

BURSA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ YAYINLARI  
Supplementum No.: 16

# İntihar ve İntihar Girişimleri



PROFESÖRLÜK TAKDİM TEZİ

DR. SUNA TANELİ

1981

# İntihar ve İntihar Girişimleri

Dr. Suna TANELİ\*

## ÖZET

Bu çalışmaya, 9.11.1980 - 8.11.1981 tarihleri arasındaki bir yıllık periyotta, Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Polikliniğine, intihar girişimi nedeni ile başvuran 85 (% 70.24) kadın ve 36 (% 29.75) erkek olmak üzere toplam 121 hastanın tümü alınmıştır. 111 hasta ile psikiyatrik görüşme yapılmıştır. İki erkek hasta ile, 6 kadın hasta psikiyatrik ilk görüşmeyi reddetmiş, iki hasta da komadan çıkamayarak ölmüştür.

Hastaların en genci 11, en yaşlısı ise 81 yaşında olup ortalama yaş  $23.65 \pm 8.57$ 'dir. Yaş dağılımına göre yoğunlaşma 15-24 ve 25-34 yaş arasındadır.

Öğrenim durumları araştırıldığında ilkökul mezunlarının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Mesleki durumlarına göre olguların büyük çoğunluğunu (% 50.8) ev kadınları oluşturmaktadır. Sonra sırası ile öğrenciler (% 12.90) ve işçiler (% 10.48) gelmektedir. % 25.9'u da diğer meslek gruplarındadır.

Medeni durum dikkate alındığında belirgin fark şu iki grupta görülmektedir: 18 yaşından küçük olan bekârlarda 5 erkeğe karşın 17 kız, 18 yaşın üstündeki evli-lerde ise 13 erkeğe karşın 39 kadın düşmektedir.

Girişim saatleri bilinen 109 kişiden, kadınların gerek sabah gerekse akşam saatlerinde, erkeklerin ise daha çok akşam saatlerinde intihar girişiminde buldukları dikkati çekmektedir.

Gerek kadınlarda, gerekse erkeklerde pazar ve pazartesi günleri intihar girişiminin en sık olduğu günler olarak dikkati çekmektedir.

Kadınlarda Şubat ve Temmuz erkeklerde ise Aralık ve Nisan ayları intihar girişiminin en sık olduğu aylar.

Girişim şekli incelendiğinde olguların büyük çoğunluğunun (% 90.90) ilaç kullanarak intihara kalkıştıkları görülmektedir. Birinci derecede analjezik-antipiretikler en sık kullanılan optalidon; ikinci derecede psikofarmakalar en sık kullanılanları trankilizanlar olarak dikkati çekmektedir.

Acil Polikliniğine başvurulduğunda olguların 67'sinin (% 55.37) şuurunun açık, 29'unun (% 23.9) konfü 3'ünün (% 2.4) somnolan ve 22'sinin (% 18.1) komada olduğu saptanmıştır. Olguların 28'inin (% 23.14) birden fazla girişimi olduğu görülmüştür.

"Bardağı taşran damla" olarak intihar girişimine neden olan olayların birinci derecede ana-baba-kardeşler ile eş ve sevgili ile olan sorunlar olduğu saptanmıştır.

43 olgunun (% 34.95) belirli bir psikiyatrik tanı grubuna sokulamayıp "kısa devre reaksiyonu = Kurschluss Reaktion" olarak tanımlandığı dikkati çekmektedir.

\* Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kürsüsü Doçenti

## SUMMARY

### Suicide and Attempted Suicide

All of the patients who have been admitted to the Emergency service of Bursa University Medical Faculty Hospital with the suicidal attempts from November 9, 1981 to November 8, 1982 were included in this study. There were 121 patients who were admitted to the Emergency Service within this period of time. Eighty-five (70%) of them were female and 36 (30%) of them were male. Psychiatric interviews were done in all except 2 male and 6 female patients because they rejected the interview. Two patients died in coma. The youngest patient was 11 and the oldest one was 81 years old and the mean age was  $23.6 \pm 8.5$  years. Suicide and attempted suicide were most frequent between the ages of 15 and 34.

Educational status were at primary school level in most patients. Fifty point eight per cent of the patients were house wives, (12.9 %) were students, (10.4 %) were workers and 25.9 % were in other professions. Marital status of the patients were studied: There were 22 unmarried patients below 18 year of age, 17 of them were girls and 5 of them were boys. There were 52 married patients above 18 years of age, 39 of them were female and 13 of them were male. Rest of the patients were widows or seperated. In 109 patients the time of suicidal attempt were recorded. Women generally made their attempt both in the morning and in the evening hours, men generally did it in the evening hours. In both sexes suicidal attempts were most frequently done in sundays and mondays. Among women February and July and among men December and April were the months in which the attempts were done more frequently.

When the kind of attempts were studied it was seen that the majority of cases had their attempts by taking drugs, primarily analgesics antipyretic and tarquilizers.

On admission to the Emergency Service, 67 (55.3 %) of the patients were concious, 29 (23.9 %) of the patients were in confusions and 3 (2.4 %) of the patients were in somnolence and 22 (18.1 %) patients were in coma. It was seen that 28 (23.1 %) of the cases had more than one attempts.

The problems that caused the patient to attempt to suicide were most frequently with mother, father, brother or sister and with husband or wife and with lover. Forty-three (34.9 %) cases could not be included in any psychiatric diagnostic group.

İntihar, bugüne kadar yalnızca insan ırkına özgü bir olay olarak en ilkel gruplardan en gelişmiş toplumlara kadar bilinmektedir<sup>1.2.3</sup>. İntiharın değerlendirilmesi toplumdaki topluma, kişiden kişiye şerefli bir ölüm ile lanetlenme arasında değişmektedir<sup>1.4.5</sup>. Fizyolojik olarak, aşırı özgürlük gibi görülebilirse de sosyal ve tıbbi açıdan, psikişik ve sosyal nedenleri olan hastalıklı bir gelişme sonucudur<sup>1.6.7.8</sup>. İntihar, bir kaçış, kendi kendini ya da çevresini cezalandırma, bir yardım çağrısı olarak anlaşılabilir. Her intihar olayında ortak olan topluma sesleniştir<sup>1.2</sup>.

Türkçe de intihar, kendini öldürme anlamına kullanılmakta olup, Nahr (Boğazlama, kesme) kelimesinden gelmektedir. Nahr kelimesi Kurban bayramı için de kullanılmaktadır<sup>9</sup>. Nahr aynı zamanda uğursuzluk ve uğursuz şey anlamını taşımaktadır<sup>10</sup>. İslam dini de intiharı en büyük günahlardan biri olarak kabul etmektedir<sup>5</sup>.

İntihar olayının toplumdaki topluma farklı anlaşılması, istatistik değerlendirmeyi de güçleştirmektedir. İstatistiklere ölümle biten intiharların bir kısmı, intihar girişimlerinin ise onda birinin yansıdığı kabul edilmektedir<sup>1.3.4</sup>.

Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre her yıl yarım milyon insan intihar ederek ölmektedir. Günde ortalama 1000 kişiye yaklaşılmaktadır<sup>2.3.7.11.12</sup>. Gelişmiş ülkelerde intiharla ölüm, ilk 5-10 neden arasında olup, son yıllarda bu durum ilk 3-4. sraya doğru bir kayma göstermiştir<sup>3.7.8.11.12</sup>.

Özellikle genç kuşaklarda trafik kazalarından sonra ikinci ölüm nedeni olan intihar'dan kişileri korumak mümkündür<sup>13.14</sup>. İntihar girişimi ve intiharlarda bölgesel, sosyal ve psikolojik nedenlerin bilinmesi, koruma ve tedavide yardımcı olacaktır<sup>13-16</sup>. Son zamanlarda bu konuda araştırmalar artmıştır<sup>14-22</sup>. Buna paralel olarak ülkemizde de intihar olaylarının nedenlerini araştıran bölgesel çalışmalar yapılmaktadır<sup>23-29</sup>.

Ülkemizde intihar istatistikleri ilk defa 1980 yılında, 1978-1979 yıllarını kapsamak üzere ayrı olarak yayınlanmıştır<sup>30</sup>.

Biz de bu çalışma ile Bursa ve yöresindeki intihar olaylarının sosyo-ekonomik ve psikiyatrik nedenlerini araştırarak ülkemizdeki araştırmalar zincirine bir halka eklemeyi amaçladık. Bursa, son yıllarda gösterdiği hızlı endüstrileşme ve kentleşmenin getirdiği sorunlar ile intihar olaylarına zemin hazırlayan stresör faktörlerin gittikçe arttığı bir kent olarak dikkati çekmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 9.11.1980 ile 8.11.1981 tarihleri arasında Bursa Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Polikliniği'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların tümü alınmıştır. Bir yıllık süre içinde başvuran 36 erkek hastadan ikisi, 85 kadın hastadan da altısı psikiyatrik ilk görüşmeyi reddettiklerinden, iki erkek hasta ise komadan açılmadan öldüklerinden toplam 111 hasta ile psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Şuuru açık olan hastalarla hemen, komada olan hastalarla suur açıldığı anda, yarım ile birbuçuk saat süren ilk psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede özellikle soru formu kullanılmayarak hastaların spontan verileri değerlendirilmiştir. Ayrıca hastaların yakın çevresinden bilgi alınmıştır. Hastayla tanışma acil polikliniğinde olup tedaviler Psikiyatri Kliniğinde sürdürülmüştür. Her hasta en az bir psikiyatr ve bir psikolog tarafından görülmüştür.

Hastalar, tedavi yaklaşımı, sosyal durum ve psikiyatrik bulgularına göre incelenmiştir.

## BULGULAR

Bir yıl içinde Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 121 hasta, intihar girişimi nedeniyle başvurmuştur. Bu olguların verileri dört grupta toplanarak sunulacaktır.

### I. Tedavi Yaklaşımı:

Acil polikliniğe başvuran 36 erkek olgu'dan 2'si (% 1.65), 85 kadın hastadan 6'sı (% 4.95) psikiyatrik görüşmeyi reddetmişlerdir. İki erkek olgu da komadan açılmadan öldüklerinden görüşülememiştir.

Hastaların 95'i (% 78.50) sonradan poliklinikten takibe alınmıştır. 16 hastanın (% 12.90) ise değişik kliniklere yatırılarak tedavisi gerekmiştir. Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sayısı 12 (% 9.91) olmuştur (Tablo I).

**Tablo: I**  
**Olguların Tedavi Yaklaşımına Göre Dağılımı**

Tedavi Yaklaşımı	Erkek	Kadın	Toplam
Acil polikliniğe başvuran	36 (% 29.75)	85 (% 70.24)	121
Psikiyatrik I. görüşme yapılan	32 (% 26.44)	79 (% 65.28)	111 (% 91.73)
I. görüşmeyi reddeden	2 (% 1.65)	6 (% 4.95)	8 (% 6.61)
Psikiyatri kliniğine yatırılan	3 (% 2.47)	8 (% 6.61)	11 (% 9.09)
Ortopedi + Psikiyatri kliniğine yatırılan	1 (% 0.82)	—	1 (% 0.82)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine Yatırılan	1 (% 0.82)	1 (% 0.82)	2 (% 1.65)
Nöroloji Kliniğine yatırılan	—	1 (% 0.82)	1 (% 0.82)
Nöroşirürji Klin. yatırılan	1 (% 0.82)	—	1 (% 0.82)
Ölüm	2 (% 1.65)	—	2 (% 1.65)

## II. Sosyal Durum:

Olgular ırk, din, cinsiyet, yaş, öğrenim durumları, meslek grupları, medeni hal ve yerleşim açısından incelenmişlerdir.

**İrk ve din:**

Olguların tümü Türk ve müslümandır.

**Cinsiyet:**

Olguların 36'sı (% 29.75) erkek, 85'i (% 70.24) kadındır.

**Yaş:**

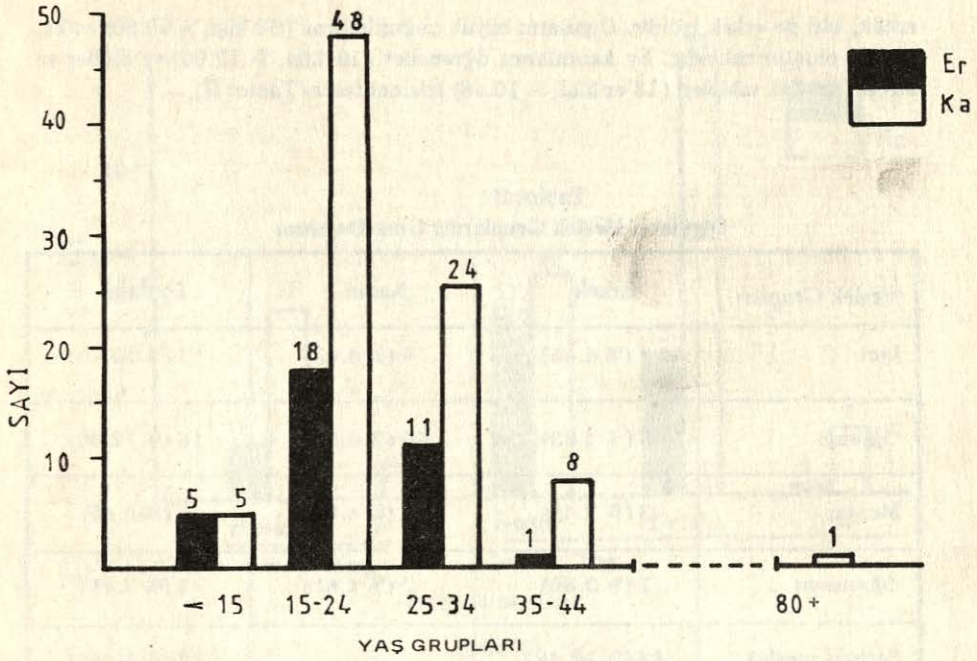
Olguların en genci 11 yaşında, en yaşlısı ise 81 yaşındadır. Ortalama yaş:  $23.65 \pm 8.57$ 'dir. Yaşlara göre dağılımına bakılırsa olguların 15-24 ve 25-34 yaş gruplarında yoğunlaştığı görülmektedir (Şekil: 1).

**Öğrenim durumu:**

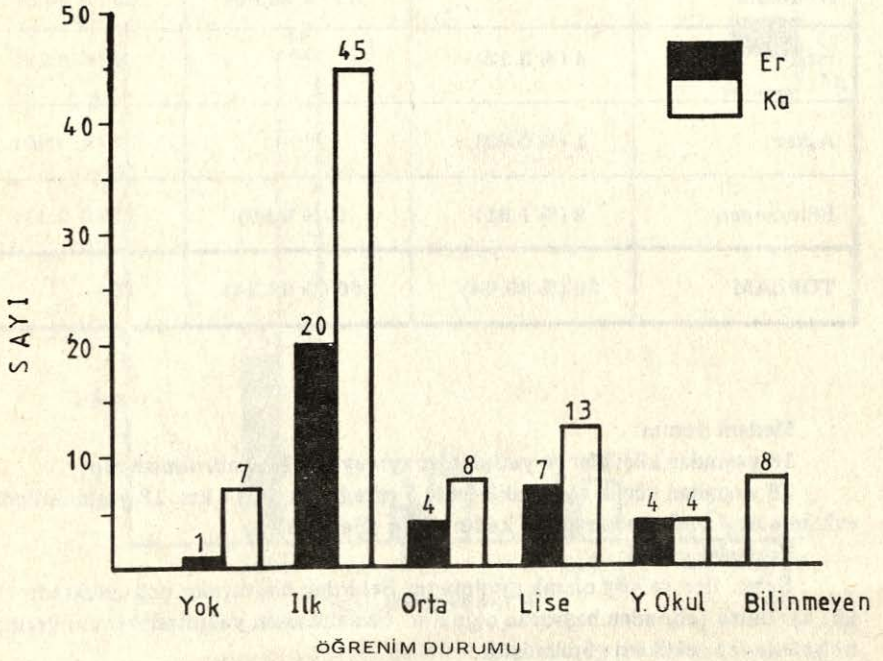
Olguların bitirdikleri okul esas alınarak saptanmıştır. Erkek ve kadınlarda ilk-  
okul mezunları çoğunlukta olup, ikinci sırayı lise almaktadır (Şekil: 2).

**Mesleki durum:**

Olguların intihar girişimi sırasında yürüttükleri meslek dikkate alınmıştır. Çalışarak öğrenciliği devam eden üç kişiden biri kadın memur, biri serbest meslek sahibi



Şekil: 1  
Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Şekil: 2  
Olguların Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

erkek, biri de erkek işçidir. Olguların büyük çoğunluğunu (63 kişi, % 50.80) ev kadınları oluşturmaktadır. Ev kadınlarını öğrenciler (16 kişi, % 12.90) ve işçiler ve serbest meslek sahipleri (13'er kişi, % 10.48) izlemektedir (Tablo: II).

Tablo: II  
Olguların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Meslek Grupları	Erkek	Kadın	Toplam
İşçi	8 (% 6.45)	5 (% 4.03)	13 (% 10.48)
Öğrenci	6 (% 4.83)	10 (% 8.06)	16 (% 12.90)
Memur	3 (% 2.41)	5 (% 4.03)	8 (% 6.45)
Öğretmen	1 (% 0.80)	2 (% 1.61)	3 (% 2.41)
Serbest meslek	13 (% 10.48)	—	13 (% 10.48)
Ev kadını	—	63 (% 50.80)	63 (% 50.80)
İşsiz	4 (% 3.22)	—	4 (% 3.22)
Asker	1 (% 0.80)	—	1 (% 0.80)
Bilinmeyen	2 (% 1.61)	1 (% 0.80)	3 (% 2.41)
TOPLAM	38 (% 30.64)	86 (% 69.34)	124

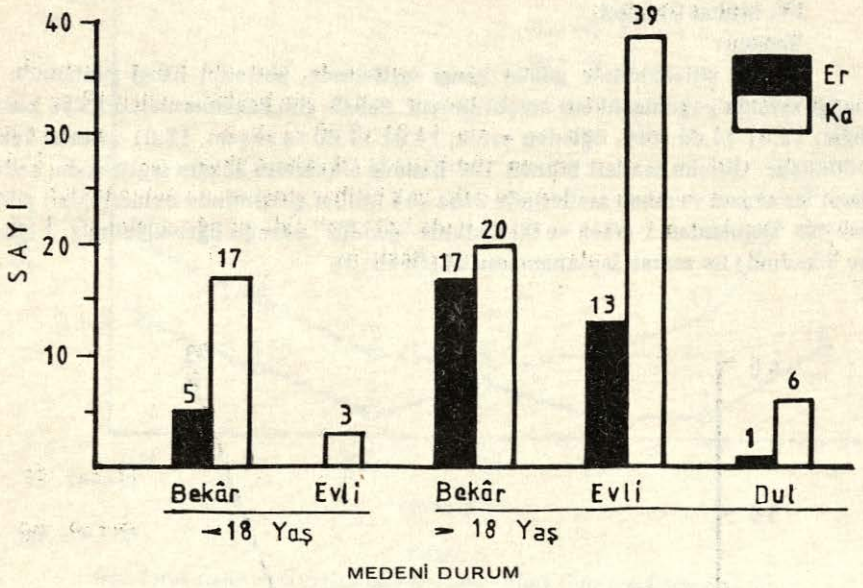
Medeni durum:

18 yaşından küçükler ve yetişkinler ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

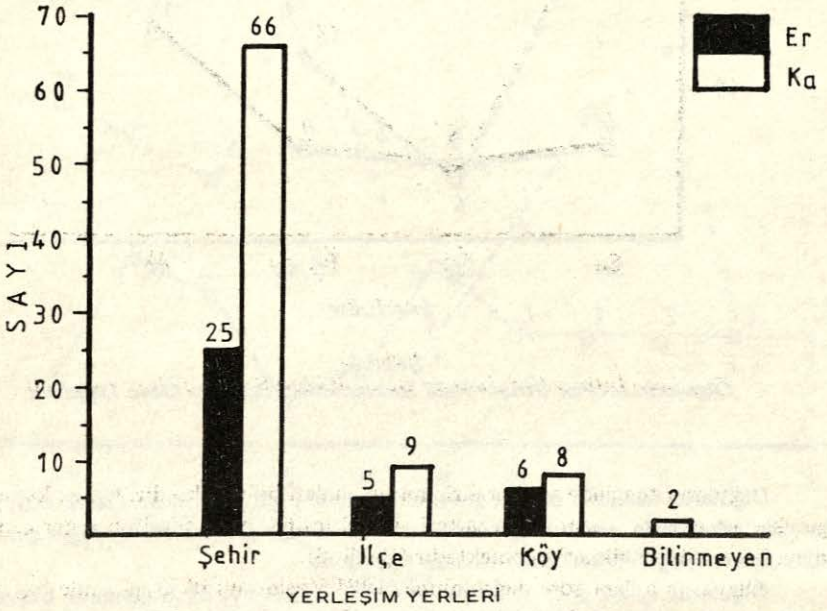
18 yaşından küçük olan bekârlarda 5 erkeğe karşın 17 kız, 18 yaşın üstündeki evlilerde ise 13 erkeğe karşın 39 kadın vardır (Şekil: 3).

Yerleşim yerleri:

Şehir, ilçe ve köy olarak ayrılmıştır. Şehirden başvurular çoğunluktadır (Şekil: 4). Bursa şehrinden başvuran olguların, hastahanenin yakınındaki yeni yerleşim bölgelerinden geldikleri görülmüştür.



Şekil: 3  
Olguların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı



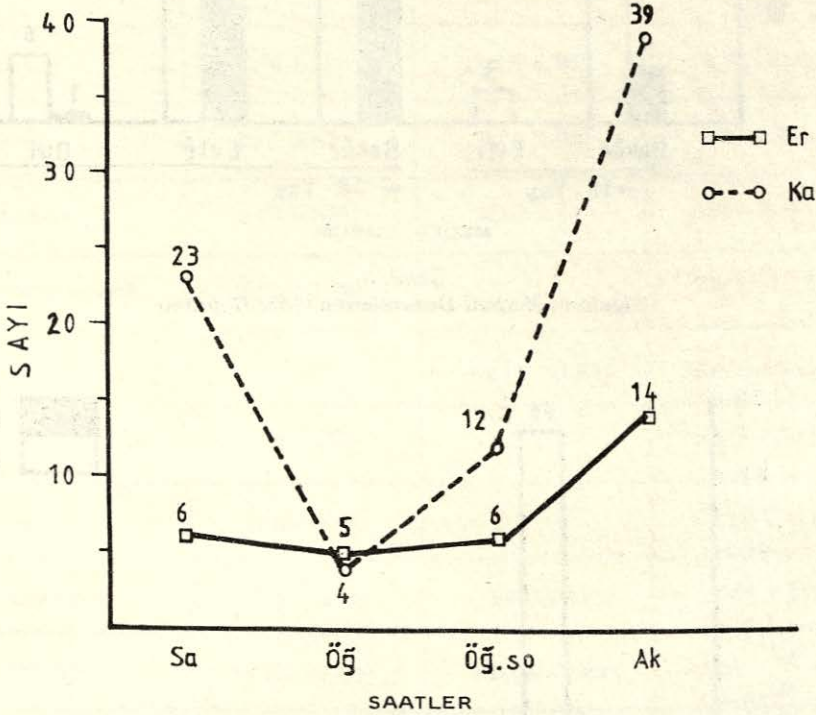
Şekil: 4  
Olguların Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı



#### IV. İntihar Girişimi:

Zamanı:

İntihar girişimlerinin günün hangi saatlerinde, haftanın hangi günlerinde ve hangi aylarda yoğunlaştıkları araştırılmıştır. Sabah, gün başlamasından 12'ye kadar, öğle, 12.01-14.00 arası, öğleden sonra, 14.01-17.00 ve akşam, 17.01-24 arası kabul edilmiştir. Girişim saatleri bilinen 109 hastada erkeklerin akşam saatlerinde, kadınların ise akşam ve sabah saatlerinde daha çok intihar girişiminde buldukları görülmüştür. Olgulardan 1 erkek ve iki kadında "gündüz" olduğu öğrenilebilmiş, 1 erkek ve 8 kadında ise zaman saptanamamıştır (Şekil: 5).

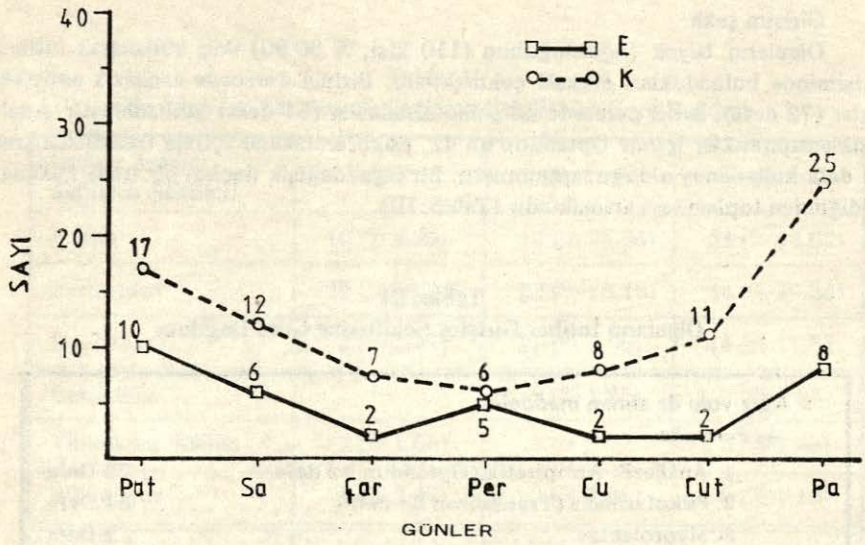


Şekil: 5

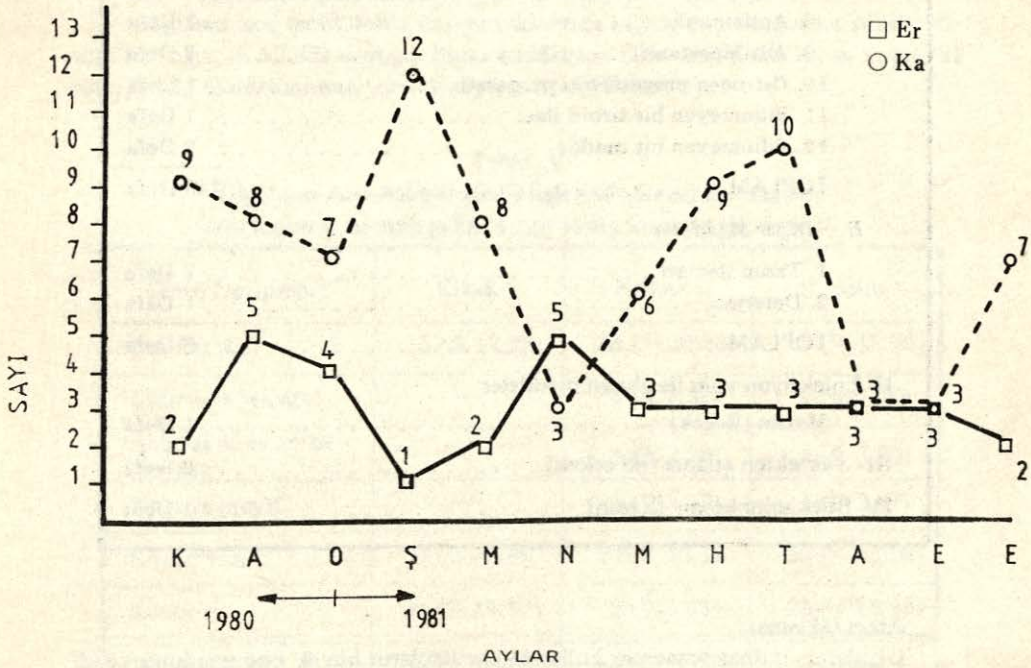
Olguların İntihar Girişiminde Buldukları Saatlere Göre Dağılımı

Olguların tümünde intihar girişiminin günleri bilinmektedir. Gerek kadınlarda, gerekse erkeklerde pazar ve pazartesi günleri intihar girişimlerinin diğer günlerden daha fazla olduğu dikkati çekmektedir (Şekil: 6).

Olguların aylara göre dağılımında, 1981 Kasım ayı ilk 8 gününde başvuru olmadığı görülmüştür. Erkeklerde Aralık ve Nisan aylarında, kadınların ise sırasıyla; Şubat, Temmuz, Haziran ve Kasım aylarında yoğunlaştıkları görülmüştür (Şekil: 7).



Şekil: 6  
Olguların İntihar Girişiminde Buldukları Günlere Göre Dağılımı



Şekil: 7  
Olguların İntihar Girişiminde Buldukları Aylara Göre Dağılımı

Girişim şekli:

Olguların büyük çoğunluğunun (110 kişi, % 90.90) ilaç kullanarak intihar girişiminde buldukları dikkati çekmektedir. Birinci derecede analjezik antipiretikler (72 defa), ikinci derecede ise psikofarmakalar (54 defa) kullanılmıştır. Analjezik-antipiretikler içinde Optalidon'un 42, psikofarmakalar içinde trankilizanların 34 defa kullanılmış olduğu saptanmıştır. Bir olgu, değişik ilaçları bir arada kullandığından toplam sayı artmaktadır (Tablo: III).

Tablo: III  
Olguların İntihar Girişim Şekillerine Göre Dağılımı

I- Ağız yolu ile alınan maddeler

A- Farmaka

1. Analjezik-Antipiretik (Optalidon 42 defa) . . . . .	72 Defa
2. Psikofarmaka (Trankilizan 34 defa) . . . . .	54 Defa
3. Myorölaksan . . . . .	2 Defa
4. Vitaminler . . . . .	6 Defa
5. Anabolizan . . . . .	2 Defa
6. Antibiyotik . . . . .	3 Defa
7. Non-steroid Antienflamatuar . . . . .	1 Defa
8. Antiemetik . . . . .	1 Defa
9. Antihipertansif . . . . .	1 Defa
10. Östrogen-progesteron preparatı . . . . .	1 Defa
11. Bilinmeyen bir tiroid ilacı . . . . .	1 Defa
12. Bilinmeyen bir madde . . . . .	2 Defa
<b>TOPLAM . . . . .</b>	<b>146 Defa</b>

B - Diğer Maddeler

1. Tarım ilaçları . . . . .	7 Defa
2. Deterjan . . . . .	1 Defa
<b>TOPLAM . . . . .</b>	<b>8 Defa</b>

II- Enjeksiyon yolu ile alınan maddeler

Morfin (Erkek) . . . . .	1 Defa
--------------------------	--------

III- Yüksekten atlama (iki erkek) . . . . . 2 Defa

IV- Bileklerini kesme (kadın) . . . . . 1 Defa

Aracı sağlama:

Olguların, intihar amacıyla kullandıkları ilaçların büyük çoğunluğunu kendi evlerinden (54 defa, % 44.62), eczaneden (44 defa, % 36.36) sağladıkları anlaşılmaktadır. Kadınlar daha çok evdeki araçlardan yararlanmaktadırlar (Tablo: IV). (Birden fazla araç kullananlar bulunduğundan E/K oranı değişmiştir)

**Tablo: IV**  
**Olguların İntihar Aracını Sağlama Şekillerine Göre Dağılımı**

İntihar Aracını Sağlama Şekilleri	Erkek	Kadın	Toplam
Evden	10 (% 8.26)	44 (% 36.36)	54 (% 44.62)
Eczaneden	22 (% 18.18)	22 (% 18.18)	44 (% 36.36)
Dr. Tedavisi	3 (% 2.47)	11 (% 9.09)	14 (% 11.57)
Bakkaldan	—	2 (% 1.65)	2 (% 1.65)
Yüksekten atlama	2 (% 1.65)	—	2 (% 1.65)
Bilinmiyor	3 (% 2.47)	2 (% 1.65)	5 (% 4.13)
<b>TOPLAM</b>	<b>40 (% 33.05)</b>	<b>81 (% 66.94)</b>	<b>121</b>

Acil Poliklinikte genel durum:

Olguların acil polikliniğe başvurduklarında büyük çoğunluğunun şuurlarının açık (67 olgu, % 55.37) olduğu, bunu konfüzyon (29 olgu, % 23.96) ve koma (22 olgu, % 18.18) durumunun izlediği saptanmıştır (Tablo: V).

**Tablo: V**  
**Olguların Acil Polikliniğe Gelişlerinde Genel Durumları**  
**(Bir kadın şuur açık gelip, 4 saat sonra komaya girmiştir.)**

Genel Durumlar	Erkek	Kadın	Toplam
Şuur açık	15 (% 12.39)	44 (% 36.36)	59 (% 48.76)
Şuur açık, eksite	—	4 (% 3.30)	4 (% 3.30)
Şuur açık, istemsiz hareket	—	4 (% 3.30)	4 (% 3.30)
Uykuya meyll	—	3 (% 2.47)	3 (% 2.47)
Konfüzyon	7 (% 5.78)	22 (% 18.18)	29 (% 23.96)
Koma	14 (% 11.57)	8 (% 6.61)	22 (% 18.18)
<b>TOPLAM</b>	<b>36 (% 29.75)</b>	<b>85 (% 70.24)</b>	<b>121</b>

Komada kalış süresi:

Koma durumunda acile getirilen olguların 3 ile 72 saat komada kaldıkları ve bunlardan 24 ile 72 saat komada kalan iki hastanın öldükleri görülmüştür (Tablo:VI).

İntihar girişimini kabullenme:

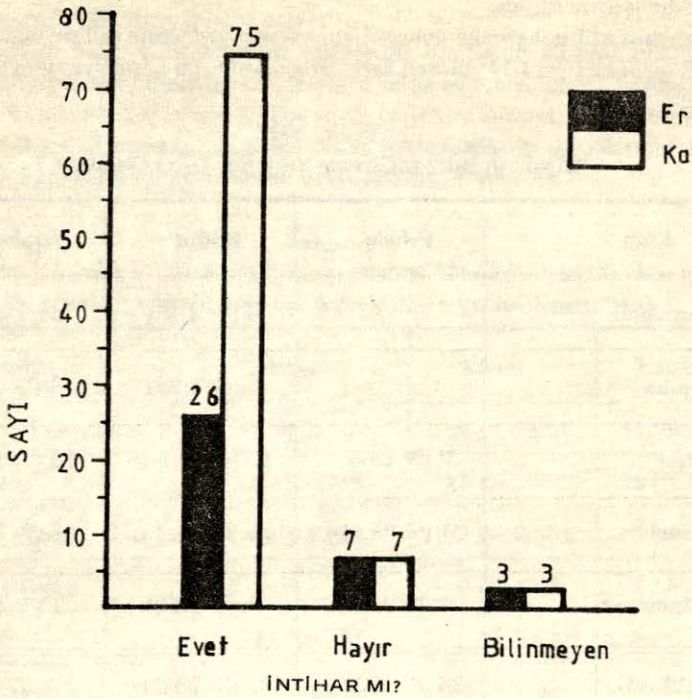
14 olgu, hastaneye geliş nedenlerinin intihar olmadığını vurgulamaktadır. Olguların büyük çoğunluğu (101 kişi, % 83.47) ise intihar girişiminde bulduklarını kabul etmektedirler (Şekil:8).

İntihar girişiminden vazgeçme:

Olgular, polikliniğe geldikleri andan itibaren yeni bir intihar girişiminde bulunabilecekleri göz önüne alınarak izlenmişlerdir. Olguların büyük çoğunluğu tedavi seyrinde intihar girişimlerinden pişmanlık duyduklarını ve vazgeçtiklerini bildirmişlerdir. Daha önce, intihar girişimi olmadığını söyleyen 5 erkek ve iki kadın sonradan bunu kabul etmişlerdir. Olguların 10'u verilen randevularına gelmemişlerdir (Tablo: VII).

Tablo: VI  
Olguların Komada Kalış Sürelerine Göre Dağılımı

Süre	Erkek	Kadın	Toplam
3 saat	1 (% 4.54)	—	1 (% 4.54)
4 saat	—	2 (% 9.09)	2 (% 9.09)
5 saat	1 (% 4.54)	—	1 (% 4.54)
6 saat	—	1 (% 4.54)	1 (% 4.54)
8 saat	1 (% 4.54)	—	1 (% 4.54)
10 saat	—	1 (% 4.54)	1 (% 4.54)
13 saat	1 (% 4.54)	—	1 (% 4.54)
14 saat	2 (% 9.09)	—	2 (% 9.09)
18 saat	—	1 (% 4.54)	1 (% 4.54)
20 saat	—	1 (% 4.54)	1 (% 4.54)
24 saat	3 (% 13.63)	1 (% 4.54)	4 (% 18.18)
48 saat	2 (% 9.09)	—	2 (% 9.09)
72 saat	2 (% 9.09)	—	2 (% 9.09)
Bilinmeyen	1 (% 4.54)	1 (% 4.54)	2 (% 9.09)
TOPLAM	14 (% 63.63)	8 (% 36.36)	22



Şekil: 8  
Olguların İntihar Girişimini Kabullemelerine Göre Dağılımı

Tablo: VII  
Olguların İntihar Girişiminden Vazgeçmelerine Göre Dağılımı

Olgu	Erkek	Kadın	Toplam
Vazgeçen	26 (% 21.48)	66 (% 54.54)	92 (% 76.03)
Vazgeçmeyen	1 (% 0.82)	9 (% 7.43)	10 (% 8.26)
İntihar kabul etmeyen	2 (% 1.65)	5 (% 4.13)	7 (% 5.78)
Ölüm	2 (% 1.65)	—	2 (% 1.65)
Tedaviyi terkeden	5 (% 4.13)	5 (% 4.13)	10 (% 8.26)
TOPLAM	36 (% 29.75)	85 (% 70.24)	121

İntihar girişim sıklığı:

Olguların acil polikliniğe gelişlerinde kaçınıcı girişimde buldukları araştırılmış ve 28 olgunun (% 23.14) birden fazla girişimi olduğu görülmüştür (Tablo: VIII).

**Tablo: VIII**  
**Olguların İntihar Girişim Sıklığına Göre Dağılımı**

Olgu	Erkek	Kadın	Toplam
Dördüncü	—	3 (% 2.47)	3 (% 2.47)
Üçüncü	—	6 (% 4.95)	6 (% 4.95)
İkinci	2 (% 1.65)	17 (% 14.04)	19 (% 15.70)
Birinci	31 (% 25.61)	55 (% 45.45)	86 (% 71.07)
Bilinmeyen	3 (% 2.47)	4 (% 3.30)	7 (% 5.78)
TOPLAM	36 (% 29.75)	85 (% 70.24)	121

Çevreye haber verme:

Olguların sadece 19'unun (% 15.70) intihar girişimini yakınlarına bildirdikleri görülmektedir (Tablo: IX).

**Tablo: IX**  
**Olguların İntihar Girişimini Önceden Çevreye Bildirmelerine Göre Dağılımı**

Olgu	Erkek	Kadın	Toplam
Mektup bırakan	8 (% 6.61)	5 (% 4.13)	13 (% 10.74)
Yakınlarına söyleme	4 (% 3.30)	2 (% 1.65)	6 (% 4.95)
Bildirmeyen	21 (% 17.35)	72 (% 59.50)	93 (% 76.85)
Bilinmeyen	3 (% 2.47)	6 (% 4.95)	9 (% 7.43)
TOPLAM	36 (% 29.75)	85 (% 70.24)	121

### 1. Derecede "Bardağı taşırın damla"

Psikiyatrik görüşmeler sırasında intihar girişimine neden olan olayları olguların değerlendirmeleri istenmiş, kendilerince en önemli olan olay, "bardağı taşırın damla" olarak nitelendirilmiştir. 1. Derecede etmenler sırasıyla; ana-baba-kardeşler ile (44 olgu, % 34.92) olan sorun gelmektedir. Kadınlarda aile sorunlarının (58 defa, sorunların % 68'i) fazla olduğu dikkati çekmektedir (Tablo: X).

Tablo: X

Olguların 1. Derecede "Bardağı Taşırın Damla" Özelliğindeki Olaylara Göre Dağılımı (3 Olguda 2 Sorun Birbirinden Ayırdedilememiştir)

Nedenler	Erkek	Kadın	Toplam
Anne, baba, kardeşler	8 (% 6.34)	36 (% 28.57)	44 (% 34.92)
Eş ile sorun	4 (% 3.17)	19 (% 15.07)	23 (% 18.25)
Sevdiği ile sorun	3 (% 2.38)	7 (% 5.55)	10 (% 7.93)
Çocuğu ile sorun	—	6 (% 4.76)	6 (% 4.76)
Sıkıntı-acı	3 (% 2.38)	5 (% 3.96)	8 (% 6.34)
Okul başarısızlığı	4 (% 3.17)	2 (% 1.58)	6 (% 4.76)
Kayınvalide ile sorun	—	5 (% 3.96)	5 (% 3.96)
Borçlu olmak	5 (% 3.96)	—	5 (% 3.96)
Yakın akraba ile sorun	—	3 (% 2.38)	3 (% 2.38)
İşyeri ile sorun	1 (% 0.79)	1 (% 0.79)	2 (% 1.58)
İşte başarısızlık korkusu	1 (% 0.79)	—	1 (% 0.79)
Hamilelik korkusu	—	1 (% 0.79)	1 (% 0.79)
Görme kusuru	1 (% 0.79)	—	1 (% 0.79)
Yalnızlık	—	1 (% 0.79)	1 (% 0.79)
Otomobilin devrilmesi	1 (% 0.79)	—	1 (% 0.79)
Paranoid düşünce	1 (% 0.79)	—	1 (% 0.79)
Alkol	1 (% 0.79)	—	1 (% 0.79)
Toksikomani	1 (% 0.79)	—	1 (% 0.79)
Bilinmeyen	2 (% 1.58)	4 (% 3.17)	6 (% 4.76)
TOPLAM	36 (% 28.57)	90 (% 71.42)	126



#### IV. Psikiyatrik Tanı

Olguların 43'ü (% 34.95) herhangi bir klinik tanı grubuna alınmamış olup bu kişilerde duygu ve davranış arasında kısa devre olduğundan olay, "Kısa devre reaksiyonu: Kurzschluss Reaksiyonu" (Schulte, e., Tölle, R., 13) olarak adlandırılmıştır. Olgulardan iki erkek hasta, çift tanı almıştır (Tablo: XI).

Tablo: XI  
Olguların Psikiyatrik Tanı Gruplarına Göre Dağılımı

Psikiyatrik Tanı	Erkek	Kadın	Toplam
"Kısa Devre" Reaksiyonu ("Kurzschluss" Reaksiyonu)	16 (% 13.00)	27 (% 21.95)	43 (% 34.95)
Reaktif Depresyon	1 (% 0.81)	5 (% 4.06)	6 (% 4.87)
Nörotik Depresyon	1 (% 0.81)	9 (% 7.31)	10 (% 8.13)
Çocukluk Depresyonu	2 (% 1.62)	—	2 (% 1.62)
Depressif Sendrom	3 (% 2.43)	11 (% 8.94)	14 (% 11.38)
Anksiyete Nörozu	—	1 (% 0.81)	1 (% 0.81)
Histeri	—	2 (% 1.62)	2 (% 1.62)
Gençlik Bunalmı	1 (% 0.81)	8 (% 6.50)	9 (% 7.31)
"Borderline"	3 (% 2.43)	—	3 (% 2.43)
Psikoz	2 (% 1.62)	1 (% 0.81)	3 (% 2.43)
Epileptik Sendrom	1 (% 0.81)	8 (% 6.50)	9 (% 7.31)
Debilite	—	3 (% 2.43)	2 (% 2.43)
Alkolizm	4 (% 3.25)	—	4 (% 3.25)
Toksikomani	2 (% 1.62)	2 (% 1.62)	4 (% 3.25)
Bilinmeyen	2 (% 1.62)	8 (% 6.50)	10 (% 8.13)
TOPLAM	38 (% 30.89)	85 (% 69.10)	123

**Tablo: XII**  
**Klinik Tedavi Gören Olguların Psikiyatrik Tanılarına Göre Dağılımı**  
**(2 hasta çift tanı almıştır)**

Psikiyatrik Tanı	Erkek	Kadın	Toplam
"Kısa devre reaksiyonu"	1 (% 5.55)	3 (% 16.66)	4 (% 22.22)
Nörotik Depresyon	—	1 (% 5.55)	1 (% 5.55)
Çocukluk Depresyon	1 (% 5.55)	—	1 (% 5.55)
Depressif Sendrom	—	4 (% 22.22)	4 (% 22.22)
Gençlik Bunalımı	—	2 (% 11.11)	2 (% 11.11)
"Borderline"	2 (% 11.11)	—	2 (% 11.11)
Psikoz	1 (% 5.55)	—	1 (% 5.55)
Epileptik Sendrom	—	3 (% 16.66)	3 (% 16.66)
<b>TOPLAM</b>	<b>5 (% 27.77)</b>	<b>13 (% 72.22)</b>	<b>18</b>

## TARTIŞMA

### I. Tedavi Yaklaşımı:

İlk intihar koruma merkezi 1958'de Edwin Schneidman tarafından kurulmuş olup, Avrupa ve Amerika'da 24 saat görev yapan merkezler bunu izlemiştir<sup>31</sup>. İntihar girişiminde bulunan hastaların değişik nedenlerle ancak az bir kısmının psikiyatrik tedavi için bu merkezlere başvurduğu bildirilmektedir. Münih'te iyi düzenlenmiş bir intihar önleme merkezine intihar girişiminde bulunan hastaların sadece % 30'u gelmiştir<sup>15</sup>. Meksika'da ise korunma yapıldığı halk tarafından bilinmesine karşın intihar girişiminde bulunanların ve ailelerin başvurmadığı görülmüştür<sup>31</sup>.

Acil polikliniğimize başvuran olgulardan % 91.73'ü (111 olgu) ile psikiyatrik tedavi ilişkisinin kurulabilmesi dikkate değer bir özelliktir. Olgularımızın tedavi yaklaşımına iyi yanıt vermesi hastanın konuşmaya en uygun zamanda, olaydan hemen sonra alınmasına bağlanabilir. Bazı hastalar kendilerini intihara götüren olaylar zincirini sadece bu devrede daha iyi görüp sonradan bu yeteneği kaybetmektedirler.

Örneğin, "Borderline" tanısı alan bir hastamız, sorunlarını intihar girişiminden sadece 2 saat sonraya kadar tartışabilmiş, ana-babası ile olan patolojik ilişkisini görmüş olup daha sonra bu konuyu işleyememiştir.

Gece acil polikliniğine intihar girişimi nedeniyle gelip ertesi gün psikiyatri polikliniğine başvurması önerilenlerin büyük bir kısmı bundan kaçınmışlardır.

## II. Sosyal Durum:

Durkheim'in 1897'de sosyal etmenlerin intiharlarda rolü olduğunu bildirmesinden <sup>6</sup> bu yana yapılan çalışmalar bu nedenlerin toplumdan topluma, yıldan yıla değiştiğini göstermiştir <sup>1,6,7,12,14,18,22,32</sup>. İntihar olaylarının bazı ülkelerde az görülmesi, orada katolik dininin hakim olmasına bağlanmıştır <sup>33</sup>. Yasaklar intihar girişimini önleyebileceği gibi saklı tutulmasına da neden olacaklarından istatistik bilgileri yanıltıcı olmaktadır. Bunlardan İngiltere'de 1961 yılına kadar intihar girişi ve intihar ağır bir suç olarak kabul edilmiştir. Kilise 1962 yılına kadar intihar edenlerin cenazelerinin dini tören yapılmadan gömülmesini emretmiştir. Bu nedenle memurlar gerekli belgelere intihar tanısı yazmaktan kaçınmışlardır <sup>4</sup>.

İslam dininde de de intihar girişimi büyük bir günah kabul edildiğinden <sup>5</sup> açıkça söylenmeyen, ortaya çıkarılması zor bir olgudur.

Türk Ceza Kanununun 454. maddesi intihar suç görmemekle birlikte buna yardım eden kişilerin ağır hapis cezası almasını öngördüğünden <sup>34</sup>, intihar olayları takibedilmekte, kişi ve aile polisle karşılaşmaktadır.

6762 sayılı Türk Ticaret Kanununda hayat sigortasının, intihar nedeniyle ölenlere belli koşullarla ödenmesini öngördüğünden <sup>35</sup> intihar olaylarının saklı tutulmasına neden olabilir.

N. Arkun retrospektif bir çalışmasında 50 yıl içinde sosyo-kültürel verilerin değiştiğini vurgulamaktadır <sup>26</sup>. Bir başka araştırmacı ülkemizde intihar olgularını incelerken karşılaştığı güçlükleri dile getirmektedir <sup>36</sup>.

Özetle, bugün saydığımız nedenlerle Türkiye'de intihar ve intihar girişimlerinin gerçek sayılarının bilinmediğini söyleyebiliriz.

Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesine başvuran olgular değerlendirilirken bu nedenle genellemeye gidilmekten kaçınılmıştır.

### Cinsiyet:

Klasik bilgiler, intihar girişimlerinde erkek/kadın oranını 1:2-1:3 arasında vermektedir <sup>20</sup>.

Ülkemizde yapılan son çalışmalarda Eskişehir'de <sup>27</sup> ve Çukurova'da <sup>29</sup> bu oran yaklaşık 1:2 bulunmuştur.

Bizim olgularımızda da E/K oranı yaklaşık 1:2 dir.

Kadınların birçok toplumlarda erkeklere oranla neden daha fazla intihar girişiminde bulunduğu açıklığa kavuşmamıştır.

### Yaş:

Avrupa ve Amerika'da 15-35 yaşları arasında intihar oranı yüksek olup <sup>7,12,18</sup> kazalardan sonra 2. sırada ölüm nedeni olarak görülmektedir <sup>2</sup>.

Ülkemizde, Eskişehir bölgesinde intihar girişimlerinin % 55.8'i 18 yaşın altında, % 44.4'ü 18-45 yaş arasında görülmüş olup, Çukurova'da % 86'sının 15-34 yaşları arasında bulunduğu saptanmıştır <sup>27,29</sup>.

Bizimde olgularımız 15-24 ve 25-34 yaşlar arasında yoğunlaşmaktadır. Bu durum, diğer araştırma bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Yaşlılıkta intihar girişimleri seyrekleşmekte olup nedenleri değişmektedir <sup>37</sup>. <sup>38,39</sup>. 60 yaşından yukarı kişilerde intihar girişimi % 20 oranında olup, 2/3'ü ölümlle sonlanmaktadır <sup>38</sup>. Bir hastamız 81 yaşındadır ve ölümlle sonlanmıştır.

Öğrenim durumu:

Yabancı kaynaklarda intihar girişimlerinin öğrenim durumları ile ilişkisini saptayan bir çalışmaya rastlayamadık.

Eskişehir'de intihar girişiminde bulunan olguların % 52.7'sinin ilkökul mezunu olduğu görülmüştür.

Olgularımızda da ilkökul mezunları çoğunlukta olup (% 53.7), ikinci sırayı lise (% 16.52) mezunları almaktadır.

Bu oranın intihar girişimine özgü olmayıp yaklaşık olarak Türk toplumunun öğretim durumunu yansıttığı görülmektedir.

Mesleki durum:

Bazı meslek gruplarında intihar girişimlerinin sıklığı dikkati çekmiştir <sup>19</sup>. Amerika'da kadın doktorların normal populyasyondan 4 defa fazla, İngiltere'de ise polislerin diğer meslek gruplarına oranla daha fazla intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür.

Ülkemizdeki araştırmalarda, farklı meslek gruplaşmaları yapıldığından sonuçlar karşılaştırılmamaktadır.

Olgularımızda ev kadınları (% 50.80), öğrenciler (% 12.90) ve işçiler (% 10.48) ön sıradadır. Kadınların çok olduğu bir örneklemede, ev kadınların yoğun olması şaşırtıcı bir sonuç değildir.

Medeni durum:

İntihar girişimine evlilerde az, bekâr ve dullarda fazla rastlandığı bildirilmektedir <sup>32</sup>.

Ülkemizde Arkun'un çalışmasında bekârların intihar girişimleri ve intiharı evlilere oranla daha fazladır.

Eskişehir'de bekâr erkeklerin, bekâr kadınlara oranla daha sık, evli kadınların ise evli erkeklere oranla daha sık intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür <sup>27</sup>.

Çukurova'da da erkeklerde bekâr ve dullar, kadınlarda evlilerin oranı fazladır <sup>29</sup>.

Olgularımız, reşit yaş 18 olarak kabul edilen ülkemizde, 18 yaşından küçükler ve büyükler olmak üzere ayrı ayrı incelenmişlerdir. 18 yaşın altındakiler yetişkinlere eklenirse bekârların oranı hatalı olarak artacaktır.

İntihar girişimi yetişkinlerde, evli kadınlarda bekâr kadınlara oranla daha fazla, bekâr erkeklerde de bekâr kadınlara oranla daha fazla intihar girişimi görülmüştür. Dul kadınlar, dul erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde bulunmuşlardır.

1975 istatistiklerinde Türkiye nüfusunda evlilerin, bekârların iki katı; bekâr erkeklerin, bekâr kadınların  $1^{1/2}$  katı olduğu, evli kadın-erkek sayısının birbirine yakın bulunduğu bilinmesi <sup>40</sup> bu oranların Türk toplumundaki bekâr/evli, kadın/erkek oranlarına uygunluk gösterdiğini düşündürmektedir.

Bununla birlikte Türkiye'de aile içinde en kritik durumda olan kişilerin aileye "yeni gelen" ve dul kadınlar olduğu hatırlanmalıdır <sup>42</sup>.

Yerleşim yerleri:

Köylerde intiharların şehirden az olduğu söylenmektedir <sup>1</sup>.

Türkiye'de köyde oturanların sayısı şehirde oturanlardan fazladır <sup>40</sup>.

Eskişehir'de % 89.9'u şehir, % 8.3'ü köy ve % 1.8'i ilçeden başvurmuştur <sup>27</sup>.

Bizim olgularımızda çoğunlukla şehirde oturan kişilerdir.

Bu ters oranın şehirlielerin ve özellikle hastane çevresindekilerin kolay ulaşabileceği şeklinde yorumlanması mümkündür.

### III. İntihar Girişimi:

Zamanı:

Öğleden sonra ve akşam üzeri intihar girişimlerinin arttığı <sup>12</sup> bildirilmektedir.

Olgularımızda erkeklerin akşam saatlerinde, kadınların ise akşam ve sabah saatlerinde daha çok intihar girişiminde buldukları görülmüştür. Ülkemize bu konuda bir araştırmaya rastlayamadık.

Kadın ve erkek olgularımızda intihar girişimleri pazar ve pazartesi günleri artmaktadır.

Özçivit ve ark. da pazartesi bulmuştur.

İntiharların sırası ile Mayıs, Mart, Temmuz, Nisan aylarında yüksek olduğu bildirilmiştir <sup>17</sup>. Adölesanlarda baharda arttığı bildirilmektedir <sup>12</sup>. Çukurova'da da Ekim—Mart aylarını kapsayan sürede en çok Ekim en az Aralık ayında görülmüştür <sup>29</sup>.

Olgularımızda erkeklerin Aralık ve Nisan aylarında, kadınların ise sırası ile Şubat, Temmuz, Haziran ve Kasım aylarında daha fazla intihar girişiminde buldukları saptanmıştır.

Yukarıda saydığımız verileri intihar girişiminde bulunan kişilerin ne zaman tehlikede olduklarını görmek üzere kullanıp, yorum yapmanın erken olduğunu düşünüyoruz.

Girişim şekli:

İntihar girişim şekilleri de toplumlar arası ve zaman içinde değişiklik göstermekte olup son yıllarda da ilaçların kullanılması ile intiharlar artmıştır <sup>1,32</sup>.

Ülkemizde ölüme biten intihar olgularında sırası ile asi, kimyevi madde kullanımını ateşli silahlar ilk üç sırada gelmektedir <sup>30</sup>.

Eskişehir'de olguların % 82.2'si ilaçla intihar girişiminde bulunmuş, analjezik ve tranklizan alınması birinci sırada gelmiştir <sup>28</sup>.

Çukurova'da da intihar girişimi % 90 toksik madde alınması ile olmuştur <sup>29</sup>.

Olgularımızda % 90.90 ilaç kullanarak intihar girişiminde bulunmuşlardır. Analjezik-antipiretikler içinde Optalidon, psikofarmaka için de tranklizanları fazla olduğu saptanmıştır. İntihar girişim aracının % 44.62'si evden sağlandığına göre (Tablo: IV) olguların bu maddeleri "ellerinin altında" buldukları anlaşılmaktadır. Son zaman da ağrı ve uyku ilaçlarının kullanımının artmış olması (43.44) bildirilmiş olup ülkemizde de bu yönde gelişme olduğu görülmektedir.

Aracı sağlama:

Möller, 150 olguda yaptığı bir çalışmada, intihar aracının % 7.53'nün evden sağlandığını saptamıştır <sup>16</sup>.

Ülkemizde nereden sağladıklarına özgün bir anket bulamadık.

Olgularımızın % 44.62'sinin evden sağlamış olduğu dikkate değer. Kadınlar

daha çok evdeki araçlardan yararlanmışlardır.

Bulgular, analjezik-antipiretik ve tranklizanların kolay elde edilmesinin intihar girişimlerinde etken rolü olduğunu düşündürmektedir.

Acil Poliklinikte genel durum ve komada kalış süresi:

Bu konuda yapılmış bir araştırmaya rastlayamadık. Olgularımızın % 55.37'sinin şuurlarının açık, % 23.96'sının konfüzyon ve % 18.18'inin koma durumunda olduğu saptanmıştır.

Koma durumunda getirilen olgular 3-72 saat komada kalmışlardır. 2 hasta ölmüştür.

Acile başvuran hastalar içinde letalite oranı % 1.65 tir.

Olguların acile gelişlerindeki ağır bozuklukları yalnızca ölümle biten intihar olgularını "ciddi", diğerlerini basit bir girişim olarak değerlendirmememiz gerektiğini göstermektedir.

İntihar girişimini kabullenme ve girişimden vazgeçme, tekrarlama, çevreye haber verme:

Çalışmanın başında da belirttiğimiz gibi intihar olayının algılanması, değerlendirilmesi pek çok faktörlerin etkisinde değişmektedir. Selby J.W. ve Calhoun (1975),<sup>45</sup> çalışmalarında intihar olaylarının sosyal algılanmasını araştırmaktadır. Deneklerin hepsi intiharı çevre baskısına bağlı olacağını düşünmüşlerdir. Oysa dinler ve kanunlar intiharı önlemeye yöneliktir<sup>4,5,33,35</sup>. İntihar girişiminde bulunan kimse çevre ile ambivalan bir ilişki içinde olup utanma ile cezalandırılma arzusu içinde söyleyip söylememekte çekingen davranır.

Olgularımızın % 83.47'si intihar girişiminde bulunduğunu kabul etmiştir, bu yüksek bir orandır. Görüşme sırasında olguların hemen tümünde ilk yanıt çekingenlik olmuştur. İntihar girişimini kabul etmek için bir barajın aşılması gerekmektedir.

Olguların büyük çoğunluğu tedavi seyrinde intihar girişimlerinden pişmanlık duyduklarını ve vazgeçtiklerini bildirmişlerdir. Bu özellik klasik bilgilerimize uymaktadır<sup>13</sup>.

İntihar girişimi bir kez denendikten sonra ilk haftalarda tekrarlama özelliği olan bir olaydır. Olguların % 20-30'u tekrar girişimde bulunurlar.<sup>14,46,47</sup>

Olgularımızda da birden fazla intihar girişiminde bulunanlar % 23.14 arasındadır.

İntihar girişimlerinde bulunan olguların % 15'inin veda mektubu bıraktığı görülmüştür<sup>31</sup>. Çevreye haber verme oranı bizim olgularımızda da % 15.70 tir.

I. derecede "bardağı taşıran damla"

İntihar girişimi, tek bir nedene bağlı bir olay değildir. Kişi bir olaylar zincirinden geçerek bir noktaya gelir, olaylardan bir ya da bir ikisi kişinin dengesini bozan bir stres olabilir.

Yabancı kaynaklarda sorun alanları saptanmaya çalışılmış, hastadan özel bir değerlendirme istenmemiştir.

Ülkemizde intihar nedenleri; hastalık, öğrenim başarısızlığı, aile geçimsizliği olmaktadır<sup>30</sup>. İntihar girişimlerinde ise ailesel ve kişisel çatışma başta gelmektedir<sup>28,29</sup>.

Olgularımızda ana-baba-kardeş sorunları (% 34.92), eş ile (% 18.25), sevdiği ile (% 7.93) sorun ilk üç sırayı almaktadır. Kadınlarda aile sorunları fazladır.

#### IV. Psikiyatrik Tanı:

İntihar olaylarının bazı klinik tanı gruplarında sık olduğu bilinmektedir <sup>46.48</sup>. Depresyon tanısı alan olgularda % 30-50 arasında intihara rastlandığı bildirilmiştir.

İntihar girişimi ise % 13- % 70 arasında değişmektedir <sup>48</sup>. Bu oran çocuklarda % 10'un altına düşmektedir <sup>49.50</sup>.

Çukurova yöresinde depressif belirtiler % 59, histeri % 25 ve psikopati % 16 ilk sıralarda görülmüştür <sup>29</sup>.

Olgularımızdan 43 kişi (% 34.95) herhangi bir tanı grubuna yerleştirilmemiş olup "kısa devre reaksiyonu" olarak değerlendirilmişlerdir. Ringel, E. ve Kulawik, K. bu olguları semptomsuz seyreden nörozlar olarak kabul etmektedirler <sup>46.51</sup>.

Klinik tedavi gören hastalar ilk sırada kısa devre reaksiyonu, depressif sendrom ve epileptik sendrom tanısı alan olgulardır.

#### Sonuç:

İntihar olayları ve intihar girişimlerinin psikiyatrik incelemesi güçlükler gösteriyorsa da, her yıl artan sayıları bu konuda çalışmayı gerektirmektedir. Kişilerin, gerek korunması ve gerekse tedavisinde bu bilgilerin yararı olacaktır.

Bursa yöremizde en çok intihar tehtidinde olan kişiler; 15-35 yaş grubu içinde, ilkokul mezunları, meslek gruplarından ev kadını, öğrenci, işçi ve dul kadınlar olabilir gibi görülmektedir.

İlacı yanlış kullanan, ilaç alışkanlığı olanlar da intihar riski taşımaktadırlar.

Ailevi sorunları yoğun olan, özellikle semptomsuz nöroz gösteren kimseler de intihara eğilimli görünmektedir.

Bu kimseler de psikiyatrik tedavi için en uygun zaman acil polikliniğimize başvurduğu ilk biriki saatdir.

#### KAYNAKLAR

1. PFEIFFER, W.M.: Transkulturelle Psychiatrie. Ed. W. Scheid. Stuttgart, Georg Thieme, 1971, p. 66-80.
2. BURGIS, E.: Nervemheilkundliches Stoffgebiet München, Mediscript, 1979, p. 398-402.
3. Comparabilite des statistiques sur le suicide, Chronique OMS, 29: 207-213, Mai, 1975.
4. SMITH, A.: İnsan Yapısı ve Yaşamı: Çeviri: E. Onur, N. Tektaş, İstanbul Yükselen, 1970, p. 297-303.
5. DAĞISTANI, Z.: Zübbe-tül Buhari Çevirisi, İstanbul, Dilek 1971, s. 943.
6. DURKEİM, E.: Suicide 1897 (2. baskı Fransızca 1930) İngilizce J. A. Spaulding ve G. Simpson, New York: The Free Press, 1951.
7. BROOKE, E.; M. ATKINSON: Ascertainment of Deaths from Suicide Suicide and Attempted, Suicide, WHO, Genova, Nr. 58, 1974, p. 15.
8. MULLER, KUPPERS,; M.R. SCHON: Selbstmord und Selbstmordversuche bei Jugendlichen, Ciba (soma + psyche), Basle, 1979.
9. DEVELLİOĞLU, F.: Osmanlıca Türkçe Ansiklopedik Lugat, Ankara, Doğuş, 1978, s. 529.

10. ÖZÖN, M.N.: Osmanlıca Türkçe Sözlük, İstanbul, Yükselen, 1977, s. 297-508.
11. FREEDMAN. A.M., H.I. KAPLAN: B. J. SADOCK: Modern Synopsis of Psychiatry/II, Baltimore, The Williams Wilkins Comp., 1976, p. 870-874.
12. ROSENKRANTZ, A.L.: A note on adolescent suicide: incidence, dynamics and some suggestions for treatment, Adolescence, XIII, 50: 209-214, 1978.
13. SCHULTE, W.; R. TÖLLE.: Psychiatrie, Berlin, Heilderberg, New York, Springer, 1975, 68-71, 94.
14. PİNO, R.: G. KOCKOTT: W. FEURLEİN: Sechs-Jahres-Katamnese am hundert Patienten mit Suicidvesuchen durch Tabletteneinnahme, Arch. Psychiatr. Nerven kr. 227: 213-226 (1979).
15. MÖLLER, H.J.V. WERNER: Beschreibung von 150 patienten mit belbst-mordversuch durch habletten-unter besonderer Berücksichtigung des Selbst-mordverhaltens und der Inanspruchname von Beratungsmöglichkeiten für Suicidgefährdete. Arch. Pscyiat. Nervenkr. 226, 2: 113-135, 1978.
16. PAYKEL, E.S.: Der Bedeutungsgehalt von lebensverändernden Ereignissen und die individuelle Disposition: Ihre Rolle bei der Entstehung psychischer Erkankungen Sozialer Stress und psychische Erkrankungen, Fortschitte der Sozial Psychiatric 5, München, Wien, Baltimore, Urban Schwarzenberg, 1980, 199-213.
17. BARRACLOUGH, BM., S.J. WHITE: Monthly variation of suicide and undetermined death compared. Brit. J. Psychiat, 132: 275-278, 1978 (Mart).
18. HAWTON, K.; J. CROWLE; S. SIMKIN; J. BANCROFT: Attempted suicide and suicide among Oxford University Student. Brit. J. Psychiat., 132: 506-509, 1978 (Mayıs).
19. PITTS, F.N., A.B. SCHULLER: C.L. RICH, A.F. PITTS.: Suicide among u.s. Women Psycians, 1967-1972. Am. J. Psychiatry 136: 5, 694-696, 1979 (Mayıs).
20. DAVISON, G.C.; J.M. NEALE: Klinische Psychologie. Tercüme: H. Jung., München, Wien, Baltimore, Urban Schwarzenberg, 1979, p. 218.223.
21. ORBACH, I.: H. Claubman: The concept of death and suicidal behavior in young children. American Academy of Child Psychiatry. 18: 4, 668-678 1979.
22. FİCKER, F.: Die Entwicklung zum suicidalen Handeln in Kindheit und Pubertät unter therapeutisch prophylaktischem Aspekt. Acta Paedopsychiat. 49: 301-310, 1979 (Eylül).
23. SONUVAR, B.: A. YÖRÜKOĞLU: Çocukluk ve delikanlılık çağında intihar girişimleri, Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni 4:2 136-150, 1971 (Temmuz).
24. İÇELLİ, O.; T. ÖRNEK; S. TUNCEL: Çeşitli Depresyon Vak'alarında İntiharın Araştırılması. VII. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara TSE 27. Eylül-2 Ekim 1971, s. 165-170.
25. ZİYATAR, A.; T. TÜREDİ.: İntihar Olayında Ön Teşhis Kriterlerinin Araştırılması. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Kongre Kitabı, Bozak, 1973, s. 101-108.
26. ARKUN, N.: İstanbul'da 1927-1972 Yılları Arasındaki İntiharlar Üzerinde Psikososyal Bir Araştırma. XII. Ulusal Psikiyarti ve Nörolojik Bilimler Kongresi. Kongre Kitabı, İstanbul, Bozak, 1976, s. 581-588.



27. TEKİN, D. : İntihar girişimlerinde sosyo-ekonomik nedenler üzerine bir araştırma, Anadolu Tıp Dergisi. 3: 69-90, 1981 (Nisan).
28. Tekin, D. : Bir Takvim Yılı İçinde Eskişehir İlinde Oluşan İntihar Girişimlerinde Kullanılan Araçlar Üzerinde Bir Araştırma. 17. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Kongre Kitabı, Bornova, Bilgehan, 1981, s. 137.
29. ÖZÇİVİT, N.Ü., M. ÜNAL.: Çukurova Bölgesinde Özkiyım (İntihar) ve Özkiyım Girişimleri Üzerinde Bir Çalışma. 17. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Kongre Kitabı, Bornova, Bilgehan, 1981, s. 137.
30. İntihar İstatistikleri 1978-1979, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 911, Ankara, DİE, 1980.
31. MARİS, R.W.: Forces in Urban Suicide. Homeood, III: Dorsey, 1969 in: RUCH, F.L: P.G. ZIMBARDO: Lehrbuch der Psychologie, tercüme: W. F. Angermeir ve ark. Berlin, Heidelberg, New York, Sprenger, 1974, p. 452.
32. HOLDİNG, T.A., D. BUGLASS, J.C. DUFFY, N. KREİTMAN: Parasuicide in Edinburg: A. Seven Year review 1968-74, Brit. J. Psychiat., 130: 534-543, 1977 (Haziran).
33. BARRACLOUGH, B.M.: The different incidence of suicide in Eire and in England and Wales, Brit. J. Psychiat., 132: 36-38, 1978 (Ocak).
34. Türk Ceza Kanunu. Kanunlar Servisi, Sayı: 10, Yeni Matbaa, İstanbul, 1966, s. 135.
35. ÇOKER, F., S. KAZANCI, F. KAZANCI.: Üçüncü Fasıl, I. Kısım, D İntihar Madde 1328. Türkiye Cumhuriyeti Kanunları V. Cilt, Büyük Çekmece, Kazancı, M.S. 1978, s. 5501.
36. YETKİN, Ç.: Belgelerle Türkiye'de 17 İntihar Olayı, Milliyet Yayınları, Dizi dışı, İstanbul, 1978.
37. STAUDACHER, H.L.: Das suicidale geschehen im Alter, Z. Gerontol. 3, 1970, 290.
38. STAUDACHER, H.L.; OESTERREICH, K.: Psychiatrie des Alterns, UTB 496, Heidelberg, Ouelle-Meyer, 1975, p. 144-147.
39. WHITLOCK, F.A.: Suicide, Cancer and depression, Brit. J. Psychiatry, 132: 269-274, 1978 (Mart).
40. Türkiye İstatistik Cep Yıllığı 1980, Ankara, DİE, 1980.
41. HEIMAN, M.F.: Suicide Among Police. Am. J. Psychiatry 134: 11, 1286-1290, 1977 (Kasım).
42. ERDENTUĞ, N.: Sosyal adet ve gelenekler. Kültür Bakanlığı 254, Halk kitapları: 4, Ankara, 1977.
43. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie (Ed. M. Beuler) Sprenger, Berlin, Heidelberg, New York, 1972, p. 325.
44. KAYMAKÇALAN, Ş.: İlaç Bağımlılığının Dünyadaki Son Durumu VIII. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Ege Üniversitesi, Bornova 1973, s. 47-57.
45. SELBY, J.W.: L.G. GALHOUN.: Social perception of Suicide; Effects of Three factors on causal attributions, J. Consult. Clin. Psychol., 43, 3, 431, 1975.
46. RİNGEL, E.: Selbstmord-Appell an die anderen, München, Kaiser, 1974.

47. REMSCHMİDT, H.; TH. SCHWAB: Suizidversuche im Kindes-und Jugendalter. Acta Paedopsychiat. 43, 197-208, 1978 (Eylül).
48. PÖLDİNGER, W.: Suicidalität, Depression und Angst Depressive Zustände, Bern, Stuttgart, Wien, Hans Huber, 1972, 63-72.
49. DUCHE, D.J.: Les Tentatives de suicide chez l' enfant et l'adolescent, Acta Paedopsychiat 35,345-373, 1968.
50. CEBİROĞLU, R.E. SÜMER.: Çocukta depresyon, V. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Tutanak ve Serbest Bildirileri, İzmir. Ege Üniversitesi, 1970, s. 451-455.
51. KULAWİK, H.: Zur Psychopathologie der Suizidalitat, Psychiat. Neurol. med. Psychol. Leipzig, 29: 5, 257-265, 1977 (Mayıs).