

Manisa İli'nde özkıyım girişimlerine ilişkin özellikler: Beş yıllık verinin değerlendirilmesi

Hatice Şimşek ^a, Guljan Donmez ^b, Tolga Binbay ^c, Erdem Erkoyun ^d, Reyhan Uçku ^e

Özet

Amaç: Manisa'da 2007-2011 yılları arasındaki özkıyım girişiminde bulunan olguların özelliklerinin cinsiyete göre incelenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki araştırma, Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün intihar girişimleri kayıt formlarının incelemesiyle yapılmıştır. **Bulgular:** Toplam 6827 olgunun 5311'i (%77.8) kadındır. Özkıyım girişiminde bulunan olguların %57.3'ü 15-24 yaş grubunda, %51.6'sı bekar, %62.2'si ilköğretim mezunudur. Olguların %95.8'inin özkıyım girişimi yöntemi zehirleyici maddedir. En yaygın özkıyım nedeni genel toplamda ve kadınlarda aile geçimsizliği-evlilik-çocuklarken, erkeklerde ruhsal hastalıktır. Özkıyım nedeni en sık, 15 yaş altında ve 15-24 yaş grubunda ebeveyn çatışmaları, 25-64 yaş grubunda aile geçimsizliği-evlilik-çocuklar, 65 yaş ve üzerinde ruhsal ve bedensel hastalıktır. **Sonuç:** Özkıyım girişiminde bulunan olguların çoğunluğu kadın, ergen/genç yaş grubu, ilköğretim mezunu olanlar, çalışmayanlardır. Başlıca özkıyım girişimi yöntemi ilaç ve zehirleyici madde kullanımındır. Nedenler de yaş grubu ve cinsiyete göre değişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Özkıyım, özkıyım girişimi, epidemiyoloji, risk etmeni

Retrospective evaluation of attempted suicides based on a register in the province of Manisa: Age and gender based variations of methods and reasons

Abstract

Objective: The study determined, by gender and age group, the characteristics of individuals who had attempted suicide in Manisa between the years 2007-2011.

Method: This was a descriptive study conducted by retrospective research of "suicide attempt entry forms". **Results:** A total of 6827 suicides were evaluated. 5311 (77.8%) were women, 57.3% were aged 15-24 years, 51.6% were single, 62.2% had graduated from primary schools. In 95.8% of the suicides the method of suicide was self-poisoning with drugs. The most common reasons for the suicide attempts in total and among women were family problems, marriage and children; mental illness among men. The most frequent reasons for the suicide attempts among those who were 15-24 years of age were conflicts with parents; among the age group of 25-64 the reasons were family problems, marriage or children, and among those who were 65 years and over the reasons were mental or physical illnesses.

^a Öğr. Gör. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Balçova, İzmir

^b Uzm. Dr., Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Manisa

^c Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Balçova, İzmir

^d Arş. Gör. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Balçova, İzmir

^e Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Balçova, İzmir

Sorumlu Yazar: Hatice Şimşek, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Balçova, İzmir; Tlf: 0232- 412 4001; E-mail: haticesimsek@yahoo.com

Geliş tarihi: 24.06.2013, Kabul tarihi: 23.01.2014

Conclusion: The main determinants of suicide attempts were female gender, adolescents and/or young adults, primary school as an educational level, unemployed individuals. The most frequent suicide method was self-poisoning. Reasons of attempts displayed variation based on age group and gender.

Key words: suicide, suicide attempt, epidemiology, risk factor

Giriş

Özkiyım kasıtlı olarak kendini öldürme eylemidir ve tamamlanmış özkiyım ve özkiyım girişimi olarak ikiye ayrılmaktadır. Tamamlanmış özkiyım ölümle sonuçlanan eylemlerken, özkiyım girişimi özkiyıma yönelik gerçekleştirilen ölümcül olmayan eylemlerdir.¹ Özkiyım dünya genelinde toplum sağlığı sorunudur ve her yıl yaklaşık bir milyon kişi özkiyım sonucu ölmektedir.¹ Özkiyımın küresel ölüm hızı yıllık 100,000'de 16'dır; yani dünyada her 40 saniyede bir kişi özkiyım sonucu ölmektedir.¹ Özkiyım girişimlerine bağlı yeti yitimlerinin küresel hastalık yükü içindeki ağırlığının giderek artacağı beklenmektedir.² Bu nedenle uluslararası ve ulusal düzeyde önleyici, bilgilendirici kampanyalar yürütülmekte, özkiyım ve özkiyım girişimlerinin sıklığı ve ilişkili risk etmenleriyle ilgili kayıtların yetkinleştirilmesi, genişletilmesi ve niteliğinin artırılması için çalışmalar yapılmaktadır.¹

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 2006 yılında özkiyım sonucu ölümlerin ve özkiyım girişimlerinin detaylı kaydını sağlayan bir uygulama başlatmıştır.³ Manisa İli de bu uygulama kapsamındaki pilot illerden biridir. Ayrıca özkiyım bilgileri 1962 yılından bu yana ülke genelinden derlenmektedir. Veri genişliğini artırmak için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2004 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM), 2006 yılında Jandarma Genel Komutanlığı (JGNK) ile protokol yapmıştır. Bu protokoller çerçevesinde EGM kapsamındaki özkiyım verileri 2008, JGNK kapsamındaki veriler 2009 yılından bu yana TÜİK tarafından derlenmektedir.⁴ Türkiye'de 2007-2011'de kaba özkiyım hızı sırasıyla 100,000'de 3.98, 3.96, 4.02, 4.02, 3.62'dir.⁴ Kayıtlara dayalı çalışmalarda yıllık özkiyım girişimi hızı 100,000'de 31.5-112.9'dur.⁵⁻⁸ Toplum örnekleminde yapılan

araştırmalarda özkiyım girişimi yaygınlığı %1.4-4.3'tür.⁹⁻¹¹

Özkiyım girişimleri, tamamlanmış özkiyımların altında yatan etkenlerin ve toplumsal örüntülerin anlaşılmasına katkı sağladığı gibi, aslında buzdağının görünmeyen kısmını oluşturmaktadır.¹² Bu nedenle farklı etkenlere dayanan kendine zarar verme davranışıyla ilgili dolaylı ve dolaysız birçok bilgi sağlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 2007-2011 yıllarındaki kayıtlarına göre, özkiyım girişiminde bulunan olguların özelliklerinin cinsiyete göre belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki araştırmada, Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 2007-2011 yıllarına ilişkin 'intihar girişimleri kayıt formları' incelenmiştir. Bu formlar 2006 yılında "Acil Servislerde İntihar Girişimine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş ve pilot illerde kullanılmaya başlanmıştır.³ Çalışmanın değişkenleri yıl, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, iş, sosyal sınıf, özkiyım yöntemi, özkiyım nedeni, kendisinde ve ailesinde psikiyatrik tanı varlığı ve özkiyım girişimi öyküsüdür. Veri SPSS 15.0 programıyla analiz edilmiş, yüzde dağılımları ile sunulmuştur. Kadınlar ve erkekler arasında, değişkenler açısından anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için Ki-kare analizi ya da çok gözlü düzenlerde Ki-kare analizi kullanılmıştır. Ortalama özkiyım girişimi farkı, bağımsız gruplarda t testi ile çözümlenmiştir. Araştırmanın izinleri Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Manisa Valiliği'nden alınmıştır.

Tablo 1. Olguların cinsiyete göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

	Kadın	Erkek	Toplam	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Yıl				0.009
2007	890 (16.8)	225 (14.8)	1115 (16.3)	
2008	938 (17.7)	241 (15.9)	1179 (17.3)	
2009	1188 (22.4)	354 (23.4)	1542 (22.6)	
2010	1234 (23.2)	337 (22.2)	1571 (23.0)	
2011	1061 (20.0)	359 (23.7)	1420 (20.8)	
Yaş grubu				<0.001
<15	138 (2.6)	20 (1.3)	158 (2.3)	
15-24	3164 (59.6)	746 (49.2)	3910 (57.3)	
25-34	1185 (22.3)	381 (25.1)	1566 (22.9)	
35-49	657 (12.4)	264 (17.4)	921 (13.5)	
50-64	110 (2.1)	63 (4.2)	173 (2.5)	
65+	21 (0.4)	24 (1.6)	45 (0.7)	
Bilinmeyen	36 (0.7)	18 (1.2)	54 (0.8)	
Medeni durum				<0.001
Bekar	2649 (49.9)	872 (57.5)	3521 (51.6)	
Evli	2195 (41.3)	498 (32.8)	2693 (39.4)	
Dul	169 (3.2)	33 (2.2)	202 (3.0)	
Boşanmış	95 (1.8)	27 (1.8)	122 (1.8)	
Nişanlı	81 (1.5)	17 (1.1)	98 (1.4)	
Ayrı yaşıyor	35 (0.7)	9 (0.6)	44 (0.6)	
Bilinmeyen	87 (1.6)	60 (4.0)	147 (2.2)	
Öğrenim durumu				0.010
Okuryazar değil	264 (5.0)	36 (2.4)	300 (4.4)	
Okuryazar	138 (2.6)	42 (2.8)	180 (2.6)	
İlköğretim	3312 (62.4)	933 (61.5)	4245 (62.2)	
Lise	1293 (24.3)	377 (24.9)	1670 (24.5)	
Üniversite	142 (2.7)	39 (2.6)	181 (2.7)	
Bilinmeyen	162 (3.1)	89 (5.9)	251 (3.7)	

*Ki-kare Analizi (Kadın erkek arası). Ki-kare Analizi'nde yaş grubu 24 ve altı/ 25-49/ 50+; medeni durum bekar-nişanlı/ evli/ dul-boşanmış-ayrı yaşıyor; öğrenim durumu ilköğrenim altı/ ilköğrenim/ lise ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.

Bulgular

Toplam olgu sayısı 6827'dir. Olguların 5311'i (%77.8) kadın, 1516'sı (%22.2) erkektir. Kadın-erkek oranı 3.5'tir. Olguların çoğunluğu 2010 (%22.6) ve 2009 (%23.0) yıllarına aittir. Manisa İli'nin kaba özkıyım girişimi hızları 2007-2011 yıllarında sırasıyla 100,000'de 84.5, 89.5,

115.8, 113.9, 106.0'dır. Yalnızca 2007 ve 2011 hızları karşılaştırıldığında fark anlamlıdır ($p<0.001$). Çoğunlukla olgular 15-24 yaşta (%57.3), bekar (%51.6), ilköğretim mezunudur (%62.2). Kadınlar ve erkekler arasında yıllar ($p=0.009$), yaş grubu ($p<0.001$), medeni durum ($p<0.001$) ve öğrenim durumu ($p=0.010$) açısından anlamlı fark vardır (Tablo 1).

Tablo 2. Olguların cinsiyete göre çalışma durumları ve sosyal sınıflarının dağılımı

Özellik	Kadın n (%)	Erkek n (%)	Toplam n (%)	p*
İş durumu				<0.001
Çalışmıyor	1395 (26.3)	489 (32.3)	1845 (27.0)	
Ev kadını	1767 (33.3)	0 (0.0)	1806 (26.5)	
Öğrenci	1275 (24.0)	255 (16.8)	1530 (22.4)	
Çalışıyor	693 (13.0)	593 (39.1)	1286 (18.8)	
Emekli	10 (0.2)	40 (2.6)	50 (0.7)	
Mahkûm	0 (0.0)	23 (1.5)	23 (0.3)	
Bilinmeyen	171 (3.2)	116 (7.7)	287 (4.2)	
Sosyal sınıf				0.010
Mavi yakalı işçi	257 (38.5)	254 (45.6)	511 (41.7)	
Niteliksiz hizmet işçisi	121 (18.1)	96 (17.2)	217 (17.7)	
Beyaz yakalı çalışan	92 (13.8)	71 (12.7)	163 (13.3)	
Yüksek nitelikli çalışan	16 (2.4)	3 (0.5)	19 (1.6)	
Kendi hesabına çalışan	20 (3.0)	36 (6.5)	56 (4.6)	
İşveren	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)	
Bilinmeyen	160 (24.0)	97 (17.4)	257 (21.0)	

^aMeslek bilgisi bulunan 667 kadın ve 557 erkek için oranlar.

*Ki-kare Analizi (Kadın erkek arası). Ki-kare Analizi'nde iş durumu çalışmıyor- ev kadını- emekli/ öğrenci/ çalışıyor; sınıf mavi yakalı- niteliksiz hizmet işçisi/ beyaz yakalı- yüksek nitelikli / kendi hesabına çalışan- işveren olarak gruplandırılmıştır.

Tablo 3. Olguların cinsiyete göre psikiyatrik hastalık ve özkıyım özelliklerinin dağılımı

Özellik	n (%)		
	Kadın	Erkek	Toplam
İntihar yöntemi			
İlaç- toksik madde	5140 (96.8)	1398 (92.2)	6538 (95.8)
Kesici alet	85 (1.6)	56 (3.7)	141 (2.1)
Yüksekten atlama	15 (0.3)	8 (0.5)	23 (0.3)
Kendini asma	5 (0.1)	14 (0.9)	19 (0.3)
Tüpgaz- doğalgaz	10 (0.2)	6 (0.4)	16 (0.2)
Ateşli silah	0 (0.0)	3 (0.2)	3 (0.04)
Yakma	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.02)
Bilinmeyen	56 (1.1)	30 (2.0)	86 (1.3)
Psikiyatrik tanı varlığı (Var)	1450 (27.3)	334 (22.0)	1787 (26.1)
İntihar girişimi öyküsü (Var)	1005 (18.9)	235 (15.5)	1240 (18.2)
Ailede psikiyatrik hastalık varlığı (Var)	293 (5.5)	61 (4.0)	354 (5.2)
Ailede özkıyım girişimi öyküsü (Var)	245 (4.6)	60 (4.0)	305 (4.5)

*Ki-kare Analizi (Kadın erkek arası). Ki-kare Analizi'nde intihar yöntemi ilaç-toksik madde/ diğer; diğer dört değişken var/yok olarak gruplandırılmıştır.

Yaş grubuna göre değerlendirildiğinde sıklıkla 24 yaş ve altındakilerin bekâr (%76.2), 25 yaş ve üzerindeki evli (%70.9) olduğu belirlenmiştir. Kadınların %33.3'ü ev kadını, %26.3'ü çalışmıyorken, erkeklerin %39.1'i çalışmamakta, %32.3'ü çalışmaktadır. Yaş grubuna göre değerlendirildiğinde 24 yaş ve altındakilerin %36.9'unun öğrenci, %30.9'unun çalışmadığı; 25 yaş ve üzerindeki %44.4'ünün ev kadını, %25.5'inin çalışıyor olduğu, %22.5'inin çalışmadığı saptanmıştır. Toplamda ise ilk sırayı çalışmayanlar almaktadır (%27.0). Meslek bilgisi bulunan 667 kadın, 557 erkek bulunmaktadır. Bu bilgilerden yola çıkarak belirlenen sosyal sınıf dağılımında ilk sırayı mavi yakalı işçiler almaktadır (Kadın: %38.5, Erkek: %45.6, Toplam: %41.7). Kadınlar ve erkekler arasında yapılan iş

($p < 0.001$) ve sınıf ($p = 0.010$) açısından anlamlı fark vardır (Tablo 2).

Özkıyım girişimi yöntemi sıklıkla ilaç ya da zehirleyici madde kullanımınıdır. Kadınlarda ilaç, toksik madde kullanımı erkeklere göre anlamlı olarak daha fazladır ($p < 0.001$) (Tablo 3).

Psikiyatrik tanı alan kişilerin 801'inin tanısı belirtilmemiştir. En yaygın psikiyatrik bozukluk depresyondur (828/1186; %69.8). Olguların %18.2'sinde özkıyım girişimi öyküsü bulunmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre kendisinde ($p < 0.001$) ve ailesinde psikiyatrik tanı varlığı ($p = 0.021$), intihar girişimi öyküsü ($p = 0.002$) anlamlı olarak yüksekken, ailede özkıyım girişimi öyküsü sıklığında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark yoktur ($p = 0.276$) (Tablo 3). Ortalama özkıyım

girişimi sayısı kadınlarda 1.30 (ortanca: 1.0), erkeklerde 1.24'tür (ortanca: 1.0) ve bu fark anlamlıdır (p=0.008). Ortalama özkıyım girişimi sayısı 24 yaş ve altında 1.26 (ortanca: 1.0), 25 yaş ve üzerinde 1.35'tir

(ortanca: 1.0) ve bu fark anlamlıdır (p<0.001). Özkıyım girişimi nedenlerinin cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4 ve 5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Olguların cinsiyetine göre özkıyım nedenlerinin dağılımı

Özellik	n (%)		
	Kadın	Erkek	Toplam
İntihar nedeni			
Ruhsal hastalık	1012 (19.1)	296 (18.9)	1298 (19.0)
Aile geçimsizliği- evlilik- çocuklar	1147 (21.6)	197 (13.0)	1344 (19.6)
Ebeveyn çatışmaları	768 (14.5)	142 (9.4)	910 (13.3)
Duygusal ilişki- Karşı cinsle sorunlar	500 (9.4)	267 (17.6)	667 (11.2)
Aile içi şiddet	305 (5.7)	31 (2.0)	336 (4.9)
İletişim sorunları	240 (4.5)	86 (5.7)	326 (4.8)
Ekonomik neden- çalışma yaşamı	170 (3.2)	172 (11.3)	242 (5.0)
Öğrenim başarısızlığı	192 (3.6)	23 (1.5)	215 (3.1)
Yalnızlık	148 (2.8)	41 (2.7)	189 (2.8)
Gelişim dönemi sorunları	140 (2.6)	27 (1.8)	167 (2.4)
Bedensel hastalık	138 (2.6)	38 (2.5)	176 (2.6)
Diğer*	84 (1.6)	58 (3.9)	87 (2.1)
Bilinmiyor	467 (8.8)	148 (9.8)	615 (9.0)

*Ölüm-kayıp, taciz-tecavüz, alkol ve madde bağımlılığı, evsiz kalma

Tartışma

Bu makalede Manisa İli'nde 2007-2011 tarihlerinde özkıyım girişiminde bulunan 6827 olgunun özellikleri incelenmiştir. Kaba özkıyım hızının 2011 yılında 2007 yılına göre anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur. Ancak bu fark mutlak bir artışı gösterebileceği gibi bildirim yapan personelin bildirimine ilişkin motivasyonunun artışına da bağlı olabilir. Özkıyım girişiminde bulunanlar arasında kadınlar erkeklerden 3.5 kat fazladır. Toplamda olguların çoğunluğunun 15-24 yaş grubunda, bekar, ilköğretim mezunu olduğu

ve özkıyım girişimi sırasında aktif çalışma hayatı içinde olmadıkları belirlenmiştir. Ancak 24 yaş ve altındaki olguların çoğunluğunun bekâr ve ilköğretim mezunu, 25 yaş ve üzerindekiilerin çoğunluğunun evli ve ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışanların çoğunluğu ise mavi yakalı işçidir. Türkiye'de yapılan araştırmalarda özkıyım girişiminde bulunan olguların çoğunluğunun kadın, 15-24 yaşta ve bekar olduğu bildirilmiştir.¹³⁻¹⁹ Bu çalışmalarda yaşa göre gruplandırma yapılmamıştır. Şanlıurfa'da ve Sakarya'da yapılan araştırmalarda özkıyım girişiminde bulunanların çoğunluğu ilköğretim

mezunudur.¹⁷⁻¹⁸ Sakarya'daki çalışmada sıklıkla kadınların ev kadını olduğu, erkeklerin çalışmadığı bildirilmiştir.¹⁷ Yapılan çalışmalarda özkıyım girişiminin

aksine tamamlanmış özkıyımlar erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir ve yaş ilerledikçe artmaktadır.^{4,20-22}

Tablo 5. Olguların yaş gruplarına göre özkıyım nedenlerinin dağılımı

Neden	<15	15-24	25-34	35-49	50-64	65+	Bilinmeyen
Ruhsal hastalık	16 (10.1)	653 (16.7)	353 (22.5)	212 (23.0)	46 (26.6)	10 (22.2)	8 (14.8)
Aile geçimsizliği- evlilik- çocuklar	0 (0.0)	413 (10.6)	532 (33.9)	332 (36.0)	47 (27.2)	8 (17.8)	12 (22.3)
Ebeveyn çatışmaları	53 (33.5)	755 (19.3)	73 (4.7)	19 (2.1)	3 (1.7)	0 (0.0)	7 (13.0)
Duygusal ilişki- Karşı cinsle sorunlar	15 (9.5)	636 (16.2)	98 (6.3)	15 (1.6)	1 (0.6)	1 (2.2)	1 (1.9)
Aile içi şiddet	10 (6.3)	159 (4.1)	92 (5.9)	57 (6.2)	12 (6.9)	4 (8.9)	2 (3.7)
İletişim sorunları	4 (2.5)	217 (5.5)	73 (4.7)	22 (2.4)	5 (2.9)	4 (8.9)	1 (1.9)
Ekonomik neden- çalışma yaşamı	0 (0.0)	95 (2.4)	113 (7.2)	112 (12.1)	20 (11.6)	2 (4.4)	0 (0.0)
Öğrenim başarısızlığı	12 (7.6)	200 (5.1)	2 (0.1)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Yalnızlık	3 (1.9)	129 (3.3)	28 (1.8)	20 (2.2)	6 (3.5)	2 (4.4)	1 (1.9)
Gelişim dönemi sorunları	20 (12.7)	143 (3.7)	4 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Bedensel hastalık	2 (1.3)	85 (2.2)	41 (2.6)	26 (2.8)	10 (5.8)	9 (20.0)	3 (5.6)
Diğer*	3 (1.9)	75 (1.9)	34 (2.1)	22 (2.4)	7 (4.0)	1 (2.2)	0 (0.0)
Bilinmiyor	20 (12.7)	350 (9.0)	123 (7.9)	83 (9.0)	16 (9.2)	4 (8.9)	19 (35.2)

*Ölüm-kayıp, taciz-tecavüz, alkol ve madde bağımlılığı, evsiz kalma

Özkıyım girişimlerinin kadınlarda daha yaygın olmasına ilişkin bazı görüşler öne sürülmektedir.²³ Bunlardan biri, kadınlar ile erkekler arasındaki hormonal ve nörotransmitter düzeyindeki, özellikle dürtüsel davranış ile serotonin arasındaki ilişki üzerinde durmaktadır.²⁴ Diğer görüş kadınlarda depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozuklukların daha yaygın olmasına ilişkindir.¹⁶ Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tüm diğer etkenleri üst-belirlediği, bu nedenle kadınlarda psikiyatrik bozuklukların ve özkıyım girişimlerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.²⁵ Tersine kadınlardaki bağlanma nedenleri ile (örn. bakım verilmesi gereken çocuklar) yaşamına son verme motivasyonunun erkekler göre daha düşük olduğu söylenmektedir.²⁶ Özkıyım girişimi genç yaş grubunda daha fazladır. Özkıyım epidemiyolojisinde sık tekrarlanan bu bulgunun öne sürülen en önemli nedeni, genç yaş grubunda dürtüsellik ve saldırgan davranışların daha yüksek olmasıdır.¹⁶⁻²⁷ Ancak dürtüsellik ve saldırgan davranışın hangi etkileşimle özkıyım yol açtığı belirsizdir. Bu özelliklerin psikopatoloji eğilimi yarattığı, özkıyımın bu eğilimden kaynaklandığı düşünülmektedir.²⁴ Ergenler / gençlerin risk grubu olduğu ve genç yaş grubunda olanların sıklıkla öğrenci olduğu düşünülürse, özellikle okul sağlığı hizmetlerinin ve oluşturulan ergen sağlığı birimlerinin yaygınlaştırılması ve işlerliğinin artırılması özkıyım girişimlerinin önlenmesini sağlayabilir.

Araştırmamızda kişide ve ailesinde özkıyım ve psikiyatrik hastalık öyküsü oranları önceki araştırmalarla benzer saptanmıştır.^{9,10,17} Ancak ailede psikiyatrik hastalık yaygınlığı genel toplum araştırmalarında bildirilen ailede psikiyatrik hastalık yaygınlıklarına göre daha düşüktür.²⁸ Bu

fark olasılıkla kayıtlardaki eksikliklerle ilgilidir. Çünkü psikiyatrik bozukluklar için yapılan genel toplum araştırmalarında aile öyküsü ayrıntılı biçimde alınmaktadır.²⁹ Araştırmamızın dayandığı kayıt sistemlerinde ise bu verinin kaynağı ayrıntılı bir sorgulama yerine özkıyım girişiminde bulunan kişinin verdiği "var/yok" biçimindeki yanıtıdır. Diğer yandan kişide ya da ailesinde psikiyatrik hastalık ve özkıyım öyküsünün bulunması özkıyım girişimi için risk oluşturmaktadır.^{9,10,30-33} Özellikle depresyon öyküsü ile özkıyım girişimi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.^{31,34,35} Bu açıdan öncelikli olarak özkıyım girişimlerinin ve psikiyatrik hastalık oluşumunun önlenmesi hedeflenmelidir. Özkıyım girişimi sonrası hastaların %21'i tekrar girişimde bulunabileceklerini belirttiklerinden bu bireylerin psikiyatrik izlemlerinin/kontrollerinin düzenli yapılması gereklidir.³⁶ İzlem/kontrol için erişilemeyen bireylere ve olası ise yakınlarına telefonla ulaşarak izlemin sürekliliğinin sağlanması ve bu yönde bireylerin motive edilmeleri alternatif bir yaklaşım olabilir.³⁷ Tek görüşme sonrası kontrollere gelmeyen hastaların ne kadarının tedaviyi reddettikleri için gelmediği, ne kadarında intihar girişimine neden olan durumun düzeldiği sorusu irdelenmelidir. Uygun yaklaşımla son iki dekatta batı toplumunda intihar olgularında azalma sağlandığı gösterilmiştir.³⁶

Araştırmamızda ve pek çok çalışmada en yaygın kullanılan yöntem ilaç ve zehirleyici madde kullanımınıdır.^{5-8,31} Özkıyım girişimlerinde kendini zehirleme ya da aşırı dozda ilaç alımı çok yaygın olmasına karşın ölümle sonuçlanan olgu sayısı çok düşüktür.³⁸ İlaç ve zehirleyici madde kullanımı özellikle kadın özkıyım girişimlerinde en yaygın kullanılan yöntemdir. Ancak

tarım ilacı gibi hayatı tehdit edici maddelerin alımı ölümle sonuçlanabilmektedir.³⁸ Özkıyım girişimleri için genç yaş gruplarında en yaygın neden ilişki sorunları olarak bildirilmekteyken erişkin ve geç erişkin yaş gruplarında ekonomik zorluklar ve sırada yer almaktadır.³⁹ Araştırmamızda kadınlarda başlıca nedenler aile geçimsizliği, ruhsal hastalık, ebeveyn çatışması, karşı cinsle ilgili sorunlar olarak saptanırken erkeklerde ise psikiyatrik hastalıklar, karşı cinsle ilgili sorunlar, aile geçimsizliği, ekonomik sorunlar ilk dört sırada saptanmıştır. Özkıyım nedenleri ile toplumdaki cinsiyet rolleri, kişinin sosyoekonomik konumu ve toplumsal değerler arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.³⁹ Genç yaş gruplarında ebeveynlerle yaşanan çatışmalar, orta yaş grubunda aile içi çatışmalar ve ekonomik zorluklar, yaşlı gruplarda bedensel hastalıklar belirleyicidir.^{10,15,19,40-42} İsviçre’de yaşayan Türkiye kökenli göçmenlerde de en sık neden eş ile yaşanan sorunlardır.⁴³ Yaşlılarda bildirilen risk etmenleri 75 yaş ve üzeri olmak, erkek olmak, depresyon varlığı, kronik hastalık varlığı, yeti yitimi, yalnızlık, kötü sosyoekonomik durum, alkol ve ilaç kötüye kullanımındır.⁴⁴⁻⁴⁶ Bizim çalışmamızdaki sonuçlar kayıtlardan ve yalnızca özkıyım girişiminde bulunan yaşlıların nedenleri tanımlanmıştır. Karşılaştırılan çalışmaların bir kısmının yöntemi bizim çalışmamızda olduğu gibi özkıyım girişiminde bulunanların özelliklerine göre belirlenmiş bir kısımda ise özellikle risk etmenleri analitik değerlendirmeler sonucunda elde edilmiştir. Yaşlılarda sağlık ve sosyal durumun bütünsel olarak değerlendirildiği evde izlem programının oluşturulması riskli durumların önceden saptanmasını sağlayacaktır. Ayrıca yaşlılarda sosyal katılımın ve sosyal desteğin sağlanması

bedensel hastalıklar daha ön planda yer almaktadır. Ayrıca özkıyım girişimlerinde cinsiyete bağlı olarak da nedenler farklılaşmaktadır. Kadınlarda aile içi ilişki sorunları ilk sırada yer alırken erkeklerde ise ekonomik zorluklar ve psikiyatrik bozukluklar ilk özkıyım riskinin azaltılmasında önemlidir.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Birincisi, özkıyım girişiminde bulunup hastaneye başvurmayanlar ya da hastaneye başvurduğu halde bildiri yapılmayanlar olabilir ve bu kişiler çalışmamızın dışında kalmıştır. İkincisi, bildirim formlarının özelliğinden dolayı özkıyım girişiminin ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığı belirlenememiştir. Bu nedenle formlara kimlik no ve “sonuç” bölümü eklenmelidir. Bu kısıtlılıklara karşın, Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında araştırmamızın beş yıllık dönemi içermesi ve dolayısıyla değerlendirilen kişi sayısının yüksek olması güçlü yanlarındanadır.

Sonuç olarak, bizim çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunan olguların çoğunluğu kadın, ergen/genç yaş grubu, ilköğretim mezunu olanlar, çalışmayanlar, çalışanlar içinde de mavi yakalı işçilerdir. Psikiyatrik olarak ön plana çıkan tanı depresyondur. Başlıca özkıyım girişimi yöntemi ilaç ve zehirleyici madde kullanımındır. Nedenler de yaş grubu ve cinsiyete göre değişmektedir. Bu bulgular gelecekte yapılacak çalışmalarda, özkıyımı anlamada ve önleyici hizmetlerin planlanmasında yararlı olacaktır.

Teşekkür: Çalışmamıza katkıları nedeniyle Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden Dr. Galip Köroğlu ve Aliye Seymen’e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. WHO. Suicide prevention (SUPRE). Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicidepre-vent/en/. Erişim tarihi 20.05.2013.
2. Mathers CD, Loncar D. Prejections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PlosMed 2006;3(11):2011-30.
3. Büyükkaya E, Alacahan Y, Soylu B. Acil serviste intihar girişimlerine psikososyal destek ve krize müdahale programı, 2006. http://www.arsh.gov.tr/kalite/dis_kaynakli_dokumanlar/acil/Krize_mddahaleProgrami.pdf. Erişim tarihi: 01.05.2013.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri 2011. Ankara, 2012.
5. Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoğlu Ç ve ark. Trabzon'da 1995 Yılı İntihar Girişimi İnsidansı. Türk Psikiyatri Dergisi 2000;11:95-102.
6. Bilici M, Bekaroglu M, Hocaoglu C et al. Incidence of completed and attempted suicide in Trabzon, Turkey. Crisis 2002;23(1):3-10.
7. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour. Can J Psychiatry 2003;48:324-329.
8. Sayil I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study of suicidal behaviour. Crisis 2002;23(1):11-6.
9. Atay İM, Eren İ, Gündoğar D. Isparta il merkezinde intihar girişimi, ölüm düşünceleri yaygınlığı ve risk faktörleri. Türk Psikiyatri Derg 2010;23: 89-98.
10. Deveci A, Taşkın EO, Erbay Dünder P ve ark. Manisa İli kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişim yaygınlığı. Türk Psikiyatri Derg 2005; 16:170-8.
11. Polatöz Ö, Kuğu N, Doğan O ve ark. Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:13-23.
12. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. Lancet 2009;373:1372-81.
13. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman'da intihar girişimleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2006;7:150-156.
14. Güloğlu C, Gökhan Ş, Üstündağ M ve ark. Acil servise başvuran olguların kullandıkları yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi. Tr J Emerg Med 2009;9:109-114.
15. Köse A, Eraybar S, Köse B ve ark. Patients over the age of 15 years admitted for attempted suicide to the emergency department and the psychosocial support unit. JAEM 2012;11:193-196.
16. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. Br J Psychiatry 2008;192:98-105.
17. Önsüz MF, Demir F, Kaya Afşari E ve ark. Sakarya İli'nde gerçekleşen intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. Turk J Public Health 2012;10:141-150.
18. Söğüt Ö, Seyhan MB, Gökdemir MT ve ark. Türkiye'nin güneydoğusunda, Şanlıurfa ve çevresinde özkiyım girişimlerinin değerlendirilmesi. JAEM 2011;10:8-13.

19. Şenol V, Unalan D, Avşaroğulları L ve ark. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005;6:19-29.
20. Amiri B, Pourreza A, Foroushani AR et al. Suicide and associated risk factors in Hamadan Province, West of Iran, in 2008 and 2009. *J Res Health Sci* 2012;12:88-92.
21. Ghaleiha A, Khazae M, Afzali S et al. An annual survey of successful suicide incidence in Hamadan, western Iran. *J Res Health Sci* 2009;9:13-16.
22. Taktak Ş, Uzun İ, Balcıoğlu İ. Gender differences in completed suicides in Istanbul, Turkey. *J Affect Disord* 2013;145:394-399.
23. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-154.
24. Traskman-Bendz L, Mann JJ. Biological aspects of suicidal behaviour. *The international handbook of suicide and attempted suicide* (ed. Hawton K, van Heeringen K). 1. Basım. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, 2000, s. 65-77.
25. Yasan A, Danis R, Tamam L et al. Socio-cultural features and sex profile of the individuals with serious suicide attempts in southeastern Turkey: a one-year survey. *Suicide Life Threat Behav* 2008;38:467-80.
26. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006;115:616-23.
27. McGirr A, Renaud J, Bureau A et al. Impulsive-aggressive behaviors and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med* 2008;38:407-17.
28. Binbay T, Drukker M, Alptekin K et al. Evidence that the wider social environment moderates the association between familial liability and psychosis spectrum outcome. *Psychol Med* 2012; 42(12):2499-510.
29. Binbay T, Elbi H, Alptekin K et al. Psikozlarda gen-çevre etkileşimi için İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (TürkSch): Amaç ve yöntem. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22(2):65-76.
30. Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2012;12:524-537.
31. Lorenzo-Román MI, Luna-Maldonado A, Gómez-Zapata M et al. Study of sociodemographic and psychopathological risk factors in suicide attempts. 2008-2010. *Semergen* 2012;38(7):439-444.
32. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294: 2064-2074.
33. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Lange T. A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. *PLoS ONE* 2012; 7: e51585.
34. Christiansen E, Larsen KJ, Agerbo E et al. Incidence and risk factors for suicide attempts in a general population of young people: A Danish register-based study. *Aust N Z J Public Health* 2012;47(3):259-170.
35. Fried LE, Williams S, Cabral H et al. Differences in risk factors for suicide attempts among 9th and 11th grade youth: A longitudinal perspective. *J Sch Nurs* 2013;29(2):113-122.
36. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ et al. Preventing repetition of attempted suicide-II. The Amager Project, a

randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2010;65:292-298.

37. Sayıl I. İntihar Davranışı, kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara, 2000, s.165-8.

38. Miller M, Azrael D, Barber C. Suicide mortality in the United States: The importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. Annu Rev Public Health 2012;33:393-408.

39. Sayıl I. İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. (Psikiyatrik Epidemiyoloji, Ed: Doğan O.), Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, 2002, s.118-23.

40. Fiske A, O'Riley AA, Widoe RK. Physical health and suicide in late life: An evaluative review. Clinical Gerontologist 2008;31(4):31-50.

41. Mościcki EK, Crosby A. Epidemiology of attempted suicide in adolescents: issues for prevention. Trends in Evidence-based Neuropsychiatry 2003;5:36-44.

42. Aktepe E, Kandil S, Göker Z ve ark. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2006;5(6):444-454.

43. Yılmaz T, Riecher-Rössler A. Attempted suicide in immigrants from Turkey: A comparison with Swiss suicide attempters. Psychopathology 2012;45:366-373.

44. Conwell Y, Duberstein PR. Suicide in elders. Ann N Y Acad Sci 2001;932:132-147.

45. Pearson JL, Conwell Y, Lindsay J et al. Elderly suicide: a multi-national

view. Aging Ment Health 1997;1:107-111.

46. Tsoh J, Chiu H, Duberstein P et al. Attempted suicide in elderly Chinese persons: A multi-group, controlled study. Am J Geriatr Psychiatry 2005;13(7):562-571.