

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI ACİL SERVİSLERİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Binali Çatak¹, Can Öner², Sevgi Baştürk¹, Oya Karaali¹, İrfan Oğuz¹, Resul Özbek¹

¹ Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü

² İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Bursa'da intihar girişimlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışma verileri 2008-2012 yılları arasında intihar girişiminde bulunup, Bursa'da ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının acil servislerine müracaat eden kişiler için acil serviste doldurulup Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şubesine bildirim yapılan "Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt Formu"ndan elde edilmiştir.

Bulgular: Bursa'da intihara girişimlerinin %78,8'ini (4153 kişi) kadınlar, %21,2'sini (1120 kişi) erkekler oluşturmuştur. İntihar girişiminde bulunanların yaş

grupları (p=0,001), medeni durumları (p=0,001), eğitim grupları (p=0,008), intihar girişim saati (p=0,001), intihar girişim şekli (p=0,001) ve nedenleri (p=0,001) ile ailede daha önce intihar girişiminde bulunan kişi varlığı (p=0,015) ve ailede psikiyatrik tanı konmuş kişi olması (p=0,015) açısından cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada sosyodemografik özellikler ve ailede intihar girişim ve psikiyatrik hastalık öyküsü cinsiyete göre farklılıklar içermektedir. Bu bağlamda intiharları önlemeye yönelik geliştirilecek sağlık politikalarında, cinsiyete göre belirlenen bu farklılıkları göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntihar girişimi, intihar, cinsiyet

EVALUATION OF SECONDARY AND TERTIARY HEALTH CENTERS EMERGENCY SERVICE APPLICATIONS DUE TO SUICIDAL ATTEMPTS

ABSTRACT

Objective: In the study, it is aimed to evaluate the suicide attempts according to gender in Bursa.

Material and Method: Data were collected from "Emergency Service Unit Suicide Attempts Registration Forms" which were filled in emergency services for people who attempted suicide between 2008-2012 and were applied Emergency Services of secondary and tertiary health care institutions in Bursa, and were notified to Mental Health Branch of Department of Public Health.

Results: In Bursa, 78.8% (4153 people) of people who

attempted suicide were females, 21.2% (1120 people) of them were males. A statistically significant difference was found in terms of attempted suicide in age groups (p=0.001), being married or single (p=0.001), education groups (p=0.008), hours of suicide attempts (p=0.001), suicide methods (p=0.001) and the causes (p=0.001), the presence of a family member with history of suicide attempt (p=0.015) and the presence or absence of a person who diagnosed with a psychiatric illness in the family (p=0.015) according to gender.

Conclusion: In this study, socio-demographic characteristics, suicide story and psychiatric illness story in the family differ according to gender. In this context, these differences according to gender should be considered in developing health policies to prevent suicides.

Key Words: Suicide attempt, suicide, gender

GİRİŞ

İntihar, stres yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara kadar geniş bir toplum kesiminde görülebilmektedir. İntihar eden kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacı da gütmüş olabilir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır.² İntihar eylemi, bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesidir. İntihar girişimi ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir.^{3,4}

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl dünyada yaklaşık olarak bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İntiharlar 15-44 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında sekizinci sırada yer almaktadır.⁵ 2010 yılı Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde tamamlanmış intihar sıklığı yaklaşık olarak yüz binde 4'dür.⁶ Ancak intihar girişimleri konusunda tüm ülkeyi temsil edecek bir çalışma henüz bulunmamakla birlikte; yapılan kapsamlı bir çalışmada intihar girişim sıklığı yaklaşık olarak yüz binde 79 olarak bildirilmiştir.⁷

Gerek tamamlanmış intihar ve gerekse intihar girişimlerinin görülme sıklığı ve nedenleri cinsiyete göre farklılıklar içermektedir.^{6,7} Bu nedenle cinsiyete göre intihar girişimlerinin incelenmesi bu konuda oluşturulacak sağlık politikaları için yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada Bursa ilinde hizmet veren hastanelerin acil servislerinde Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt Formu ile toplanan ve Halk Sağlığı Müdürlüğüne bildirim yapılan verilerin cinsiyete göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL ve METOT

Çalışmanın verileri 2008-2012 yılları arasında intihar girişiminde bulunup ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumu acil servislerine müracaat eden kişiler için acil serviste doldurulup Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı şubesine bildirim yapılan Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimleri Kayıt Formundan elde edilmiştir. Formlar kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim ve medeni durumu, intihara girişim zamanı, biçimi ve nedeni, girişimin tedavi şekli, psikiyatrik konsültasyon istenme durumu ile daha önce intihara girişim öyküsü, tanı konmuş psikiyatrik hastalık olup olmadığı, ailesinde intihar girişim öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığını sorgulayan soruları içermektedir.

Hastane Acil Servislerinden Ruh Sağlığı Şubesi'ne bildirim yapılan toplam form sayısı 5286'dır. Bu formlardan 13 formda cinsiyet belirtilmediği için çalışmaya 5273 form dahil edilmiştir. Formların 887 (%16,8)'si 2008 yılına, 1051 (%19,9)'i 2009 yılına, 1105 (%20,9)'i 2010 yılına, 1124 (%21,3)'ü 2011 yılına ve 1119 (%21,2)'ü 2012 yılına aittir. Formların en fazla boş bırakılan kısımları ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık varlığı (%22,5), girişimin ilaçla tedavi edilme durumu (%19,6), ailede daha önce intihar girişimi varlığı (%16,1) ve intihara girişim saati (%15,1) ile ilgili kısımlar iken en az boş bırakılan kısımlar ise cinsiyet (%0,2) ve yaş (%0,8) kısımlarıdır. İntihar nedenleri çalışmacılar tarafından 7 ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar 1-Aile ile ilgili olan nedenler (ailevi sorunlar, aile içi şiddet, ebeveyn çatışması, çocuklar ile ilgili sorunlar, ölüm/kayıplar), 2-Karşı cins ile ilgili sorunlar (karşı cinsle ilgili sorunlar, taciz, tecavüz ve cinsel sorunlar), 3-Sağlıkla sorunları (psikiyatrik hastalıklar, akut ve kronik hastalıklar), 4-Ekonomik nedenler (ekonomik sorunlar, işsizlik, evsiz kalma, borçlar), 5- Sınav kaygısı ve okul sorunları, 6-İletişim sorunları (yalnızlık, gelişime dönemi sorunları) ve 7-Alkol ve madde bağımlılığı başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

Veriler 10,5 SPSS paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde frekans, yüzde ve sayımla belirlenen verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. →

Tablo 1: İntihar girişiminde bulunanların sosyodemografik özellikleri				
Sosyodemografik özellikler	Cinsiyet		Toplam	p
	Kadın	Erkek		
	n (%) ⁰	n (%) ⁰	n (%) ⁰	
Yaş*				
≤14 yaş	128 (3,1)	22 (2,0)	150 (2,9)	0,001
15-24	2358 (57,1)	553 (49,8)	2911 (55,6)	
25-34	1094 (26,5)	276 (24,9)	1370 (26,2)	
35 yaş ve üzeri	546 (13,2)	259 (23,3)	805 (15,4)	
Medeni durum**				
Halen evli	1617 (40,7)	344 (33,0)	1961 (39,1)	0,001
Evli değil	2354 (59,3)	697 (67,0)	3051 (60,9)	
Eğitimi***				
Eğitimsiz	228 (5,7)	36 (3,4)	264 (5,2)	0,008****
İlköğretim	2218 (55,4)	628 (58,6)	2846 (56,0)	
Lise	1302 (32,5)	330 (30,8)	1632 (32,1)	
Üniversite	259 (6,5)	77 (7,2)	336 (6,6)	
Çalışma durumu*****				
Çalışmayan (Öğrenci, ev kadını dahil)	3051 (78,1)	455 (44,8)	3506 (71,2)	0,001
Halen çalışan/gelliri olan (emekli dahil)	858 (21,9)	560 (55,2)	1418 (28,8)	
Toplam⁰⁰	4153 (78,8)	1120 (21,2)	5273 (100,0)	

*: 37 veri eksik, **: 261 veri eksik, ***: 195 veri eksik, ****: eğitimde ki kare, *****: 349 veri eksik

⁰: Sütun yüzdesi ⁰⁰: Satır yüzdesi

BULGULAR

Bursa'da İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün Ruh Sağlığı Şubesi'ne bildirim yapılan intihar girişimleri dikkate alındığında intihar girişim sıklığı 2008 yılı için yüzde 40,3; 2009 yılı için yüz binde 46,7; 2010 yılı için yüz binde 47,8; 2011 yılı için yüz binde 47,6 ve 2012 yılı için yüz binde 46,5 olarak hesaplanmıştır. 2008-2012 yılları arasında olan intihar girişimlerinin %78,8'i (4153 kişi) kadınlar, %21,2'si (1120 kişi) erkekler tarafından gerçekleştirilmiştir.

İntihar girişiminde bulunanların yaş grupları incelendiğinde cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). Bu fark 35 yaş ve üzeri gruptan kaynaklanmaktadır. 35 yaş üzeri erkeklerde intihar girişimi kadınların iki katına yakındır. Medeni durum açısından bakıldığında evli olanlar ile olmayanlar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,001). Evli olan kadınlarda intihar girişimi (%40,7), evli olan erkeklerden (%33,0) daha fazladır. İntihar girişiminde bulunanların eğitim grupları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,008). Bu fark eğitimsiz gruptan kaynaklanmıştır. Eğitimsiz kadınlarda intihara girişim, eğitimsiz erkeklerin yaklaşık olarak iki katıdır. İntihar girişiminde bulunanların cinsiyet ve sosyodemografik özellikleri ile ilişkileri Tablo 1'de derlenmiştir.

İntihar girişimleri ile mevsimler arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken, intihar girişim saatleri arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak bir fark bulunmuştur (p=0,001). Bu fark 00:00-07:59 grubundan kaynaklanmaktadır. 00:00-07:59 saatleri arasında intihar girişimi erkeklerde kadınlardan daha fazladır (Tablo 2).

Tablo 3'de intihara girişimde bulunanların intihar girişim şekli, nedeni ve tedavi durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması görülmektedir. Tablo takip edildiğinde intihar girişim şekilleri arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. İlaç/toksik madde ile intihar girişimi kadınlarda daha fazladır (p=0,001).

İntihar girişiminde bulunanların intihar nedenleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). Aile ilgili olan nedenler kadınlarda daha fazla iken, psikiyatrik ve diğer hastalıklar, karşı cins ile ilgili olan nedenler, iş ve ekonomik nedenler erkeklerde daha fazladır (Tablo 3).

Araştırmada intihara girişimde bulunanların intihara girişim öyküsünün olup olmaması, tanı konmuş psikiyatrik hastalık olup olmaması ve son 6 ayda psikiyatrik hastalık tedavisi olup olmaması cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,624; p=0,350;

Tablo 2: İntihar girişiminde bulunanların intihar girişim zamanının cinsiyete göre karşılaştırılması

İntihara girişim zamanı	Cinsiyet		Toplam	p
	Kadın	Erkek		
	n (%) ⁰	n (%) ⁰	n (%) ⁰	
İntihara girişim mevsimi				
Kış	1000 (24,1)	284 (25,4)	1284 (24,4)	0,851
İlkbahar	1172 (28,2)	312 (27,9)	1484 (28,1)	
Yaz	1096 (26,4)	289 (25,8)	1385 (26,3)	
Sonbahar	885 (21,3)	235 (21,0)	1120 (21,2)	
İntihara girişim saati				
00:00-07:59	644 (18,2)	224 (23,8)	868 (19,4)	0,001
08:00-16:59	1264 (35,7)	295 (31,3)	1559 (34,8)	
17:00-23:59	1636 (46,2)	422 (44,8)	2058 (45,9)	
Toplam ⁰⁰	4153 (78,8)	1120 (21,2)	5273 (100,0)	

⁰: Sütun Yüzdesi ⁰⁰: Satır Yüzdesi

Tablo 3: İntihar girişiminde bulunanların intihar girişim şekli, nedeni ve tedavi durumunun cinsiyete göre karşılaştırılması

İntihara girişim şekli, nedeni ve tedavi	Cinsiyet		Toplam	p
	Kadın	Erkek		
	n (%) ⁰	n (%) ⁰	n (%) ⁰	
İntihara girişim şekli*				
İlaç/toksik madde	4017 (97,5)	1006 (90,9)	5023 (96,1)	0,001
Diğer nedenler**	103 (2,5)	101 (9,1)	204 (3,9)	
İntihar girişim nedeni***				
Aile ile ilgili olan nedenler	1959 (51,2)	370 (36,4)	2329 (48,1)	0,001
Psikiyatrik ve diğer hastalıklar	638 (17,9)	221 (21,8)	859 (18,7)	
Karşı cins ile ilgili olan nedenler	322 (8,4)	153 (15,1)	475 (9,8)	
İletişim ile ilgili nedenler	295 (7,7)	72 (7,1)	367 (7,6)	
Yalnızlık	160 (4,2)	40 (3,9)	200 (4,1)	
İş/ekonomik nedenler	156 (4,1)	107 (10,5)	263 (5,4)	
Okul ve sınav kaygısı	147 (3,8)	23 (2,3)	170 (3,5)	
Gelişimsel dönemle ilgili nedenler	86 (2,2)	13 (1,3)	99 (2,0)	
Alkol ve madde bağımlılığı	16 (0,4)	17 (1,7)	33 (0,7)	
Girişimin ilaçla tedavisi****				
Yapıldı	2533 (75,8)	694 (77,0)	3227 (76,1)	0,450
Yapılmadı	808 (24,2)	207 (23,0)	1015 (23,9)	
Girişimin psikiyatrik konsültasyonu*****				
İstendi	349 (10,4)	103 (11,3)	452 (10,6)	0,431
İstenmedi	3010 (89,6)	809 (88,7)	3819 (89,4)	
Toplam ⁰⁰	4153 (78,8)	1120 (21,2)	5273 (100,0)	

*: 46 veri eksik, **: diğer: kesici/delici alet, ası, ateşli silah, yüksekte atlama, tüp gaz, araç altına atlama, vb., ***: 433 veri eksik, ****: 1031 veri eksik, *****: 1002 veri eksik
⁰: Sütun Yüzdesi ⁰⁰: Satır Yüzdesi

p=0,226). Ailede intihar öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü açısından cinsiyete göre anlamlı bir fark vardır (p=0,015). Gerek ailede intihar girişim öyküsü ve gerekse ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık öyküsü kadınlarda daha fazladır (Tablo 4).



İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARI ACIL SERVİSLERİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 4: İntihar girişiminde bulunanların intihar girişim öykülerinin cinsiyete göre karşılaştırılması				
İntihar girişiminde bulunanların hikayesi	Cinsiyet		Toplam	p
	Kadın	Erkek		
	n (%) ⁰	n (%) ⁰	n (%) ⁰	
Daha önce intihar girişimi*				
Var	692 (17,2)	176 (16,6)	868 (17,1)	0,624
Yok	3333 (82,8)	887 (83,4)	4220 (82,9)	
Daha önce tanı konmuş psikiyatrik hastalık**				
Var	983 (25,8)	243 (24,4)	1226 (25,5)	0,350
Yok	2820 (74,2)	753 (75,6)	3573 (74,5)	
Son 6 ayda psikiyatrik hastalık tedavisi***				
Yapılan	791 (20,8)	192 (19,0)	983 (20,4)	0,226
Yapılmayan	3020 (79,2)	817 (81,0)	3837 (79,6)	
Ailede intihar öyküsü****				
Var	146 (4,2)	23 (2,5)	169 (3,8)	0,015
Yok	3348 (95,8)	910 (97,5)	4258 (96,2)	
Ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık öyküsü*****				
Var	208 (6,4)	36 (4,2)	244 (6,0)	0,015
Yok	3028 (93,6)	820 (95,8)	3848 (94,0)	
Toplam ⁰⁰	4153 (78,8)	1120 (21,2)	5273 (100,0)	

*: 185 veri eksik, **: 474 veri eksik, ***: 414 veri eksik, ****: 846 veri eksik, *****: 1181 veri eksik ⁰: Sütun Yüzdesi ⁰⁰: Satır Yüzdesi

TARTIŞMA

Günümüzde intihar ve intihar girişimleri önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin temel hedeflerinden biri de intihar ve intihar girişim davranışlarını incelemek ve önleyici tedbirler almaktır. Bu noktadan hareketle rutin bilgi sistemi ile elde edilen verilerin değerlendirilmesi; intihar ve intihar girişimlerinin önlenmesine ilişkin sağlık politikaları oluşturulmasında önem kazanmaktadır. Bu çalışmada intihar girişimlerinin cinsiyete göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bursa'da 2008-2012 yılları arasında intihar girişim sıklığı yüz binde 40,3 ile 47,8 arasında değişim göstermiştir. Avrupa'da yapılan çok merkezli çalışmalarda girişim sıklığı yüz binde 61-595 arasında değişmektedir.⁸ Çalışmanın kapsadığı dönem içinde intihar girişiminde bulunanların %78,8'ini kadınlar, %21,2'sini ise erkekler oluşturmaktadır. Gerek ulusal ve gerekse uluslararası literatürde frekanslar farklı olsa da intihar girişiminin erkeklere göre kadınlarda daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁹⁻¹⁷ Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan kadın/erkek oranı 7/3 olarak bulunmuştur. Avrupa'da yapılan çalışmalarda bu oran 5/2 ila 3/2 arasında belirlenmiştir.⁸ Ankara'da yapılan bir çalışmada ise bu oran 5:2 olarak tespit edilmiştir.¹⁸ İntihar girişimine ilişkin yapılan çalışmalarda, intihar girişiminin kadınlarda fazla olmasının olası nedenleri şu şekilde sıralanmıştır:^{7,9-11,19,20} 1-Kadınlarda intihar niyetinin daha zayıf olması, 2-Yaşadıkları sosyal olaylar ve

kişiler arası ilişkilerden daha fazla etkilenmeleri, 3- Girişimi çözüm ya da mesaj aracı olarak kullanmaları, 4- Profesyonel yardımı daha rahat kabul etmeleri sonucu hastaneye başvurmaları. Bizce de belirtilen bu nedenler, kadınlarda intihar girişiminin erkeklere göre daha fazla olmasının muhtemel nedenleri olabilir.

Bursa'da intihar girişiminde bulunanların yaş grupları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve bu fark 35 yaş ve üzeri gruptan kaynaklanmıştır. 35 yaş ve üzeri erkeklerde intihar girişimi kadınların iki katına yakındır. Literatürde intihar girişimlerinde 35 yaş üzerinde erkeklerin düzeyinin kadınlardan daha fazla olduğu bildirilmiştir.¹¹⁻¹³ Toplumumuzun kültürü gereği 35 yaş üzeri erkeklerin ailenin geçimini yüklenmesi ve bu yaşlarda iş ve ekonomik sorunlarla yüzleşmesi, erkeğin aile ve çevre ile ilişkilerinin bozulmasına neden olmuş olabilir. Bu durum ise 35 yaş üzeri erkeklerde intihar girişiminin kadınlardan daha fazla olmasının olası nedenidir. Nitekim çalışmamızda iş ve ekonomik nedenler erkeklerde kadınların iki katından fazla intihar girişim nedeni olarak gösterilmiştir.

Araştırmada halen evli olanlar ile olmayanlar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Evli olan kadınlarda intihar girişimi evli olan erkeklerden daha fazladır. Gerek ulusal ve gerekse uluslararası çalışmalarda evli kadınlarda intihar girişimlerinin evli erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{10-13,15,19} Bu durumun muhtemel nedenleri aile içinde erkeklerin baskın bir rol üstlenmiş olmaları, ekonomik olarak kadınların yeterli güçte olmayışının getirdiği zorluklar olabileceği gibi; intihar girişimini kadının kendini ifade etme ve isteklerini kabul ettirmenin bir yolu olarak görmesi de olabilir.

Bursa'da intihar girişiminde bulunanların eğitim grupları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu fark eğitimsiz gruptan kaynaklanmıştır. Eğitimsiz kadınlarda intihara girişim, eğitimsiz erkeklerin yaklaşık olarak iki katıdır. Ancak ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların eğitim grupları arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.^{12,13} Diğer yandan intihar girişiminde bulunanların çalışan ve çalışmayan grupları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İşsizlik kadınlarda daha fazladır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düşük ve ekonomik olarak daha bağımlı olan kadınlarda intihar girişimlerinin daha sık olduğu bildirilmiştir.^{13,18,21,22} Hem eğitimsizlik ve hem de ekonomik yetersizliklerin kadınların intihara girişimi için daha uygun bir zemin hazırlayabilecekleri düşünülmektedir. →

İntihara girişim saatleri arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu fark 00:00-07:59 grubundan kaynaklanmıştır. Erkeklerde bu saatler arasında intihar girişimi kadınlardan daha fazladır. Literatürde intihar girişim zamanının yardım isteme durumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Özellikle kadınların aile bireylerinin işten eve dönüş zamanı olan 17:00-23:59 saatleri arasında intihar girişiminde bulunmaları, girişimin ölüm amacı taşımayarak yardım çağrısı olarak yorumlanmıştır.¹⁸ Bu araştırmada farkın 00:00-07:59 saatlerinden kaynaklanması, erkeklerde intihar girişiminin yardım isteme mekanizması olarak kullanılmaktan ziyade intiharı tamamlama konusundaki ciddiyetini göstermektedir.

İntihar girişiminde bulunanlarda intihar yöntemleri arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlaç veya toksik madde ile intihar girişimi kadınlarda daha fazladır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da çalışmamızla benzer biçimde yöntem açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlarda ilaç veya toksik madde ile intihar girişiminin erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir.^{10,13,15,18,23} Kadınlarda, ilaç veya toksik madde ile intihar girişimlerinin fazla olmasının muhtemel nedenleri yönetime erişilebilirlik ve daha az ölümcül yöntem olmasıdır. Yönteme kolay ulaşılabilmesi intihar girişimlerinde kullanılma sıklığını artırmaktadır.²⁴ Ülkemizde ilaçların büyük kısmına reçetesiz ulaşılabilinmekte ve evlerde kullanılmayan ilaçların olması yöntem olarak ilaçların kadınlarca daha sık kullanılmasını sağlıyor olabilir. Ayrıca diğer intihar girişimlerinden daha az ölümcül yöntem olarak bilinen ilaç veya toksik maddelerle intihar girişimi, her şeye rağmen kadınların yaşamda kalmayı ve üstesinden gelemedikleri bir acı veya sıkıntıyı dışa vurmaya istemeleriyle açıklanabilir.²⁵

Araştırmada intihar girişimi nedenleri arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bursa'da aile ile olan ilişkiler, psikiyatrik ve diğer hastalıklar ile karşı cinsle olan ilişkiler intihar girişimlerinin en sık ilk üç nedenini oluşturmuştur. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Aile içi ilişkiler, kadınlarda intihar girişimlerinin yarından fazlasının nedenidir. Literatürde aile içi ilişkilerine bağlı intihar girişimlerinin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{10-13,26-28} Bekar genç kadınlarda özellikle anne ve baba ile olan kuşak çatışması, evlilerde ise eşin aile içinde baskın oluşunun getirdiği sorunlar, kadının gerek anne-babaya ve gerekse eşe karşı intihar girişimini bir yardım çağrısı olarak kullanmasına sebep olmuş olabilir. Nitekim Manisa'da yapılan bir saha çalışmasında eş/arkadaş ilişkisine bağlı sorunlar kadınlarda intihar düşüncesini güdülediği belirlenmiştir.²⁹ Diyarbakır'da

yapılan bir çalışmada, bölge kadınlarının toplumsal cinsiyet ayrımına tabi tutuldukları, evlilik öncesinde baba baskısına, evlilik sonrasında ise koca baskısına maruz kaldıkları, çaresiz kalan kadının ise intihar etmekten başka çözüm yolu bulamadığı belirtilmiştir.³⁰

Araştırmada ailede intihar öyküsü olanlarla olmayanlar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Ailede intihar veya intihar girişim öyküsü olması kişinin intihar riskini artırdığı bilinmekle birlikte, yapılan çalışmalarda ailede intihar öyküsü olanlarla olmayanlar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.^{14,30,31} Bizce intihar girişiminde bulunmuş kadınların ailesinde intihar girişim öyküsü olması, intihar girişiminde bulunan kadın için bir rol model oluşturmuş olabilir.

Diğer yandan araştırmada ailede tanı konmuş psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarla olmayanlar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların ailesinde tanı konmuş psikiyatrik hastalık varlığı erkeklerin ailesindekinden daha fazladır. İntihar davranışlarının genetiğini inceleyen bir derleme araştırmasında, intihar davranışının psikopatolojilerden ve psikolojik stresörlerden bağımsız bir şekilde kuşaklar arasında aktarıldığı sonucuna varılmıştır. Aynı araştırmada ancak psikopatolojilere çevresel olumsuz koşulların eşlik etmesi durumunda intihar davranışının olabileceği vurgulanmıştır.^{32,33} Kanımızca her iki cinsiyette psikopatoloji aynı düzeyde olsa dahi, kadınların çevresel faktörlerden daha çok etkilendiği, dolayısıyla intihar girişimine erkeklerden daha fazla başvurduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak: yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu, ailede intihar girişim öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Bu bağlamda intiharları önlemeye yönelik geliştirilecek sağlık politikalarında bu farklılıklar da göz önüne alınmalıdır.

Çalışmanın güçlü ve kısıtlı yanları

Diğer çalışmalardan farklı olarak çalışma verileri sadece şehir merkezinde veya belirli hastanelere başvuran intihar girişim olgularını değil tüm ilin verilerini içermektedir. Ancak veriler intihar girişiminde bulunup, hastane acil servisine başvurmuş kişilerden toplanmıştır. İntihar girişimde bulunup sağlık kurumuna başvurmayan kişiler de bulunabilir. Bu nedenle sonuçların genellemesinde dikkatli davranmak gerekmektedir.

* Yazarlar herhangi bir çıkar ilişkisi içinde bulunmadıklarını bildirmiştir.

Kaynaklar

1. Can SS, Sayıl I. Yineleyici intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 2004;12: 53-62.
2. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2000; 1: 83-88.
3. Haran S, Aydın O. Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar girişimleri ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 247-251.
4. Özcan Y, Savlı H. Yaşam olayları sonucu gelişen intiharlarda kan lipid seviyeleri. *Düşünen Adam* 2001; 14: 150-153.
5. World Health Organisation. The global burden of disease report: Geneva, Switzerland: WHO, 2008.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK 2010 İntihar İstatistikleri. Ankara, Türkiye, 2010.
7. Özgüven HD, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 324-329.
8. Plat S, Brahe-Bille U, Kerkhoff A, et al. Parasiticide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85: 97-104.
9. Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK, et al. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz dergisi* 2005; 13: 1-10.
10. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman'da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2006; 7: 150-156.
11. Senol V, Ünalın D, Avsarogulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2005; 6: 19-29.
12. Şengül BC, Serinken M, Şengül C, Bozkurt S, Korkmaz A. Acil servise intihar girişimi nedeniyle başvurusu ardından psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların sosyodemografik verileri. *Turkish J Emerg Med* 2008; 8: 127-131.
13. Önsüz MF, Demir F, Afşar KE, et al. Sakara ilinde gerçekleşen intihar girişim vakalarının değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012; 10: 141-150.
14. Wei S, Yan H, Chen W, et al. Gender-specific differences among patients treated for suicide attempts in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 54-58.
15. Ghaleiha A, Afzalı S, Bayzar M, et al. Characteristics of Hospitalized Patients Following Suicide Attempt in Hamadan District, Iran. *OMJ* 2012; 27: 304-309.
16. Schrijvers D, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behaviour and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord* 2012; 138: 19-26.
17. Vishnuvardhan G, Saddichha S. Psychiatric comorbidity and gender differences among suicide attempters in Bangalore, India. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34: 410-414.
18. Sayıl I, Oral A, Güney S, et al. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 56-61.
19. Payne S, Swami V, Stanistreet DL. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *JMH* 2008; 5: 23-35.
20. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp B. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *J Psychosomatic Res* 2009; 66: 477-493.
21. Sayıl I, Berksun O, Palabıykoğlu R. Attempted suicides in Ankara in 1995. R Kosky, HS Ersevri, RD Goldney, R Hasan (eds): *Suicide Prevention: The Global Context*. New York, Plenum, 1997, s.201-204.
22. Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkıym girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi* 1997; 5: 37-42.
23. Güloğlu C, Kara İH. Acute poisoning cases admitted to university hospital emergency department in Diyarbakır, Turkey. *Hum Exp Toxicol* 2005; 24: 49-54.
24. Ahn MH, Park S, Ha K, Choi SH, Hong JP. Gender ratio comparison of the suicide rates and methods in Korea, Japan, Australia and US. *J Affect Disord* 2012; 142: 161-165.
25. Tüzer T, Bayam G, Bitlis V, Holat H, Dilbaz N. İntihar girişiminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 257-259.
26. Bağlı M. Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu. *Kriz Dergisi* 2004; 12: 21-40.
27. Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 63-69.
28. Tüzün B, Polat O, Vatanser S, Elmas I. Questioning the psycho-socio-cultural factors that contribute to the cases of suicide attempts: an investigation. *Forensic Sci Int* 2000; 113: 297-301.
29. Devci A, Taşkın EO, Dündar PE, et al. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16: 170-178.
30. Sır A. Diyarbakır'da Özkıym ve Özkıym Girişimleri. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10: 50-77.
31. Monnin J, Thiemard E, Vandell P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *J Affect Disord* 2012; 136: 35-43.
32. Scoliers G, Portzky G, Van Heeringen K, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: a 5-year follow-up study. *Arch Suicide Res* 2009; 13: 201-213.
33. Özalp E. İntihar davranışının genetiği. *Türk Psikiyatri Derg* 2009; 20: 85-93.