

İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi ve Depresyon Tanısı Açısından Değerlendirilmesi

Evaluation of Sociodemographic Characteristics and Depression Diagnosis of Adolescents who Had Suicide Attempt

Özgün Araştırma
Research Article

Ayşe Nihal Eraslan [®], Rezzan Aydın Görücü [®], Mehmet Öztürk [®], Arzu Yılmaz [®],
Medine Ayšın Tařar [®]

Öz

Amaç: Ergenlerdeki intihar girişimleri, acil servise yapılan psikiyatrik başvurular arasında en yaygın başvuru sebeplerinden biri haline gelmiştir. Bu çalışmayla ergenlik dönemi özellikleri de göz önünde bulundurularak intihar girişiminde bulunan ergenlerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi, eşlik eden depresyon tanısının saptanması ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya Nisan 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Bölümü'ne intihar girişimi nedeni başvuru ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Bölümü'ne yönlendirilmiş hastalar alınmıştır. Araştırma kapsamında "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği", "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Sosyodemografik Veri Formu" kullanılmıştır. Hastaların psikiyatrik muayene sonucunda DSM-5'e göre "Major Depresyon Bozukluğu" tanısı alıp almadığı da değerlendirilmiştir. Analizlerde SPSS 24.0 kullanılmıştır. T Testi, Kruskal Wallis Testi, ki-kare ve Fisher's exact test uygun yerlerde kullanılmıştır.

Bulgular: İntihar girişiminde bulunan toplam 38 olgunun %92,1'ini (n=35) kızlar oluşturmaktaydı. Olguların %92,1'inin (n=35) ilaç içerek intihar girişiminde buldukları saptandı. Olguların yaklaşık yarısı (%44,7 n=17) intihar sebebini "ailevi stresörler" olarak belirtti. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda olguların %42,1'inde (n=16) DSM-5'e göre "Major Depresyon Bozukluğu" tanısı saptandı.

Sonuç: İntihar girişiminde bulunan ergenlerdeki bireysel ve çevresel etkenlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesinin risk faktörlerinin anlaşılmasında önemli olduğu düşünölmüştür. Gençlerin sorunlarla başa çıkma becerilerinin artırılmasına, gençlere problem çözme becerilerinin kazandırılmasına ve ailelerin ergen bireylere yaklaşım konusunda bilgilendirilmesine yönelik profesyonel psikososyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinin koruyucu önlemlere katkı sağlayabileceği düşünölmüştür.

Anahtar kelimeler: İntihar, ergen, depresyon

ABSTRACT

Objective: Suicide attempts of adolescents have become one of the most common reasons among the admission to emergency departments for psychiatric reasons. The aim of this study is to identify sociodemographic and clinical characteristics, the diagnosis of depressive disorder and to assess the risk factors of adolescents who attempted suicide.

Method: For this study, the patients that were admitted to Ankara Research and Training Hospital Emergency Department and were referred to Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic due to suicide attempt between April 2018 and December 2018 were included. "Child Depression Inventory", "Beck Depression Inventory" and "Sociodemographic Data Form" were used for the study. It was also evaluated whether the patients were diagnosed with "Major Depressive Disorder" according to DSM-5 as a result of psychiatric examination. SPSS 24.0 was used in the analyzes. T-test, Kruskal-Wallis test, Chi-square and Fisher's exact test were used where appropriate.

Results: Out of 38 patients who attempted suicide, 92,1% (n=35) were female. It was found that 92.1% (n=35) of the cases attempted suicide by overdose drug intake. Approximately half of the cases (44.7% n=17) reported the reason for suicide as "familial stressors". As a result of the psychiatric evaluation, 42.1% (n=16) of the cases were diagnosed with "Major Depressive Disorder" according to DSM-5.

Conclusion: Comprehensive evaluation of individual and environmental factors in adolescents who attempted suicide is considered important to identify the risk factors. Moreover strengthening the professional psychosocial support systems about increasing coping skills, gaining problem-solving skills of adolescents and informing families about approach to adolescents are thought that may contribute to protective measures.

Keywords: Suicide, adolescent, depression

Received/Geliş: 24.08.2020

Accepted/Kabul: 10.09.2020

First Online: 28.09.2021

Ayşe Nihal Eraslan

Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü,
Ankara, Turkey

✉ aysenihaleraslan@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7655-7927

R. Aydın Görücü 0000-0002-8721-4073

Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü,
Ankara, Türkiye

M. Öztürk 0000-0001-6383-4457

Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Bölümü,
Ankara, Türkiye

A. Yılmaz 0000-0003-2550-9324

Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bölümü,
Ankara, Türkiye

M.A. Taşar 0000-0003-4367-725X

Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk Acil Bölümü,
Ankara, Türkiye

Cite as: Eraslan AN, Aydın Görücü R, Öztürk M, Yılmaz A, Taşar MA. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi ve depresyon tanısı açısından değerlendirilmesi. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi. 2021;31(3):322-32.

© Telif hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğit. ve Araşt. Hastanesi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright Association of Publication of the T.C. Ministry of Health Izmir Tepecik Education and Research Hospital. This journal published by Logos Medical Publishing.

Licensed by Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY)



GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ne göre intihar ilk on ölüm nedeni arasında olup, günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur ⁽¹⁾. Batı ülkelerinde intihar, ergenlik dönemindeki en sık ikinci ya da üçüncü ölüm nedenidir. Türkiye'de de intihar ergenlik döneminde en sık görülen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır ⁽²⁾. İntihar toplumda stresli yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozuklukları olanlara kadar her kesimde görülebilir ⁽¹⁾. İntihar davranışının sıklığı çocukluk döneminde düşük olup ergenlikle birlikte belirgin artış göstermektedir ⁽²⁾. Ergenlerdeki intihar girişimleri, acil servise yapılan psikiyatrik başvurular arasında en yaygın başvuru sebeplerinden biri haline gelmiştir ⁽³⁾.

İntihar eylemi her zaman sonuca ulaşmayabilir, bu açıdan intihar olgusu; "İntihar", "İntihar girişimi", "İntihar düşüncesi" kavramları temelinde düşünülmelidir ⁽¹⁾. "İntihar düşüncesi" kişinin kendisini öldürme niyetinin olmasını tanımlamaktadır. "İntihar girişimi" ve "İntihar" terimleri ise intihar etme motivasyonu ile gerçekleştirilen, kasıtlı olarak kişinin kendine zarar verme eylemlerini anlatmaktadır. "İntihar girişimi" ölüm ile sonuçlanmayan eylemler için; "İntihar" ya da "Tamamlanmış intihar" ifadeleri ise ölümle sonuçlanan eylemler için kullanılmaktadır. Kültürel olarak kabul edilebilen (örneğin küpe takmak için kulağını deldirme) davranışlar dışında kişinin kendi vücuduna fiziksel olarak zarar verme eylemleri için "Self mutilasyon" ya da "İntihar dışı kendini yaralama (İDKY)" terimleri kullanılmaktadır ⁽²⁾. İntiharla ilgili olarak en çok incelenen konulardan biri ruhsal bozukluklardır. En çok ilişkili bulunan ruhsal bozukluk depresyon olarak bildirilmiştir. Ayrıca intihar eden bireylerde kişilik özelliklerinin de önemi vurgulanmıştır ⁽⁴⁾.

Psikososyal kuramı geliştiren Erik Erikson'a göre 12-19 yaş "Kimliğe karşı kimlik karmaşası" dönemidir ⁽⁵⁾. Kimlik duygusunun kazanılması sürecinde ergen birey "Ben neyim?", "Ben kimim?" sorularının cevaplarını bulmaya çalışır ⁽⁶⁾. Ergen intiharlarının gittikçe artmakta olduğu saptanmış olup bu intiharlar değer-

lendirilirken ergenlik döneminin kendine özgü özelliklerinin olduğu göz önüne alınmalıdır. Bu dönem özelliklerinin bazılarını örnek olarak; ergenlerin bağımsız kimliği oluşturma, ayrışma işlevini başarma, aile ile ilgili belirli duyguları oluşturma, sevgi ve aşk ilişkileri kurma, dürtü ve beden işlevlerini kontrol edebilme gibi görevler verilebilir ⁽⁷⁾. İntihar girişimlerinin önlenmesi için intihar girişimini hazırlayan risk faktörlerinin erken saptanması ve etkin bir şekilde müdahale edilerek ortadan kaldırılması oldukça önemlidir ⁽³⁾. Bu çalışmayla ergenlik dönemi özellikleri de göz önünde bulundurularak intihar girişimlerinin özelliklerinin belirlenmesi, eşlik eden depresyon tanısının saptanması, risk faktörlerinin ve koruyucu önlemlerin belirlenmesine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma grubuna Nisan-Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Bölümü'ne intihar girişimi nedeni başvurmuş ve Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Bölümü'ne yönlendirilmiş hastalar alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar çalışma kapsamında değerlendirilmiş, kabul eden olgular ve ebeveynlerinden onam alınmıştır. Klinik değerlendirme ile olguda Mental Retardasyon (IQ<70) olması dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Şüpheli intihar girişimleri (ağrısının geçmesi için birden çok sayıda ağrı kesici alma, intihar amaçlı ilaç içmediğini söyleme vb.) çalışma kapsamının dışında tutulmuştur. Bunun dışında çalışmamızda dışlama kriteri bulunmamaktadır. Araştırma kapsamında tüm olgular için "Sosyodemografik veri formu", 6-17 yaş aralığındaki olgular için "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği", 17 yaşından büyük olgular için "Beck Depresyon Ölçeği" kullanılmıştır. Değerlendirilen kesitte olguların DSM-5'e göre "Major Depresyon Bozukluğu" tanısı alıp almadığı da çalışma kapsamında değerlendirilmiştir.

Kullanılan Ölçekler

Sosyodemografik veri formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Demografik bilgiler, aile özellikleri, tıbbi öykü ve intihar girişimi özellikleri gibi verile-

rin sorgulandığı form görüşme esnasında araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Okula devam durumu değerlendirilirken; örgün eğitime devam etmekte olan olgular “Örgün eğitime devam ediyor” kapsamında değerlendirilmiş olup, Açık Öğretim Lisesi’ ne devam eden ya da herhangi bir okula kaydı olmayan olgular “Örgün eğitime devam etmiyor” sınıflamasında yer almıştır.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 27 maddelik ölçekte her madde için kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Ölçeğin en yüksek puanı 54’tür. Ölçek puanı yükseldikçe, depresyonun şiddeti de artmaktadır. Kesim puanı 19 olarak önerilmiştir ^(8,9). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öy tarafından 1990 yılında yapılmıştır ⁽¹⁰⁾.

Beck Depresyon Ölçeği: Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiştir ⁽¹¹⁾. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından 17-23 yaş grubu üniversite öğrencilerinde yapılmış ve ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Dört maddelik toplam 21 cümle grubundan oluşur. İşaretlenen sayıların hepsinin toplamı alınan toplam puanı gösterir ⁽¹²⁾.

- 0-9: Normal düzeyi gösterir
- 10-18: Hafif düzeyde depresyon belirtisini gösterir
- 19-29: Orta düzeyde depresyonu gösterir
- 30-63: Şiddetli depresyon belirtisini gösterir

Araştırma için T.C.S.B Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu 11.04.2018 tarih, 0042 toplantı no ile onay alınmıştır.

İstatistiksel analiz

Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 24.0 (IBM Corporation,

Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası analizinde Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapıldı. Normal dağılıma uyan verilerin iki grup arasındaki karşılaştırmaları için T Testi, uymayan verilerin üç grup ve üzerindeki karşılaştırmaları için Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Kategorik veriler Ki-Kare ve Fisher’in Kesin Testi ile analiz edildi. Okula devam durumunu, daha önceden var olan self mutilasyon davranışını ve intihar sonrası kontrole gelme durumunu etkileyen faktörler, tek değişkenli analizlerde $p < 0,35$ çıkan karşılaştırmalar baz alınarak Binary Lojistik Regresyon Analizi (Backward LR) ile değerlendirildi. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow Testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak ele alındı.

BULGULAR

Çalışma kapsamında değerlendirilen toplam 38 olgunun yaş ortalaması $15,76 \pm 1,47$ yıl olarak saptandı. Olguların %89,5’inin ($n=34$) en az bir tane kardeşi olduğu saptandı. Olguların kendileri ve aileleri ile ilgili sosyo-demografik ve klinik özellikler Tablo 1’de gösterilmiştir. Olguların intihar girişimlerine ait özellikler Tablo 2’de gösterilmiştir. Olguların psikiyatrik özellikleri ile ilgili parametreler ise Tablo 3’te gösterilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda olguların %42,1’inde ($n=16$) DSM-5’e göre depresyon tanısı saptandı. Olguların “Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği” (6-17 yaş, $n=35$) ortalaması $21,1 \pm 7,5$ puan iken “Beck depresyon Ölçeği” (>17 yaş, $n=3$) ortalaması $29,0 \pm 9,8$ saptandı.

Daha önce self mutilasyon davranışı olanların %94,4’ünün ($n=17$) örgün eğitime devam ettiği, self mutilasyon davranışı olmayanların ise %40’ının ($n=8$) örgün eğitime devam etmediği ($p < 0,05$, $p=0,021$, Fisher’in Kesin Testi), depresyon varlığının önceki self-mutilasyon varlığından bağımsız olduğu ($p > 0,05$, $p=0,111$, Ki-kare testi) saptandı (Bakınız Tablo 4).

İntihar girişimi sonrası kontrole gelenlerin %73,3’ünün ($n=11$) çekirdek aileye sahip olduğu, kontrole gelme-

Tablo 1. Olgulara ve aile bireylerine ait sosyo-demografik ve klinik parametreler.

| | N | % | | | |
|--|----|------|---|-----------|--------------|
| Yaş (yıl) | | | Baba eğitim durumu | | |
| <15 | 7 | 18,4 | Okuma Yazma Bilmiyor | 1 | 2,6 |
| 15 | 6 | 15,8 | Sadece Okuma Yazma Biliyor | 0 | 0 |
| 16 | 12 | 31,6 | İlkokul Mezunu | 19 | 50,0 |
| >17 | 13 | 34,2 | Ortaokul Mezunu | 9 | 23,7 |
| Cinsiyet | | | Lise Mezunu | 6 | 15,8 |
| Kız | 35 | 92,1 | Üniversite Mezunu | 3 | 7,9 |
| Erkek | 3 | 7,9 | Aile yapısı | | |
| Okula devam durumu | | | Çekirdek aile | 21 | 55,3 |
| Örgün Eğitime Devam ediyor | 29 | 76,3 | Geniş aile | 4 | 10,5 |
| Örgün Eğitime Devam etmiyor | 9 | 23,7 | Parçalanmış* | 13 | 34,2 |
| Okulda sene kaybı öyküsü | | | Kardeş sayısı | | |
| Var | 10 | 26,3 | Yok | 4 | 10,5 |
| Yok | 28 | 73,7 | 1 tane | 19 | 50,0 |
| Kronik fiziksel hastalık öyküsü | | | >1 tane | 15 | 39,5 |
| Var | 5 | 13,2 | Ailede intihar girişimi öyküsü | | |
| Yok | 33 | 86,8 | Var | 5 | 13,2 |
| Sigara kullanım öyküsü | | | Yok | 33 | 86,8 |
| Var | 18 | 47,4 | Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü | | |
| Yok | 20 | 52,6 | Var | 12 | 31,6 |
| Madde kullanım öyküsü | | | Yok | 26 | 68,4 |
| Var | 1 | 2,6 | Ailede sigara kullanım öyküsü | | |
| Yok | 37 | 97,4 | Var | 32 | 84,2 |
| Anne eğitim durumu | | | Yok | 6 | 15,8 |
| Okuma Yazma Bilmiyor | 0 | 0 | Ailede alkol kullanım öyküsü | | |
| Sadece Okuma Yazma Biliyor | 2 | 5,3 | Var | 10 | 26,3 |
| İlkokul Mezunu | 18 | 47,4 | Yok | 28 | 73,7 |
| Ortaokul Mezunu | 13 | 34,2 | Toplam | 38 | 100,0 |
| Lise Mezunu | 3 | 7,9 | | | |
| Üniversite Mezunu | 2 | 5,3 | | | |

Boşanma, biyolojik ebeveynlerden en az birinin vefatı, biyolojik ebeveynlerin en az biri ile görüşülmemesi vb.

yenlerin ise %47,6'sının (n=10) parçalanmış aileye sahip olduğu saptandı (p<0,05, p=0,048, Ki-kare testi). İntihar sonrası kontrole gelenlerin %66,7'sinin ailesinde sigara kullanma öyküsü varken, kontrole gelmeyenlerin ise %95,2'sinin ailesinde sigara kullanma öyküsü bulunduğu görüldü (p<0,05, p=0,035, Fisher'in Kesin Testi) (Bakınız Tablo 4).

Çocuk Depresyon Ölçeği ≥ 19 olanların (n=22) %63,6'sının (n=14) daha önce psikiyatri başvurusu varken, <19 olanların (n=13) ise sadece %38,5'inin (n=5) daha önce psikiyatri başvurusu yapmış olduğu tespit edildi (p>0,05, p=0,149, Ki-kare testi). Çocuk Depresyon Ölçeği ≥ 19 olanların %59,1'inin (n=13) depresyon tanısı varken, <19 olanların ise sadece %23,1'inin (n=3) depresyon tanısı almış olduğu tespit edildi (p<0,05, p=0,039, ki-kare testi).

Örgün eğitime devam edenlerin %69,0'unun çekirdek aileye sahip olduğu, örgün eğitime devam etmeyenlerin ise %66,7'sinin parçalanmış bir aileye sahip olduğu saptandı (p<0,05, p=0,009, Ki-kare testi). Örgün eğitime devam edenlerin %58,6'sında daha önce self mutilasyon davranışı olduğu, buna karşın örgün eğitime devam etmeyenlerin ise %88,9'unda self mutilasyon davranışı bulunmadığı saptandı (p<0,05, p=0,021, Fisher'in Kesin Testi). Örgün eğitime devam edenlerin %17,2'sinde okulda sene kaybı öyküsü varken, örgün eğitime devam etmeyenlerin ise %55,6'sında okulda sene kaybı öyküsü olduğu tespit edildi (p<0,05, p=0,036, Fisher'in Kesin Testi).

Bazı klinik parametreler ile ilgili yapılan Binary Lojistik Regresyon Analizi (Backward LR) sonuçları Tablo 5'te gösterilmiştir. Lojistik regresyon analizine göre; örgün

Tablo 2. Olguların intihar girişim özellikleri ile ilgili klinik parametreler.

| | N | % |
|--|-----------|--------------|
| İntihar girişimi şekli | | |
| ilaç içerek | 35 | 92,1 |
| Kesici delici aletle | 1 | 2,6 |
| Fare zehiri ile | 2 | 5,3 |
| İntihar girişimi sebebi | | |
| Ailevi stresörler | 17 | 44,7 |
| Sosyal ilişki stresörleri | 6 | 15,8 |
| Akademik stresörler, okul sorunu | 5 | 13,2 |
| Birden çok stresör | 6 | 15,8 |
| Diğer (merak, sebepsiz olduğunu ifade etme) | 4 | 10,5 |
| İntihar girişimi amacı | | |
| Hayatına son vermek | 26 | 68,4 |
| Diğer (Sinirin geçmesi, aileye ders vermek, ilgi çekmek vb) | 12 | 31,6 |
| İntihar girişimini önceden planlamış mı? | | |
| Evet | 3 | 7,9 |
| Hayır | 35 | 92,1 |
| İntihar edeceğini öncesinde birisine söylemiş mi? | | |
| Evet | 7 | 18,4 |
| Hayır | 31 | 81,6 |
| İntihar girişimi nasıl fark edilmiş? | | |
| Kendisi söylemiş | 21 | 55,3 |
| Etrafındakiler fark etmiş | 17 | 44,7 |
| İntihar girişimi nedeniyle pişman mı? | | |
| Evet | 35 | 92,1 |
| Hayır | 3 | 7,9 |
| Öncesinde çevresinde intihar eden biri olmuş mu? | | |
| Evet | 6 | 15,8 |
| Hayır | 32 | 84,2 |
| Öncesinde medyada intihar ile ilgili bir şey okumuş ya da izlemiş mi? | | |
| Evet | 7 | 18,4 |
| Hayır | 31 | 81,6 |
| Toplam | 38 | 100,0 |

eğitime devam etmeme riskinin parçalanmış aileye sahip olanlarda 26 kat; depresyon tanısı alanlarda 17 kat, daha önce self mutilasyon davranışı olanlarda ise 33 kat daha fazla olduğu tespit edildi. Ailesinde sigara içenlerde içmeyenlere göre intihar sonrası kontrol gelme olasılığının 10 kat daha fazla olduğu saptandı. Örgün eğitime devam edenlerde etmeyenlere göre self mutilasyon davranışı görülme riskinin 137

Tablo 3. Olguların psikiyatrik özellikleri ile ilgili klinik parametreler.

| | N | % |
|---|-----------|--------------|
| Daha önce intihar girişimi öyküsü | | |
| Yok | 31 | 81,6 |
| 1 defa | 6 | 15,8 |
| 2 defa | 1 | 2,6 |
| Daha önce self mutilasyon davranışı öyküsü | | |
| Var | 18 | 47,4 |
| Yok | 20 | 52,6 |
| Daha önce psikiyatri başvurusu öyküsü | | |
| Var | 20 | 52,6 |
| Düzenli takip süreci | 9 | 45 |
| Düzensiz takip süreci | 11 | 55 |
| Yok | 18 | 47,4 |
| Daha önce psikiyatrik ilaç kullanımı öyküsü | | |
| Var | 13 | 34,2 |
| Yok | 25 | 65,8 |
| Psikiyatrik değerlendirme sonrası depresyon tanısı | | |
| Var | 16 | 42,1 |
| Yok | 22 | 57,9 |
| Psikiyatrik değerlendirme sonrası ilaç durumu | | |
| Psikiyatrik ilaç başlandı/devam edildi | 13 | 34 |
| Psikiyatrik ilaç başlanmadı | 25 | 66 |
| Taburculuk sonrası psikiyatri kontrolü | | |
| Kontrolde geldi | 15 | 40 |
| Psikiyatrik ilaç kullanan | 6 | 40 |
| Psikiyatrik ilaç kullanmayan | 9 | 60 |
| Kontrolde gelmedi | 21 | 55 |
| Diğer (Üst merkeze yönlendirildi) | 2 | 5 |
| Toplam | 38 | 100,0 |

kat, depresyon tanısı alanlarda ise 13,7 kat daha fazla olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA

İntihar oranlarının ve biçimlerinin toplumdan topluma değişmesi, hatta aynı toplumda farklı kesimlerde yöntem ve sayı farklılıkları olabilmesi, toplumsal olguların intiharları etkilediğini gösterebilir⁽¹³⁾. Çalışmamızdaki olguların %92,1' i (n=35) kız cinsiyet olup, bu sonuç kızlarda intihar girişimi oranlarının daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar ile uyumludur^(1,3). Bir çalışmada kızların erkeklerden önce olgunlaşması ve sevgiye dayalı ilişkilere daha erken

Tablo 4. İntihar girişimi olan olguların demografik ve klinik özellikleri.

| | Toplam n=38 | Self-mutilasyon Var (n=18) | Self-mutilasyon Yok (n=20) | p değeri |
|---------------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------|----------|
| Okula devam, n (%) | | | | 0,021* |
| Örgün eğitime gidiyor | 29 (76,3) | 17 (94,4) | 12 (60,0) | |
| Örgün eğitime gitmiyor | 9 (23,7) | 1 (11,1) | 8 (40,0) | |
| Depresyon, n (%) | | | | 0,111** |
| Var | 16 (42,1) | 10 (55,6) | 6 (30,0) | |
| Yok | 22 (57,9) | 8 (44,4) | 14 (70,0) | |

| | Toplam n=36 | Kontrolde devam eden (n=15) | Kontrolüne gelmeyen (n=21) | p değeri |
|-----------------------------|----------------|--------------------------------|-------------------------------|----------|
| Aile yapısı, n (%) | | | | 0,048** |
| Çekirdek aile | 19 (52,8) | 11 (73,3) | 8 (38,1) | |
| Geniş aile | 4 (11,1) | 1 (5,6) | 3 (14,3) | |
| Parçalanmış aile | 13 (36,1) | 3 (33,3) | 10 (47,6) | |
| Ailede sigara, n (%) | | | | 0,035* |
| Kullanım öyküsü var | 30 (83,3) | 10 (66,7) | 20 (95,2) | |
| Kullanım öyküsü yok | 6 (16,7) | 5 (33,3) | 1 (4,8) | |

*: Fisher'in Kesin Testi

**: Ki-kare testi

girmesi, erkeklerin stresle başa çıkmada alkol ve saldırgan davranışlar gibi başka seçeneklere başvurması, toplumumuzda kız ve erkeklere verilen yer ve rollerin farklı olması, kızların bu dönemde eve daha bağımlı kalmaları, aile içinde daha fazla sorumluluk almaları nedeniyle aile içi sorunlarla daha çok yüzyüze kalmaları bu durumun olası sebepleri olarak belirtilmişken⁽⁷⁾; başka bir çalışmada ise kızların erkeklere oranla daha gizli yardım isteme yöntemlerini tercih edebildiği ve ergenlik dönemi sonrası kızlarda duygulanım bozukluklarının daha sık görülebileceği ifade edilmiştir⁽³⁾. Tamamlanmış intihar erkeklerde daha sık görülmektedir⁽²⁾. Kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu⁽³⁾ ve psikiyatrik değerlendirmenin ölümle sonuçlanmayan intihar sonrası yapıldığı göz önüne alındığında kız cinsiyet oran fazlalığı bu durumla ilişkilendirilebilir.

Bizim çalışmamızda çoğunluğu 16-17 yaş grubu oluştururken, Aktepe ve ark.'nın⁽³⁾ çalışmasında ise çoğunluk 15-16 yaş grubu olarak bulunmuştur. 15-17 yaş aralığı "Orta Ergenlik Yılları" olarak tanımlanmaktadır⁽⁷⁾. Ergen bir birey değerlendirilirken bulunduğu gelişimsel dönemin özelliklerinin bilinmesi, riskli durum-

Tablo 5. Bazı klinik parametrelerle ilgili lojistik regresyon analizi.

| | B | SE | p* | Exp (B) | 95% CI for Exp (B) | |
|--|-------|-------|--------------|----------------|--------------------|----------|
| | | | | | Lower | Upper |
| Örgün eğitime devam durumunu etkileyen faktörler | | | | | | |
| Aile yapısı (parçalanmış) | 3,294 | 1,477 | 0,026 | 26,937 | 1,489 | 487,162 |
| Depresyon tanısı olan | 2,860 | 1,454 | 0,049 | 17,468 | 1,011 | 301,967 |
| Daha önce self-mutilasyon varlığı | 3,514 | 1,565 | 0,025 | 33,592 | 1,563 | 722,020 |
| İntihar girişimi sonrası kontrolde gelme durumunu etkileyen faktörler | | | | | | |
| Ailede sigara kullanımı | 2,303 | 1,162 | 0,048 | 10,000 | 1,026 | 97,500 |
| Self mutilasyon davranışını etkileyen faktörler | | | | | | |
| Ailede alkol | 2,140 | 1,195 | 0,073 | 8,498 | 0,816 | 88,475 |
| Örgün eğitime devam durumu | 4,927 | 1,799 | 0,006 | 137,992 | 4,063 | 4686,529 |
| Depresyon tanısı | 2,624 | 1,186 | 0,027 | 13,797 | 1,350 | 140,981 |

SE: Standard error, * Lojistik regresyon analizi

(Backward LR: Örgün eğitime devam durumunu etkileyen faktörler için analize alınan parametreler= okulda sene kaybı, aile yapısı, ailede intihar girişimi, depresyon tanısı, daha önce self-mutilasyon varlığı ve sigara kullanımı; intihar girişimi sonrası kontrolde gelme durumunu etkileyen faktörler için analize alınan parametreler=aile yapısı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede intihar girişimi, daha önce psikiyatri başvurusu, ailede sigara içme durumu; self mutilasyon davranışını etkileyen faktörler için analize alınan parametreler=ailede intihar girişimi, ailede alkol kullanımı, okula devam durumu, depresyon tanısı, daha önce psikiyatri başvurusu).

ların daha erken farkına varılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda en az bir tane kardeşi olan olguların oranı %89,5 olarak bulunmuştur. Başka bir ifade ile bu oran çalışmamızda bulunan iki ve üzeri sayıda çocuklu ailelerin oranını yansıtmaktadır. Bir çalışmada⁽³⁾ bu oran %74,2 olarak bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunan gençlerin ailelerinde çocuk sayısı fazlalığının ek bir etmen olabileceği ifade edilmiştir^(3,14). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, diğer çalışmaların sonuçlarını ve çıkarımlarını desteklemektedir. Ebeveynlerin eğitim durumları bakıldığında babaların %23,7'sinin, annelerin ise %13,2'sinin lise ya da üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Bu sonuç; eğitim seviyesi daha düşük olan ailelerin çocuklarının daha çok intihar girişiminde buldukları şeklinde yorumlanabileceği gibi çalışmanın yürütüldüğü hastanenin bulunduğu yerin fiziki ve demografik koşullarıyla da ilişkilendirilebilir. Eğitim seviyesinin düşmesi ekonomik kaynaklı sorunları artırabileceği gibi birey-

lerin sorunlarla baş etme kapasitesini de etkileyebilir. Bu durumlar da sonuç olarak ailevi stresörleri tetikleyici ya da sürdürücü faktörlerle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda bulunan parçalanmış aile oranı (%34,2) yüksek olarak değerlendirilebilir. Parçalanmış aile ortamının hem depresif bozukluk sıklığını artırması hem de psikososyal bir stresör olması nedeni ile intihar riskini artırdığı bildirilmiş⁽¹³⁾ olup çalışmamızın bu çıkarımı desteklediği söylenebilir. Çalışmamızda olguların sigara kullanım oranı %47,4, aile üyelerinden en az birinin sigara kullanım oranı ise %84,2 bulunmuştur. Bu oranların yüksekliği oldukça dikkat çekicidir. Sigara kullanımının stresle baş etmek için kullanılan yaygın bir yöntem olması ya da ailelerin rol-modelliği bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Olguların %2,6'sında ise madde kullanım öyküsü saptanmıştır. Ailelerine bildirileceği endişesi ile olguların bu bilgileri görüşmecisi ile paylaşmamış olabileceği de göz önünde bulundurulurak gerçek oranların daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

İntihar için yöntem seçiminde hem yöntemin elde edilebilirliği hem de sosyokültürel olarak kabul edilebilirliği önemlidir⁽¹⁵⁾. İntihar şekline bakıldığında olguların %92,1'i ilaç içerek girişimde bulunmuşlardır. Literatürdeki birçok çalışmada ilaç içerek intihar girişimi ilk sırayı almaktadır^(4,16,17). Bunun sebebinin ilaçlara ulaşmanın daha kolay olması olarak düşünülmektedir; ancak yazıda daha öncesinde belirtildiği gibi psikiyatrik değerlendirmeler tamamlanmamış intihar girişimleri sonrasında yapılmaktadır. Daha ciddi yöntemlerin kullanıldığı (ateşli silah, ası vb.) intihar girişimlerinde ölümle sonuçlanma oranı daha yüksektir. Bu durumun psikiyatri alanında yapılan intihar çalışmalarındaki sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Bazı çalışmalarda daha fazla şiddet içeren intihar girişimlerinin erkek cinsiyette ve daha büyük yaş ortalamalı bireylerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir⁽¹⁸⁾. İlaç içerek intihar girişiminde bulunmanın şiddet içeriği düşük olarak yorumlanabilir. Çalışmamızda bulunan sonuçlar (düşük şiddet içeren intihar girişimi türü, kız cinsiyet fazlalığı ve daha küçük yaş ortalaması) bu

sonucu destekler niteliktedir.

Çalışmamızdaki en sık intihar sebebinin ailevi stresörler olduğu bulunmuştur. Literatürdeki benzer çalışmalarda da ailesel problemler ilk sırada yer almaktadır^(3,17). Özgüven ve ark.'nın⁽¹⁹⁾ çalışmasındaki ergenlerin %90'ının aileleri tarafından anlaşılma-dıklarını düşündükleri için intihar girişiminde buldukları saptanmıştır. Ergenlik dönemindeki bireylerin çoğunun aileleri ile yaşadığı ve ailelerin sosyal destek açısından en önemli kaynaklardan olduğu⁽¹⁾ düşünüldüğünde, bu destek sisteminin eksik olması ailevi stresörlerin ilk sırada yer alması ile ilişkilendirilebilir. İşlevselliği düşük olan ailelerde intihar riski artmaktadır⁽⁷⁾. Bir çalışmada birbiri ile anlaşamayan ebeveynleri olan gençlerin intiharı normal bir davranış olarak görme eğilimlerinin arttığı saptanmıştır⁽²⁰⁾. İntihar davranışı sırasıyla fikir, girişim ve tamamlanmış intihar şeklinde ilerleyebilir. Aile içi ilişkilerin olumsuzluğu ve istenmeyen yaşam olayları, bu ilerlemenin riskini artırmaktadır⁽⁷⁾. Çalışmamızda intihar girişiminde bulunmuş olgulardaki ailevi stresör oranının yüksekliği bu durumlarla da ilişkilendirilebilir. Ailelerin ergenlik dönemindeki bir bireyle iletişim kurma konusundaki bilgi düzeylerinin artması, bu konuda profesyonel psikososyal destek sistemlerin güçlendirilmesi intiharları azaltmaya katkı sağlayabilir. Ayrıca gençlere de benzer şekilde aile içi çatışma çözümlerine ilişkin danışmanlık yapılması ve beceri kazandırılması da faydalı olabilir. Ülkemizde yapılan ve 1991-1992 yıllarını kapsayan bir çalışmada⁽²¹⁾ intihar girişimine en sık yol açan nedenin "anababa ile sorun" olarak bulunması bu konunun hala önemli olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmamızda olguların intihar sebepleri incelendiğinde gerek aile içi gerek aile dışı sosyal ilişkiler olmak üzere bireyler arası ilişki sorunları ön plana çıkmaktadır. Yapılan bir çalışmada⁽¹⁹⁾ benzer şekilde kişiler arası ilişki sorunlarının etkileri vurgulanmıştır. Gençlerin kişiler arası ilişkilerde yaşadıkları zorluklara yönelik planlanacak çalışmaların faydalı olacağı düşünülmektedir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin bir grubu umutsuz olup intihar planı yapanlar, diğer grubu ise dürtüsel olup önceden bir plan yapmaksızın intihar

girişiminde bulunanlardır ⁽⁷⁾. Çalışmamızda intihar girişiminin planlı olma oranının %7,9 olarak saptanması gençlerin bir anda karar verdiğini düşündürmektedir. Ayrıca olguların %92,1'inin intihar girişi sonrası pişman olduklarını ifade etmesi, gençlerin dürtüsel karar vermeleri ile ilişkilendirilebilir.

Olguların %15,8'inin sosyal çevresinde intihar girişiminde bulunan bir birey olduğu saptanmıştır. Özçelik ve Karamustafaoğlu'nun ⁽⁷⁾ çalışmasında "Copycat Suides" denilen bir kavramdan bahsedilmiştir. Bir intihar girişiminin ardından bir grup ergende intihar girişimlerinin başladığı görülebilir. Bu olgularda özdeşim yapmanın (identifikasyon) rol oynayabileceği düşünülmektedir ^(7,23). Bu durum ilk olarak "Werther etkisi" adı ile sosyolog David Philips tarafından 1974'te tanımlanmıştır. "İntihar bulaşı" ya da "taklit intihar" olarak tarif edilen bu durum, Alman yazar Goethe'nin 1774 yılında yayınlanan romanı "Genç Werther' in Acıları" isimli kitabın yayınlanmasından sonra Avrupa'da özellikle gençler arasında hızla yayılan intiharları tanımlamak için kullanılmıştır ^(24,25). Bu kavramların bilinmesi etkili önleme stratejilerinin geliştirilebilmesi için önemlidir. Çalışmamızdaki olguların %18,4'ünün ise medyada intihar haberi izledikleri ya da okudukları saptanmıştır. Medyadaki intihar haberlerinin verilmiş biçimlerinin de ergen intiharları üzerinde etkili olduğu, intiharların yayınlamasının ve tekrar tekrar göstermesinin intiharlarda artışa yol açabileceği bildirilmiştir ⁽²⁵⁾. DSÖ basın ve yayın organları tarafından intiharların nasıl haberleştirilmesi gerektiğini bildiren ilkeler belirlemiştir ⁽²³⁾. Medyada görev yapanların bu konuda hassas olmaları intiharları önlemeye katkıda bulunabilir.

İntihar girişiminde bulunan bir kişi bu girişimi ölme amacıyla yapmış olabileceği gibi yaşadığı çaresizliği ve umutsuzluğu dile getirmek, çevresine mesaj vermek ⁽¹⁾, intikam almak veya etrafı yönlendirebilmek için de ⁽⁷⁾ intihar girişiminde bulunabilir. Çalışmamızda olguların %68,4'ünün intihar amacı "hayatına son vermek"; kalan olguların ise amaçlarının ilgi çekmek, aileye ders vermek gibi amaçlar olduğu saptanmıştır. Bu durum gençlerin yardım isteme veya sorunları olduğunu anlatma yöntemlerinden birinin intihar

girişimi davranışı olduğu görüşünü destekler niteliktedir. Ayrıca olguların %55,3'ünün çeşitli zaman aralıkları içinde intihar girişimlerini itiraf etmelerinin de bununla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların %8-12'sinin not bıraktıkları bildirilmiş ⁽²⁵⁾; ancak bizim çalışmamızda intihar notu bırakan olgu olmamıştır. Çalışmamızda olguların %18,4'ünün intihar girişiminde bulunacaklarını öncesinde birilerine söylemiş oldukları saptanmış olup bu oran Şevik ve ark.'nın ⁽¹⁾ çalışmasında %12, Ertemir ve Ertemir'in ⁽¹⁶⁾ çalışmasında %38,7 olarak bulunmuştur. Bu sonuç intihar girişiminin anlık bir karar sonrası olmadığını gösterebildiği gibi yardıma ihtiyaç duyduğunu ifade etmenin bir yolu olarak da düşünülebilir. Her ne kadar olguların %44,7'sinde intihar girişiminin etrafındakiler tarafından fark edildiği belirtilse de bunun ne kadarının gerçekten gizlilik içinde yapıldığı ne kadarının fark edilecek şekilde yapıldığı çalışmamız kapsamında bilinmemektedir, bu durum her vaka kendi içinde ayrıntılı değerlendirilerek saptanabilir. Kurtarılma ihtimalinin daha düşük ve intihar planlarının gizlendiği durumların daha riskli olduğu bilinmektedir ⁽⁷⁾. Bu vakalar daha dikkatli değerlendirilmelidir. Çalışmamızda olguların %81,6'sının intihar edeceklerini birilerine söylememiş olması, niyetlerini gizlediklerinin bir göstergesi olabileceği gibi bir anda karar verdiklerini destekleyen bir bulgu da olabilir. Daha önceden intihar girişimi olan bireylerde tekrar girişimde bulunma riski daha yüksektir ⁽⁴⁾. Çalışmamızda olguların %18,4'ünün öncesinde en az bir kez girişimde bulunduğu saptanmıştır. Bu oran Ünlü ve ark.'nın ⁽¹⁷⁾ çalışmasında %23, Ateşçi ve ark.'nın ⁽⁴⁾ yetişkin hastalarla yapılan çalışmasında %23,3 saptanmış olup çalışmamızın sonucu ile benzerdir.

Çalışmamızdaki olguların %23'ünde self mutilasyon öyküsü saptanmıştır. Bir çalışmada hayatının herhangi bir döneminde vücuduna zarar veren gençlerin intiharı normal bir davranış olarak kabul etme eğilimlerinin arttığı gösterilmiştir ⁽²⁰⁾. Ertemir ve Ertemir'in ⁽¹⁶⁾ çalışmasında intihar girişimi olan olgularda kendine zarar verici/riskli davranış sıklığı %67,7 olarak saptanmış ve bu gençler konusunda daha dikkatli

olunması gerektiği vurgulanmıştır.

İntihar toplumda stresli yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozuklukları olanlara kadar her kesimde görülebilir ⁽¹⁾. Psikiyatrik hastalık bulunması intihar girişimi için bir risk faktörüdür ⁽⁴⁾. Altta yatan psikiyatrik bir sorun bireyin daha fazla stresli olayla karşılaşmasına neden olabileceği gibi yaşanan olayları daha stresli algılamasına da neden olabilir ⁽²⁶⁾. Ruhsal bozukluklar içinde intihar girişimi ile ilişkisi en fazla gösterilen depresyondur ⁽⁴⁾. Çalışmamızda olguların %42,1'inde depresyon tanısı saptanması bu bilgiyi destekler niteliktedir. Gencin profesyonel yardım alması ile intihar algısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, profesyonel yardım alan gençlerin intiharı normal bir davranış olarak görme eğiliminin yüksek olduğu saptanmıştır ⁽²⁰⁾. Çalışmamızda olguların %52,6 (n=20)'sinin daha önce psikiyatri başvurusu olduğu bulunmuş olup, Ulusoy ve ark.'nın ⁽²⁰⁾ çıkarımını destekler niteliktedir. Ateşçi ve ark.'nın ⁽⁴⁾ yetişkin hastalar ile yaptıkları çalışmada ise bu oran %48,7 olarak saptanmış olup çalışmamızın sonucuna benzerdir.

Çalışmamızda daha öncesinde psikiyatriye başvurmuş olan olguların %55'inin takip sürecinin düzensiz olduğu öğrenilmiştir. Bu durum psikiyatrik tedavi ve takip sürecinin düzenli olmasının önemini vurgulamaktadır. Ancak çalışmamızda psikiyatri başvurusu olup takibine düzenli devam eden olguların da (%45) intihar girişiminde bulunması bu alanda ek önlemlerin alınması gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda olguların %5'i psikiyatrik takip süreci için üst merkeze yönlendirilmiş olup kalanlar merkezimize psikiyatrik kontrole çağırılmıştır. Üst merkeze yönlendirilenlerin kontrole gidip gitmediği bilinmemektedir; ancak çalışmamızda kontrole çağırdığımız olguların büyük bir çoğunluğunun gelmediği saptanmıştır. Ünlü ve ark.'nın ⁽¹⁷⁾ çalışmasında intihar girişimi sonrası poliklinik kontrolü önerilen 54 hastanın sadece 16'sının (%29,6) randevuya geldiğini bulunmuştur. Çalışmamızdaki olguların kontrole gelmeme sebepleri bilinmemekle birlikte; intihar girişimine sebep olmuş stres faktörünün ortadan kalmış olması, olgunun psikiyatriye tekrar gelmek istememesi, ailelerin

kontrole getirmemesi olası sebepler olarak değerlendirilebilir. Kontrole gelmeyenlerin %47,6'sının parçalanmış aileye sahip oldukları bulunmuştur. Aile ortamının önemi burada da dikkat çekmektedir. Okullardaki psiko-sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve gençlerin bu desteği okullarında da alabilmesi için çalışmalar planlanabilir. Çalışmamızda kontrole gelen olguların %60'ına psikiyatrik ilaç tedavisi başlanmamıştı. Ünlü ve ark.'nın ⁽¹⁷⁾ çalışmasında intihar girişimi sonrası antidepresan tedavi başlanmasının ayaktan tedaviye devam oranıyla ilişkili olmadığı belirtilmiş ancak olgu sayısı azlığının da göz önünde bulundurulması vurgulanmıştır. Psikotrop ilaç kullanımı ile psikiyatri kontrolüne gelme arasındaki ilişkinin henüz net olmadığı söylenebilir. Bir intihar girişiminin ardından ilk bir yılın özellikle de 3-6 aylık dönemin tekrar intihar girişimi yönünden en riskli dönem olduğu bildirilmiştir ^(25,27) 12 ayı geçen sürelerdeki takip çalışmalarında ise intihar girişiminin tekrarlama oranları %20-25 aralığında bulunmuştur ⁽¹⁾. Bütün bu bilgiler ve risk faktörleri düşünüldüğünde psikiyatri kontrolüne gelmenin önemi bir kez daha vurgulanabilir. Ailede intihar girişimi öyküsü intihar riskini artırmaktadır ^(4,7). Çalışmamızda olguların 5'inde (n=38) ailede intihar girişimi öyküsü saptanmıştır. Bu risk genetik bir yatkınlık olabileceği gibi ailelerin sorunlar karşısındaki davranışlarının çocuklar tarafından rol-model olarak alınmasından da kaynaklı olabilir. İntihar davranışında bulunanların ailelerinde psikiyatrik hastalıklar topluma göre daha yüksek oranda saptanmıştır ⁽¹⁾. Çalışmamızda olguların %31,6'sının ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmuştur. Genetiğin rolü burada da söz konusu olabileceği gibi ailedeki psikiyatrik hastalığın sorunlarla baş etme becerisini düşürmesi, intihar oranlarını artırmış olabilir. Bazı toplumsal yapılarıdaki psikiyatri başvurusu konusundaki önyargılar ve ailelerin psikiyatrik hastalık öykülerini görüşmeci ile paylaşmamış olabilecekleri düşünüldüğünde oranın daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ⁽²⁸⁾ intihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin kişilik özellikleri "Mizaç ve Karakter Envanteri" kullanılarak değerlendirilmiş; annelerin "Zarardan kaçınma" puanlarının daha yüksek, babaların "Kendini yönetme" puanlarının ise

daha düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ⁽²⁸⁾ anne ya da babaların sahip olduğu kişilik özelliklerinin, aile içi ilişkileri şekillendirmede etkili olduğu vurgulanmıştır. Psikiyatrik tanılara ek olarak kişilik özelliklerinin de araştırıldığı çalışmaların zamanla artmasının etkili önleme stratejilerinin oluşturulmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda örneklem grubunda olgu sayısının az olması, depresyon dışında başka psikiyatrik tanılarının değerlendirilmemesi, kızların örneklemin büyük kısmını oluşturması çalışmamızın kısıtlılıkları olarak değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, intihar girişiminde bulunan ergenlerdeki bireysel ve çevresel etkenlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesinin risk faktörlerinin anlaşılmasında önemli olduğu düşünülmüştür. Gençlerin sorunlarla başa çıkma becerilerinin artırılmasına, gençlere problem çözme becerilerinin kazandırılmasına ve ailelerin ergen bireylere yaklaşım konusunda bilgilendirilmesine yönelik profesyonel psikososyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinin koruyucu önlemlere katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Etik Kurul Onayı: SBÜ Ankara Sağlık Araştırma Uygulama Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurul onayı alındı (11.04.2018/0042).

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması olmadığı bildirilmiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Hasta Onamı: Araştırmaya başlamadan önce katılımcılardan onam alınmıştır.

Ethics Committee Approval: SBU Ankara Health Research and Application Center Medical Specialization Education Committee approval was obtained (11.04.2018/0042).

Conflict of Interest: The authors reported no conflict of interest.

Funding: The authors declared that they have received no financial support for this study.

Informed Consent: Informed consent was obtained from participants.

KAYNAKLAR

1. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. Klinik Psikiyatri. 2012;15:218-25.
2. Bilgiç A. İntihar ve Kasıtlı Olarak Kendine Zarar Verme. Pekcanlar Akay A, Ercan ES (Ed). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği, 2016; 580-90.
3. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2006;5:444-54.
4. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. Klinik Psikiyatri. 2002;5:22-7.
5. Yazgan İnanç B, Kılıç Atıcı M, Bilgin M. Gelişim Psikolojisi I Bebeklik Çocukluk ve Ergenlik. Ankara: Pegem Akademi, 2018. [CrossRef]
6. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: BAYT Ltd. Şti. 2015.
7. Özçelik B, Karamustafalıoğlu O. Ergenlik Dönemi ve Ergenlerde Suicid açısından Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Düşünen Adam. 2002;15(2):68-76.
8. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiatr. 1981;46(5-6):305-15.
9. Kovacs M. The children's depression inventory (CDI). Psychopharmacol Bull. 1985;21(4):995-8.
10. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991;2(2):132-7.
11. Beck AT. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71. [CrossRef]
12. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. Psikoloji dergisi. 1989;7(23):3-13.
13. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001;2:204-12.
14. Çuhadaroğlu F, Sonuvar B. Adolesan İntiharları ve Kendilik İmgesi Türk Psikiyatri Dergisi. 1993;4(1):29-38.
15. Dilbaz N, Sengül CB, Çetin MK, Sengül C, Okay T, Yurtkulu F, Duman T. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2005;13(2):1-10. [CrossRef]
16. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin intihar girişimlerinin özellikleri. Düşünen Adam. 2003;16:231-4.
17. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan E. İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerin Değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi. 2014;(3):176-83.
18. Tüzer T, Bayam G, Bitlis V, Holat H, Dilbaz N. İntihar Girişiminde Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Kriz Dergisi. 1995;3(1-2):257-9.
19. Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. İntihar Girişiminde Sorun Alanları ve Tetikleyiciler. Kriz Dergisi. 2003;11(1):13-24. [CrossRef]
20. Ulusoy D, Özcan Demir N, Görgün Baran A. Ergenlik Döneminde İntihar Algısı: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2005;22(1):259-70.
21. Dilsiz A, Dilsiz F. İntihar Girişimlerinde Belirtilen Nedenler. Kriz Dergisi. 1993;1(3):124-8. [CrossRef]
22. Şahin NH, Onur A, Basım HN. İntihar Olasılığının, Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik ile Yordanması. Türk Psikoloji Dergisi. 2008;23(62):79-88.
23. Schmidtke A, Schaller S, Wasserman D. Seri İntiharlar ve Medya Gündeminde İntihar. Kriz Dergisi. 2005;13(3):33-6.

- Çeviren: SA Cengiz.
24. Kızılpınar SÇ, Çolak B, Öncü B. Ergenlerde İntihar Bulaşı: Olgu sunumu. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2019;22(3):364-8. <https://doi.org/10.5505/kpd.2019.74946>
 25. Bayraktar S. İntihar Kavramının Çocuklar ve Ergenler Açısından Ele Alınması. Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi. 2015;V/1:139-59. [\[CrossRef\]](#)
 26. Akin E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Olumsuz Yaşam Olayları: Vaka Kontrol Çalışması. Fırat Tıp Dergisi. 2013;18(1):26-9.
 27. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. Kriz Dergisi. 2004;12:53-62. [\[CrossRef\]](#)
 28. Bolat N, Kadak T, Eliacik K, Sargin E, Incekas S, Gunes H. Maternal and paternal personality profiles of adolescent suicide attempters. Psychiatry Res. 2017;248:77-82. [\[CrossRef\]](#)