedir³. İntihar girişiminde bulunanlar arasında kadınların, tamamlanmış intiharlar içinde ise erkeklerin oranı daha fazladır³. Düşük-orta gelirli ülkelerde erkek intiharları kadınlardan 1.5 kat, gelir düzeyi yüksek ülkelerde 3 kat daha fazladır². Ülkemizde bu oran 2015 yılı için 2.6’dır (Kadınlarda 2.25, erkeklerde 5.95)⁴. Kuzey Amerika, Batı Avrupa, Avustralya’da bu cinsiyet dağılımı bütün yaş grupları için geçerlidir. Asya’daki bazı ülkelerde ise cinsiyet dağılımının farklı olduğu görülmektedir. Kimi ülkelerde kadın erkek oranları eşitlenirken (örneğin, Singapur, Hindistan’ın kırsal kesimleri), kimilerinde tamamlanmış intiharlar kadınlarda daha fazladır (örneğin, Çin)^{1,7}. 2015 yılı Türkiye İntihar İstatistiklerine göre Erkek/Kadın oranı 15 yaşın altındaki intiharlar için 0.7, 15-19 yaş grubu için 1.1’dir⁴. Erkeklerin kadınlardan daha

“İntihar edenlerin yaklaşık %90’ında psikiyatrik bir hastalık bulunmaktadır.”

dürtüsel olması, psikolojik sorunları için daha az yardım araması ve yardım önerilerini daha az kabul etmesi, sosyal bağlantılarının daha zayıf olması, daha ölümcül intihar yöntemleri kullanması ve madde kullanım hızlarının daha yüksek olması intihar hızlarındaki yüksekliğin nedenleri arasında sayılabilir⁷. Kadınlarda postpartum depresyon ve psikoz, aile içi şiddet ve istismar, cinsiyet rolüyle ilgili beklentilerin katı olması, toplumda cinsiyetler arası eşitsizliğin yerleşmiş olması intihar riskini arttıran özel durumlardandır⁷.

Meslek: Bazı mesleklerde intihar riski diğerlerine göre daha yüksektir. Örneğin çiftçiler (erkek) ve sağlık çalışanları (hekim, diş hekimi, hemşire, veteriner hekimler)^{7,9}. Bu meslek gruplarının intihar araçlarına ulaşmasının kolay olması, iş stresinin fazla olması, profesyonel yalıtılmışlık ve yardım arama konusunda isteksiz olmaları intihar riskinin yüksekliğine katkıda bulunuyor olabilir⁹.

Bunların dışındaki sosyodemografik özelliklerden eğitim düzeyinin düşük olması, dul ya da boşanmış olma, işsizlik, yalnız yaşama ve ekonomik sıkıntılar da intihar için risk etmenleri arasındadır¹⁰.

İntihar eğiliminin güncel durumu ve intihar girişimleri

Yaşamsal kriz dönemlerinde ya da stres altındaki kişilerin pek çoğunda intihar düşünceleri görülebilir. İntiharı düşünenlerin çoğu düşüncesini eyleme dökmez; bununla birlikte bireyin intiharı düşündüğünü bildirmesi ve intihar düşüncesinin ciddiyeti intihar için en önemli risk etmenlerindedir^{7,11}. Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında intihar düşünceleri olan kişilerin % 34’ünde bunların intihar planına dönüştüğü; intihar planı olanların %72’sinin de intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır¹².

İntihar düşünceleri pasif (yok olmak, uyuyup bir daha uyanmamak) ya da aktif (ince ayrıntılandırılmış planlar) nitelikte olabilir. İntiharı düşündüğünden, ümitsiz olduğundan ya da ölmüş olmayı istediğinden söz edenlere intihar niyeti ve planları özellikle sorulmalıdır.

İntihar düşünceleri aktifse, akut, yoğun, inatçı, kontrol edilemez, kalıcı ve süreklirse sürecin intiharla sonuçlanma riski yüksektir. Kişi intiharı düşünüyor ancak dile getirmiyorsa duruma müdahale olanağı kalmadığı için intihar riski yüksektir⁷. İntihar planının özellikleri de önemlidir. Seçilen yöntem, bu yöntemle ulaşma olanakları, eylem için seçilen zaman ve yer ve kişinin bu konuda yaptığı ön hazırlıklar intihar riskini etkiler. Önceden düşünülmüş ayrıntılandırılmış bir plan varsa, ölüm öncesi hazırlıklar yapıldıysa (intihar notu yazma, vasiyet hazırlama, kişisel eşyaları ya da malları dağıtma, belirlenen intihar yöntemine ya da araçlarına ulaşmayı güvenceye alma), ölümcül bir yöntem seçildiyse (ateşli silah ya da ası) kişinin bulunma olasılığını düşüren bir yer ve zaman seçildiyse intihar riski yüksektir⁷. İntihar sonucu ölenlerin %50’si daha önce en az bir kez, yaklaşık ¼’i önceki yıl içinde intihar girişiminde bulunmuştur ve genel nüfus için öyküde intihar girişiminin bulunması gelecekteki tamamlanmış intihar açısından en önemli risk etmenidir^{7,13-15}. İntihar girişiminde bulunan kişilerin yaşam boyu intihar riski %10-15 olarak bildirilmektedir¹⁶. İntihar girişimini izleyen ilk 1 yılda intihar riski genel toplumdaki yaklaşık 100 kat fazladır ve %2’si olaydan sonraki 1 yıl içinde hayatına son vermektedir¹⁷.

İntihar girişimi yakın zamanda gerçekleşiyse, birden fazla girişim öyküsü varsa, ölümcül yöntemler kullanıldıysa ve tehlikeli tıbbi sonuçlara yol açıyorsa, intihar tespit edilmeyi engelleyecek şekilde planlandıysa ve kişi hayatta kaldığı için hayıflanıyorsa intihar riski yüksektir^{7,18}.

Genetik ve biyolojik etmenler

İkiz ve evlat edinme çalışmaları intihar davranışında genetik etmenlerin önemine işaret etmektedir⁷. Genetik, beyin görüntüleme ve postmortem çalışmalarda öncelikle serotonerjik işlev bozuklukları ve hipotalamo-hipofizer-adrenal (HPA) eksen değişikliklerinin intihar riskiyle ilişkisi araştırılmaktadır. Son yıllarda pek çok başka sistemi düzenleyen genler, nörotrofik faktörler ve immünolojik belirteçler üzerinde de çalışılmaktadır.

Serotonerjik Sistem: İntihar davranışında beyinde hiposerotonerjik durum söz konusudur¹⁹. Postmortem çalışmalarda Beyin Omurilik Sıvısı’nda (BOS) serotonin metaboliti 5-HIAA (5-hidroksi indol asetik asit) düzeylerinin düşük olduğu, prefrontal korteks ve hipokampus 5HT_{2A} reseptörlerinin arttığı ve reseptör sonrası süreçlerde değişiklikler olduğu gösterilmiştir^{7,20-22}.