

Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Bazı Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi

Özden Polatöz¹, Nesim Kuğu²,
Orhan Doğan³, Gamze Akyüz⁴

¹Psikiyatrist, Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana - Türkiye

²Doç. Dr., ³Prof. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas - Türkiye

⁴Doç. Dr., Emekli Psikiyatri Öğretim Üyesi, İzmir - Türkiye

ÖZET

Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisi

Amaç: Bu çalışmada, Sivas il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı ve bu davranış ile bazı sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini, tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 18-65 yaş aralığındaki 1117 birey oluşturdu. Çalışma iki aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada, daha önce saptanan 500 hanedeki 18-65 yaş aralığındaki katılımcılar sosyodemografik bilgi formu, intihar davranış ölçeği ve intihar düşünce ölçeğini doldurdu. İkinci aşamada, görüşmeciler intihar girişimi öyküsü olanlara SCID-I ve SCID-II ölçeklerini uyguladı.

Bulgular: Yaşam boyu intihar davranışının yaygınlık oranı %2.23, yaşam boyu intihar planı veya girişiminin yaygınlık oranı %3.58, son bir yılda intihar düşüncesinin yaygınlık oranı %1.43, yaşam boyu intihar girişiminin yaygınlık oranı %1.43 ve yaşam boyu intihar niyetinin yaygınlık oranı ise %0.62 olarak bulundu. İntihar davranışı istatistiksel olarak istemeden yapılan evliliklerde, isteyerek yapılan evliliklere göre anlamlı şekilde daha fazlaydı. Yine evlilik süresinin artmasıyla birlikte, hem intihar davranışı hem de intihar düşüncesi anlamlı şekilde azalmaktaydı. İntihar düşüncesi oranı alkol kullanım öyküsü olanlarda, olmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekti.

Tartışma: Bu çalışmada ortaya çıkan intihar davranışı, intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranları, batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda elde edilen oranlara göre daha düşüktür. Bunun nedenleri arasında, çalışmalar arasındaki yöntemsel farklılıklarla çalışmaların yapıldığı toplumlar arasındaki dini ve kültürel farklılıklar sayılabilir.

Anahtar kelimeler: İntihar davranışı, epidemiyoloji, genel nüfus

ABSTRACT

The prevalence of suicidal behaviour and its correlation with certain sociodemographic variables in Sivas province

Objective: In this study, investigation of suicidal behaviour and its correlation with certain sociodemographic variables in Sivas province in Turkey was aimed.

Methods: The sample group of this research consisted of 1117 individuals in the age range of 18-65, selected by using stratified sampling method. The study was performed in two stages. In the first stage, sociodemographic data form, the Suicide Behaviour Scale, the Suicide Ideation Scale were administered to the participants who were selected from 500 homes. In the second stage, the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders and the Suicide Intention Scale were administered to persons who had suicide attempt history.

Results: While the prevalence of lifetime suicide behaviour was found to be as 2.23%, the prevalence of lifetime suicide planning or attempt was 3.58%, suicide ideation for the last one year 1.43%, lifetime suicide attempt 1.43%, and lifetime suicide intention was 0.62%. Suicidal behaviours were more frequent in involuntary marriages than in voluntary ones. With the increased duration of marriage, both suicide behaviour and suicide ideations were decreasing significantly. The rate of suicide ideation was significantly higher for individuals with alcohol abuse history than the ones without.

Discussion: The rate of suicidal behaviours, suicide ideation, and suicide attempt found in this study were lower than that of found in studies performed in western countries. The possible reasons for this might be the methodological differences of the studies, religious and cultural differences between the countries in which the studies were carried out.

Key words: Suicide behaviour, epidemiology, general population

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Doç. Dr. Nesim Kuğu, CUTF Psikiyatri AD
58140, Sivas - Türkiye

Telefon / Phone: +90-346-258-0865

Elektronik posta adresi / E-mail address:
nkugu@cumhuriyet.edu.tr

Kabul tarihi / Date of acceptance:
27 Aralık 2010 / December 27, 2010

GİRİŞ

İntihar ve intihar girişimleri, Türkiye’de ve bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edil-

mektedir (1-3). Dünya sağlık raporuna göre, her yıl kayıtlara giren intihar nedeniyle ölümlerin sayısı 800.000’in üzerindedir (2). ABD’de intihar vakalarının sıklığı 12/100.000’dir ve doğal olmayan ölüm nedenleri

arasında, 8. sırada intiharlar yer almaktadır (1,3).

İntihar düşüncesi ve davranışlarının çoğu, daha az ciddi ve daha yaygın durum ile (intihar düşünceleri gibi) daha ciddi ve daha az yaygın durum (örneğin, tamamlanmış intihar) arasında değişmektedir (4). İntihar düşüncesini intihar planı izlemekte, bu da ölümle sonuçlanabilen girişimlere yol açabilmektedir (5). İntihar araştırmalarında öncelikli olarak tamamlanmış intiharlar veya intihar girişimleri üzerinde durulduğundan, intihar düşünceleri veya intihar planlarına odaklanan çalışmaların sayısı daha azdır (5). Genel nüfus çalışmalarında, yetişkinlerde intihar düşüncelerinin son bir yıldaki sıklığı %2-%11 ve yaşam boyu yaygınlığı %2.1-%24, intihar girişimlerinin bir yıllık sıklığı %0.3-%2.6, yaşam boyu yaygınlığı %0.7-10 ve son olarak intihar planının son bir yıldaki sıklığı %1.5-%2.7 ve yaşam boyu yaygınlığı %3.9-13 olarak bildirilmektedir (6). Kessler ve arkadaşlarının (7) yaptığı bir çalışmada, yaşam boyu en az bir kez intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişimi oranları, sırasıyla %13.5, %3.9 ve %4.6 olarak bulunmuştur.

İntihar davranışı için yatkınlık yaratan risk etkenleri arasında en güçlü belirleyiciler, intihar girişimi öyküsü ve/veya ciddi ruhsal bozukluklar olup, intihar kurbanları arasında en yaygın nedenlerse, I. eksen tanıları duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (2). Genel nüfus çalışmalarında intihar düşüncesi ve intihar girişimleri; genç yaşta olma, kadın cinsiyeti, tek başına yaşama veya ayrılmış olma, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik gibi bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkili bulunmuştur (6).

Türkiye’de intiharla ilgili bilgiler, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından sağlanmaktadır. DİE verilerine göre, Türkiye’de yıllık intihar hızı 2.5/100.000’dir. Ancak tüm intihar girişimleri resmi olarak bildirilmediğinden, gerçek intihar vakalarının sayısı büyük olasılıkla daha yüksektir (3,8). Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada, 1995 yılında intihar sıklığı 2.6/100.000 ve intihar girişimi sıklığı 31.5/100.000 olarak bulunmuştur (9,10). Türkiye’de son yıllarda intihar yaygınlığı ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları, intihar girişimi oranlarının Türkiye’de oldukça düşük olduğunu, ancak artış hızının çarpıcı olduğunu göstermektedir (11,12).

Türkiye’de, genel nüfusu temsil eden örnekleme

intihar davranışının yaygınlığı ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada, Sivas il merkezindeki intihar davranışlarının (intihar düşüncesi, intihar niyeti, intihar planı ve intihar girişimi) yaygınlığının saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca intihar davranışları ve bu davranışlar için olası risk etkeni sayılabilecek bazı sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişki de araştırıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 2000 nüfus sayımına göre nüfusu 225.000 olan Sivas il merkezinde, 2005 yılında yapıldı. Sivas ilinin kırsal alanlarında yaşayanlar çalışmaya dahil edilmedi. Sivas il merkezinde 18-65 yaş arasındaki kişilerin sayısı 120.000’dir. Bu çalışmada hedeflenen nüfus, 59.220’si kadın ve 60.780’i erkek olmak üzere toplam 120.000 kişiden oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1: Sivas il merkezinin demografik özellikleri

Sivas İl Merkezi nüfus	225.000
Mahalle Sayısı	600
Hane Sayısı	34.831
Örneklemedeki Hane Sayısı	500
18-65 yaş nüfus	120.000
Kadın (18-65 yaş)	59.220
Erkek (18-65 yaş)	60.780
Katılımcılar	1117
Kadın (18-65 yaş)	618
Erkek (18-65 yaş)	499

Sivas ili uzun bir tarihsel geçmişe sahip olan, düşük eğitim düzeyi ve yüksek işsizlik oranları ile geleneksel tutumların devam ettiği, Türkiye’nin az gelişmiş illerinden birisidir. Sonuç olarak, Sivas ilinin sosyodemografik ve kültürel özellikleri, Türkiye’nin tümünü temsil etmektedir. Sivas ili genel nüfus örnekleminde bugüne kadar intiharla ilgili yapılmış herhangi bir epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır.

Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Bilgi Formu: Bölümümüzce geliştirilen sosyodemografik bilgi formunda kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evlenme yaşı ve türü, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, alkol kullanıp kullanmadığı, aile öyküsünde herhangi bir psikiyatrik bozukluk veya intihar dav-

ranışı öyküsü bulunup bulunmadığı sorgulanmaktadır.

2. İntihar Davranışı Ölçeği (İDAÖ): 1981 yılında Linehan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan İntihar Davranışı Ölçeğinin (13) Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında, Bayam ve arkadaşları (14) tarafından yapılmıştır. İntihar davranışı kavramı dört farklı unsuru içermektedir. Bunlardan birincisi, kişinin daha önceki intihar düşüncesi ve girişimlerini sorgulayan “intihar planı ve girişimi”, ikincisi ise, son bir yıl içinde kişinin yaşamını sona erdirmeye düşüncesi ile ilgilidir. Üçüncü unsur intihar tehdidini sorgulamakta olup, kişinin intiharla ilgili çevresine ve yakınlarına bir mesaj verip vermediğini, dördüncü unsur ise, kişinin gelecekte intihar girişiminde bulunup bulunmayacağı ile ilgili düşünce ve niyetini araştırmaktadır. Ölçek dört maddeden oluşmuştur:

1. madde: “İntihar planı ve girişimi”: Yaşam boyu intihar davranışı öyküsü ile ilgili olup, 6 seçenekten oluşmuştur. Likert tipi 0-5 puan arasında değerlendirilmektedir.

2. madde: “İntihar düşüncesi”: Son bir yıldaki intihar düşüncesiyle ilgili olup, 5 seçenek bulunmaktadır. 0-4 arası Likert tipi puanlanır.

3. madde: “İntihar tehdidi”: İki seçenekten oluşur. Hayır 0, evet yanıtı ise 1 olarak puanlanır.

4. madde: “İntiharın tekrar edilebilirliği”: Gelecekteki intihar düşüncesi ve niyeti ile ilgilidir. Beş seçenekten oluşmaktadır ve Likert tipi 0-4 arası puanlanır.

İntihar davranışı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14 olup, puanlar aritmetik olarak toplanarak toplam puan hesaplanır. Puan arttıkça intihar davranışının ciddiyet derecesi de artmaktadır. Ayrıca her madde kendi içinde yapılandırılarak, davranışın 4 farklı unsuru ayrı olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=0.92$, ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı 0.73 olarak bulunmuştur. Madde-test korelasyonunda en düşük değer 0.37, en yüksek değer 0.61 olarak saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan ve bulunmayan gruplar arasında her maddeden alınan puan ortalamaları anlamlı ölçüde farklı ($p<0.001$) bulunmuştur. Ayrıca, İntihar Davranışı Ölçeğinin her bir maddesi İntihar Niyeti Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği toplam puanları ile anlamlı ölçüde ilişkili bulunmuştur (13-14).

3. İntihar Niyeti Ölçeği (İNÖ): Yirmi unsurlu bu ölçek, 1973 yılında Beck tarafından geliştirilmiştir (15). Kişinin intihar girişimi sırasındaki beklentilerini değerlendiren, puanlanan 15 ve puanlanmayan 5 olmak üzere, 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde, 0-2 arasında değişen şekilde puanlanmaktadır. Görüşme sırasında her bir madde ile ilgili yeterli bilgiler alındıktan sonra, görüşmeci ölçekteki en uygun seçeneği belirler. Toplam puan 0 ile 30 arasında değişmekte olup, her maddeden alınan puanlar aritmetik olarak toplamı belirler. İlk 9 madde esas olarak girişimle ilgili gerçekler ve girişimi belirleyen olaylarla ilgili bilgi vermekte olup, ‘intihar girişimi ile ilgili koşullar’ başlığını taşımaktadır. İkinci bölüm ise, hastanın girişim esnasındaki duygu ve düşüncelerinin geriye dönük olarak değerlendirmesi olup, ‘kendini değerlendirme bölümü’ olarak adlandırılır. Son 5 soruyu içeren üçüncü bölüm ise, görüşme sırasındaki seçeneklerin belirsizliği nedeniyle puanlanmaktadır. İntihar Niyeti Ölçeğinin Türkiye örneklemindeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları (16) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=0.84$, değerlendiriciler arası güvenilirliği $r=0.99$ ve Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

4. İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÜÖ): Ölçek, Levine ve arkadaşları (17) tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. İntihar düşüncesinin şiddetini belirlemeyi amaçlayan bu soru formu hastanın kendisi tarafından yanıtlanmaktadır. Hayır yanıtı verenler ‘0’ puan, evet yanıtı verenler ‘1’ puan almakta ve toplam puan, her maddeden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edilmektedir. Ölçek 17 sorudan oluşmakta ve toplam puan 0-17 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar intihar düşüncesinin varlığını göstermektedir. Ölçeğin Türkiye’de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, test-tekrar test güvenilirliği $r=0.88$, Cronbach alfa katsayısı 0.84 ve en düşük ve en yüksek madde-test korelasyon katsayıları sırasıyla 0.20 ve 0.61 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ülkemizde intihar düşüncesinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (18,19).

5. DSM-IV I. Eksen Bozuklukları İçin Yapılan- dırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): SCID-I DSM-IV major I. eksen bozukluklarının tanısını koymak için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ara-

cıdır. Araştırmaya alınma ölçütleri, 18 yaşından büyük olma, ajitasyon olmaması, ağır psikotik belirtilerin bulunmaması ve yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip bulunma olarak belirlenmiştir (20). Altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 adet DSM-IV I. eksen bozukluğunu, tanı ölçütleri ile araştırmaktadır. Uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. Ülkemizde SCID-I'in geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve arkadaşları (21) tarafından yapılmıştır.

6. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II): SCID-II biri geçici olmak üzere, 12 DSM-III-R kişilik bozukluğunu sorgulamaktadır (22-24). SCID-II'nin orijinal uygulaması, hastanın kişilik bozuklukları ile ilgili formu kendisinin doldurmasının ardından, bu formda olumlu olarak doldurulmuş olan soruların veya hekimin hastada varlığından kuşkulandığı soruların sorulması şeklindedir. Çekingen kişilik bozukluğu ile başlayıp sırasıyla bağımlı, obsesif-kompulsif, pasif agresif, "self-defeating" (kendi kendini baltalayıcı), paranoid, şizoid, histriyonik, narsistik, sınır ve antisosyal kişilik bozukluklarının her ölçütünü sorgular. SCID-II'nin çeviri çalışması Coşkunol ve arkadaşları (25) tarafından yapılmıştır. SCID-II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, gerek yatarak izlenen psikiyatrik hastalarda ($k=0,79$) gerekse alkol bağımlılarında ($k=0,82$) görüşmeciler arası uyuma düzeyi yüksek bulunmuştur.

Uygulama

Örneklem

Bu çalışma iki aşamada gerçekleştirildi. Tabakalı örnekleme yöntemi uygulandı. Toplumbilimciler tarafından önceden tanımlanan ve Sivas ili merkezini temsil eden ev halkı örneklem seti kullanıldı (26). İldeki tüm mahalleler örnekleme vardı. İl merkezindeki 600 mahallede, 34.831 hane bulunmaktadır.

Örneklem olarak 500 hane seçildi. Her mahalledeki hane sayısı, mahalle nüfusuyla orantılı bir şekilde belirlendi. Her mahalledeki haneler, elektrik şirketinin kayıtları kullanılarak düzensiz olarak seçildi. Evde bulunamayanların yerine kullanılmak üzere yedek olarak 100

adres belirlendi.

Bütün mahalleler, 9 seviyeli sistem içinde sosyoekonomik düzeye göre önceden sınıflandırılmıştı. Bu dokuz seviye, sırasıyla düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırıldı. Sosyoekonomik düzeyi belirlemede ana ölçüt, il merkezine uzaklık, binaların özellikleri ve ailelerin gelir düzeyleri idi.

Bu haneler önceden haber vermeksizin ziyaret edildi. 18-65 yaşları arasındaki katılımcılar seçildi. Her hanede bu yaş aralığında olan kişilerin sayısı belirlendi ve bu kişilere aynı günde en çok iki kez ziyaret yapıldı. Her iki ziyarette de evde olmaması nedeniyle ilişki kurlamayan kişilerin yerine, aynı mahalledeki alternatif adreslerden rastgele seçilen bir hanedeki aynı cinsiyetteki kişiler ziyaret edildi. Bu şekilde ziyaret edilen kişi sayısı 18 idi (%1.61). Altı kişi ise, çalışmayla ilgili açıklama yapıldığı halde neden göstermeden çalışmaya katılmayacağını ifade etti (%0.53). Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve ad-soyad gibi kimlik bilgilerine gerek olmadığı açıklandı. Çalışmaya katılanların tümü gönüllü idi. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılardan yazılı onay alındı.

Görüşmeler

Çalışmaya katılan kişilerle görüşmeye başlamadan önce, görüşmeciler çalışmada kullanılan araçlar konusunda bilgilendirildi ve eğitildi. Bu çalışma, iki psikiyatri araştırma görevlisi ve intern doktorlar tarafından yapıldı. Görüşmeler evlerde, özel görüşme şeklinde yapıldı. Araştırma iki aşamada gerçekleştirildi. İlk aşamada, daha önce saptanan 500 hanedeki 18-65 yaş aralığındaki ($n=1117$) bireylere sosyodemografik bilgi formu, intihar davranış ölçeği, intihar düşünce ölçeği ve intihar niyeti ölçeği uygulandı. İkinci aşamada, intihar girişimi olanlara SCID-I ve SCID-II ölçekleri, yüz yüze görüşülerek uygulandı.

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmamızın verileri SPSS (10.0 versiyon) programına yüklendi. Verilerin değerlendirilmesinde varyans analizi, Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Student t testi, ki-kare testi ve korelasyon analizi kulla-

nıldı. Kullanılan bazı tablolarda ki-kare ile ilgili varsayımlar yerine getirilemediğinden, tablolar yüzdelerle ifade edildi.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 37.13 ± 13.02 idi. Evli olan kişilerin evlilik yaşı ortalaması 20.55 ± 3.66 idi. Katılımcıların 618'i (%55.3) kadın, 870'i (%77.9) evli, 490'ı (%43.9) ilköğretim mezunu, 690'ı (%61.7) düşük gelirli idi. Ailede ruhsal hastalık ve intihar öyküsü oranları, sırasıyla 129 (%11.5) ve 15 (%1.3) idi. Alkol kullanım öyküsü olanların sayısı ise 98 (%8.8) idi. Tablo 2'de örneklem grubuna ait bazı sosyodemografik bilgiler verilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Sosyodemografik özellikler

Özellik	(n)	%
Yaş Grupları		
18-24	222	19.9
25-34	321	8.7
35-44	235	21.0
45-54	203	18.2
55-65	136	12.2
Cinsiyet		
Kadın	618	55.3
Erkek	499	44.7
Medeni Durum		
Evli	870	77.9
Bekar	189	16.8
Ayrılmış/Dul/Boşanmış	58	5.3
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	68	6.1
Okuryazar	47	4.2
İlköğretim Mezunu	490	43.9
Lise Mezunu	382	34.2
Üniversite Mezunu	130	11.6
Gelir Düzeyi		
Düşük	185	16.6
Orta	690	61.7
Yüksek	242	21.7

İntihar Davranışı

İntihar Davranış Ölçeğine ait puanların ortalaması 3.00 ± 1.89 olarak bulundu. Ölçeği yanıtlayan ve örneklemem %7.87'sini oluşturan 88 kişiden 63'ünde (%71.5) intihar davranışı ölçeği puanı 3'ten küçüktü. 25 kişide (%28.5) ise intihar davranışı ölçeği puanı 3 ve 3'ten

büyük olup, bunların 17'si kadın (%68) ve 8'i erkekti (%32). İntihar davranışı oranı %2.23 olarak bulundu.

İntihar Davranışı Ölçeğinde dört soru sorulmuştu. Birinci soru yaşam boyu intihar planı ve girişimiyle ilgili olup geçmişe ait intihar davranışı öyküsünü araştırmaktaydı (Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz veya öldürmeye teşebbüs ettiğiniz oldu mu?). Bu sorunun seçenekleri, "Asla", "Bir kez", "Bazen", "Sıklıkla", "Çok sık" ve "Her zaman" idi. Yaşam boyu intihar planı ve girişimini saptayabilmek için olumlu seçenekler "Evet" ve olumsuz seçenekler ise "Hayır" olarak gruplandı. "Evet" yanıtı verenler kendi aralarında "Bir kez", "Bazen", "Sıklıkla", "Çok sık", "Her zaman" seçeneklerine göre sınıflandırıldı. Bu soruya "Evet" yanıtı veren kişilerin sayısı 40 olup örneklemem %3.58'ini oluşturuyordu. "Evet" yanıtı verenlerin 28'i kadın (%70) ve 12'si erkekti (%30). Bu kişilerin 25'i (%62.5) "Bir kez", 8'i (%20) "Bazen", 6'sı (%15) "Sıklıkla", 1'i (%2.5) "Çok sık" yanıtlarını vermişlerdi.

İntihar Davranışı Ölçeğinde ikinci soru son bir yıldaki intihar düşüncesini araştırmaktaydı (Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?). Son bir yıldaki intihar düşüncesini saptayabilmek için olumlu seçenekler "Evet" ve olumsuz seçenekler ise "Hayır" olarak gruplandı. "Evet" yanıtı verenler kendi aralarında "Bir kez", "Bazen", "Sıklıkla", "Çok sık" seçeneklerine göre sınıflandırıldı. Bu soruya "Evet" yanıtı veren kişilerin sayısı 16 olup örneklemem %1.43'ünü oluşturuyordu. "Evet" yanıtı verenlerin 13'ü kadın (%81.2) ve 3'ü erkekti (%18.8). Bu kişilerin 12'si (%75) "Bir kez", 3'ü (%18.8) "Bazen", 1'i (%6.2) "Sıklıkla" yanıtlarını vermişlerdi.

İntihar Davranışı Ölçeğindeki üçüncü soru intihar tehdidi ile ilgili olup, "Evet" ve "Hayır" seçeneklerini içeriyordu (Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?). Bu soruya "Evet" yanıtı veren kişilerin sayısı 23 olup örneklemem %2.05'ini oluşturuyordu. "Evet" yanıtı verenlerin 17'si kadın (%74) ve 6'sı erkekti (%26).

İntihar Davranışı Ölçeğindeki dördüncü soru intiharın tekrar edilebilirliği ile ilgili olup, beş seçenek içeriyordu (Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?). Olumlu seçenekler "Evet" ve olumsuz seçenekler ise "Hayır" olarak gruplandı. "Evet" yanıtı verenler kendi

aralarında, “Şu anda düşünmüyorum, ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem”, “Belki”, “Mutlaka”, “Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var” seçeneklerine göre sınıflandırıldı. “Evet” yanıtı veren kişilerin sayısı 88 olup örneklemin %7.87’sini oluşturuyordu. “Evet” yanıtı verenlerin 52’si kadın (%59) ve 36’sı erkekti (%41). Bu kişilerin 74’ü (%84) “Şu anda düşünmüyorum, ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem” ve 14’ü (%16) “Belki” yanıtlarını vermişlerdi.

İntihar Düşüncesi

Son bir haftadaki intihar düşüncesini sorgulayan İntihar Düşüncesi Ölçeğine ait puanların ortalamaları 7.21 ± 2.24 olarak bulundu (En düşük puan 3, en yüksek puan 16). Ölçeği yanıtlayan ve örneklemin %62.5’ini oluşturan 170 kişinin intihar düşüncesi ölçeği puanı 7’den küçük, 102 kişinin ise (%37.5) 7 ve 7’den büyüktü. İntihar düşüncesi ölçeği puanı 7 ve 7’den büyük olanların 65’i kadın (%63.8) ve 37’si erkekti (%36.2). Son bir haftadaki intihar düşüncesi oranı %9.13 bulundu.

İntihar Niyeti

Bu çalışmada intihar girişimi 16 kişide saptanmış olup, bu sayı örneklemin %1.43’ünü oluşturuyordu. İntihar girişimi olanların 12’si kadın (%75) ve 4’ü erkekti (%25). İntihar niyeti ölçeğini dolduran 16 kişinin en düşük puanı 1, en yüksek puanı ise 16 idi. İntihar Niyeti Ölçeğine ilişkin puanların ortalamaları 7.50 ± 3.44 bulundu. Bu bireylerin 9’unun (%56.2) puanları 7.5’in altında, 7’sinin (%43.8) puanı ise 7.5’in üzerindedi. İntihar niyeti oranı %0.62 olarak bulundu. İntihar Niyeti Ölçeği puanı 7.5’den büyük olanların beşi kadın (%71.4) ve ikisi erkekti (%28.6).

İntihar niyeti ölçeğini dolduran 16 kişiden 13’ü (%81.2) müdahaleye imkan olup olmadığını düşünmeden intihar girişiminde bulunduğunu, 11’i (%68) intihar girişimi için herhangi bir hazırlık yapmadığını, 10’u (%62.5) amacının temel olarak çevresini değiştirmek veya etkilemek olduğunu, 11’i (%68) girişimden önce herhangi bir not yazmadığını, 12’si (%75) girişimden sonra ölmek istemediğini, 9’u (%56.2) intihar girişiminde bulunmayı düşünmediğini, 13’ü (%81.2) intihar giri-

şiminden dolayı pişman olmadığını, 11’i (%68) ilk kez intihar girişiminde bulunduğunu, intihar girişiminde bulunanların tümü girişim sırasında alkol almadığını ve 11’i ise (%68) girişim sırasında ne yaptığını bilmeyecek düzeyde ilaç almış olduğunu bildirdi. İntihar davranışı yaygınlık oranları Tablo 3’de verilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların cinsiyetine göre intihar davranışlarının yaygınlık oranları

Yaygınlık	İntihar Davranışı (%)	İntihar Planı ve Girişimi (%)	İntihar Planı (%)	İntihar Girişimi (%)	İntihar Niyeti (%)
Yaşam boyu	2.23	3.58	1.43		0.62
Kadın	2.57	4.53	1.94		0.80
Erkek	1.60	2.40	0.80		0.40
Son Bir Yıl				1.43	
Kadın				2.10	
Erkek				0.60	
Son Bir Hafta				9.13	
Kadın				10.31	
Erkek				7.41	

Sosyodemografik verilerle intihar ölçekleri puanları arasındaki ilişki

Bireylerin yaş grupları, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, mesleği, aile tipi, sigara kullanma öyküsü, ailede intihar öyküsü gibi sosyodemografik verilerle İDÜÖ, İDAÖ, İNÖ puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). İDAÖ puanı (\pm SD), istemeden evlenenlerde (4.00 ± 1.87) isteyerek evlenenlere göre (2.69 ± 1.81), istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($t = 1.19$, $p < 0.05$). Evlenme yaşı ile İntihar Düşüncesi Ölçeği puanları arasında da olumsuz bir ilişki vardı ($r = -0.14$) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.05$). Evlenme yaşı yükseldiğinde İntihar Düşüncesi Ölçeği puanı düşmekteydi. Evlenme yaşı ile İntihar Davranışı Ölçeği puanları arasında olumsuz bir ilişki bulundu ($r = -0.24$) ve bu ilişki de istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$). Evlenme yaşı yükseldiğinde İntihar Davranışı Ölçeği puanı düşmekteydi. Ailesinde ruhsal hastalık olan bireylerin İDÜÖ puanları (7.88 ± 2.25), ailesinde ruhsal hastalık olmayanlarınkine göre (6.99 ± 2.19) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti ($t = 2.90$, $p < 0.05$). Alkol kullanım öyküsü olanların İDAÖ’i puanları (2.00 ± 1.94)

Tablo 4: İntihar ölçekleri puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki

Özellikler	İDUÖ*			İDAÖ**			İNÖ***		
	n	Ortalama±SS		n	Ortalama±SS		n	Ortalama±SS	
Yaş grupları									
18-24	57	7.50 ± 1.93	F= 0.93	30	2.73 ± 1.20	KW= 3.90	2	8.00 ± 0.00	p > 0.05
25-34	87	7.37 ± 2.53	p= 0.43	29	3.41 ± 2.02	p= 0.33	9	7.00 ± 3.96	****
35-44	58	6.86 ± 2.09		17	3.17 ± 2.74		-	-	
45-54	49	7.20 ± 2.19		10	2.50 ± 1.35		4	7.75 ± 3.77	
55-65	23	6.78 ± 2.19		1	1.00		1	1.00	
Cinsiyet									
Kadın	161	7.37 ± 2.25	t= 1.44	51	3.17 ± 1.77	t= 1.03	12	7.25 ± 3.72	p= 0.48
Erkek	113	6.98 ± 2.21	p= 0.56	36	2.75 ± 2.04	p= 0.31	4	8.25 ± 2.75	
Medeni Durum									
Bekar	61	7.47 ± 2.04	KW= 1.93	29	3.20 ± 1.95	t= 0.67	2	8.00	p > 0.05
Evli	204	7.15 ± 2.29	p= 0.78	57	2.91 ± 1.88	p= 0.55	13	7.69 ± 3.70	****
Ayrılmış/Dul/Boşanmış	9	6.77 ± 2.27		-	-		1	-	
Eğitim Düzeyi									
Okuryazar değil	20	7.85 ± 2.62	KW= 3.52	4	2.75 ± 2.21	KW= 3.77	1	9.00	p > 0.05
Okuryazar	15	7.26 ± 2.49	p= 0.38	2	1.50 ± 0.70	p= 0.39	1	4.00	****
İlköğretim mezunu	140	7.35 ± 2.26		48	3.16 ± 1.89		10	7.40 ± 4.06	
Lise mezunu	79	6.93 ± 2.18		28	2.85 ± 1.95		3	8.33 ± 2.51	
Üniversite mezunu	20	6.70 ± 1.50		5	3.00 ± 1.87		1	8.00	
Gelir Düzeyi									
Düşük	70	7.42 ± 2.34	F= 1.87	25	3.36 ± 2.09	KW= 2.97	3	7.33 ± 1.52	p= 0.93
Orta	162	7.27 ± 2.23	p= 0.10	55	2.98 ± 1.84	p= 0.61	13	7.53 ± 3.79	
Yüksek	42	6.61 ± 2.03		7	1.85 ± 1.06		-	-	
Evlenme Yaşı	274		r= - 0.14	57		r= - 0.24			r= 0.27
			p= 0.04			p= 0.04			p= 0.35
Evlilik Türü									
İsteyerek	39	7.53 ± 2.37	t= 1.19	9	4.00 ± 1.87	t= 1.19	3	7.00 ± 2.00	p= 0.93
İstemeyerek	74	7.05 ± 2.27	p= 0.18	49	2.69 ± 1.81	p= 0.04	11	7.54 ± 4.10	
Alkol Kullanımı Öyküsü									
Var	17	7.88 ± 2.47	t= 1.25	10	2.00 ± 1.94	p= 0.02	2	8.00 ± 2.82	p= 0.82
Yok	257	7.17 ± 2.22	p= 0.08	77	3.12 ± 1.85		14	7.42 ± 3.61	
Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü									
Var	69	7.88 ± 2.25	t= 2.90	32	2.90 ± 1.44	t= 0.65	7	6.14 ± 3.43	p= 0.19
Yok	205	6.99 ± 2.19	p= 0.00	55	3.05 ± 2.12	p= 0.51	9	8.55 ± 3.24	
Ailede İntihar Öyküsü									
Var	9	8.66 ± 3.00	p= 0.64	10	3.20 ± 1.98	p= 0.71	8	7.37 ± 4.44	p= 0.84
Yok	265	7.16 ± 2.20		77	2.97 ± 1.89		8	7.62 ± 2.32	

*İDUÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği, **İDAÖ: İntihar Davranış Ölçeği, ***İNÖ: İntihar Niyeti Ölçeği, **** sayı (n) 3 ve üçten az olduğu için kesin p değeri verilememektedir.

KW: Kruskal-Wallis testi, t: İki ortalama arasındaki farkın anlamlılığı testi, F: Varyans Analizi p: Mann-Whitney U testi, r: Korelasyon analizi

alkol kullanım öyküsü olmayanlarınkine göre (3.12±1.85) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p<0.05). İntihar ölçekleri puanları ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki Tablo 4'de verilmiştir (Tablo 4).

İntihar Girişimi Olgularında Psikiyatrik Tanı

İntihar girişiminde bulunmuş 16 kişinin 12'sine (%75) SCID-I ve SCID-II testleri uygulandı. 2 kişiye ulaşılamadı (%12.5), 2 kişi yeniden görüşmeyi kabul etmedi (%12.5). 6 kişide SCID-I ve SCID-II ile psikiyatrik bir

bozukluk saptanmadı. Üç kişiye major depresif bozukluk (%18.7), bir kişiye distimik bozukluk (%6.2), bir kişiye histriyonik kişilik bozukluğu (%6.2) ve bir kişiye ise (%6.2) hem şizofreni, hem de madde bağımlılığı tanısı kondu.

TARTIŞMA

Bildiğimiz kadarıyla, intihar davranışıyla ilgili genel nüfus çalışmalarında intihar davranış ölçeği ilk kez bizim çalışmamızda kullanılmıştır. Bu nedenle, bu ölçekten elde ettiğimiz intihar davranış oranlarını doğ-

rudan karşılaştırabileceğimiz bir çalışma bulunmamaktadır. Konuyla ilgili genel nüfus çalışmalarında sıklıkla parasuisid oranları bildirilmektedir. Parasuisid, 'ölme niyeti olsun ya da olmasın, ölümlerle sonuçlanmayan kendine zarar verici davranışlar' olarak tanımlanmaktadır. Bu geniş tanımlama içinde hem intihar girişimleri, hem de ölme niyeti olmaksızın kendine zarar verici davranışlar yer almaktadır (27). İntihar davranışı literatüründe bu iki kavram sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır. Kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi olarak etiketlenmekte, hiçbir zaman kendini öldürmeye kalkışmayan insanlar intihar girişimcileri sınıfına sokulmaktadır (28). Parasuisidin tanımlanmasıyla ilgili uyumsuzlukların olması nedeniyle çalışmalar arasında karşılaştırma yaparken dikkatli olunması gerektiği bildirilmektedir (29). Bu nedenlerden dolayı, elde ettiğimiz intihar davranışı oranlarını literatürdeki parasuisid oranlarıyla karşılaştırmayı uygun bulmadık. Çalışmamızda elde ettiğimiz intihar davranışı oranı %2.23 (kadınlarda %2.57, erkeklerde %1.60) idi.

İntihar düşüncesi oranları, diğer intihar davranışlarından farklı olarak ülkeden ülkeye geniş değişkenlikler göstermektedir (30). Genel nüfus çalışmalarında yaşam boyu intihar düşüncesi oranları %2.1-24 arasında bildirilmektedir (30-32). Kessler ve arkadaşlarının (7) çalışmasında yaşam boyu intihar düşüncesi yaygınlığı oranı %13.5, Weissman ve arkadaşlarının (30) çalışmasında ise aynı oran %2.09-18.51 arasında saptanmıştır. Genel nüfus çalışmalarında, son bir yıldaki intihar düşüncesi oranının %2-11 arasında olduğu bulunmuştur (30,32,33). Renberg (6), 1986 ve 1996 yıllarında olmak üzere iki kez posta yoluyla anket formu kullanarak, İsveç kuzeyinde genel nüfusu temsil eden bir örnekleme, 18-65 yaşları arasındaki yetişkinlerde son bir yıldaki intihar düşüncesi yaygınlığını 1986 yılında %12.5 ve 1996 yılında ise %8.6 oranında bulmuştur. Hintikka ve arkadaşları (33), Finlandiya genel nüfus örnekleminde telefon görüşmesi yoluyla son bir yıldaki intihar düşüncesi yaygınlığını kadınlarda %2.4 ve erkeklerde %2.3 oranında bildirmişlerdir. Madianos ve arkadaşları (34), Yunanistan genel nüfus örnekleminde yüz yüze görüşme yoluyla aynı oranı, kadınlarda %6.8-14.9 ve erkeklerde %2.8-6.4 olarak bulmuşlardır. Crosby ve arkadaşları (4) ise, telefon görüşmesi

yoluyla ABD'de ulusu temsil eden ev halkı örnekleminde son bir yıldaki intihar düşüncesi yaygınlığını %5.6 olarak saptamışlardır. Yüz yüze görüşme yoluyla yapılan diğer çalışmalarda da aynı oran %2.3-3.9 arasında bildirilmektedir (31,32). Türkiye'de, bildiğimiz kadarıyla intihar düşüncesi yaygınlığını genel nüfus örnekleminde araştıran tek bir çalışma bulunmaktadır. Deveci ve arkadaşlarına (35) ait olan bu çalışmada, Manisa il merkezinde 15-65 yaşları arasındaki 1086 kişilik bir örnekleme yüz yüze görüşme yoluyla intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %6.6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, son bir haftadaki intihar düşüncesi yaygınlık oranı (%9.13; erkeklerde %7.41, kadınlarda %10.31) hariç, gerek yaşam boyu intihar düşüncesi veya girişimi (%3.58; erkeklerde %2.40, kadınlarda %4.53), gerekse son bir yıldaki intihar düşüncesi (%1.43; erkeklerde %0.60, kadınlarda %2.10) yaygınlık oranları genel olarak batı ülkelerinde yapılan çalışmaların elde ettiği oranlara yakın olmakla birlikte daha düşüktür.

İntihar girişim oranları ülkelerin çoğunda daha tutarlı bir benzerlik göstermekte olup yaşam boyu intihar girişimi yaygınlık oranları %0.72-5.93 arasında değişmektedir (30). Görüşme temelinde yapılan genel nüfus çalışmalarında, yaşam boyu intihar girişimi oranı %0.7-10 arasında bildirilmektedir (30,31,33). Renberg'in (6) İsveç'te genel nüfusta yaptığı çalışmada, yaşam boyu intihar girişimi oranı 1986'da %2.6 ve 1996'da %2.7; Kessler ve arkadaşlarının (7) ABD'de ulusu temsil eden örnekleme yaptığı çalışmada, aynı oran %4.6 olarak bulunmuştur. WHO-EURO intihar davranışı çok merkezli çalışmasının Türkiye'nin Ankara ilinde 1998-2001 yıllarında yürütülen bölümünde, Özgüven ve Sayıl (11) intihar girişiminin yıllık hızını, ilk yıl 57.9/100000 ve dördüncü yılda 112.1/100000 olarak bildirmişler ve çalışmaya katılan diğer Avrupa araştırma merkezlerinin sonuçlarıyla kıyaslandığında intihar girişimi oranlarının Türkiye'de oldukça düşük olduğu, ancak artış hızının çarpıcı olduğu tespitinde bulunmuşlardır. Deveci ve arkadaşlarının (35) Manisa il merkezinde yaptıkları çalışmada yaşam boyu intihar girişiminin yaygınlığı %2.3 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda bulduğumuz yaşam boyu intihar girişim oranı (%1.43; erkeklerde %0.8, kadınlarda %1.94) batı ülkelerinde bulunan oran-

lara yakın olmasına karşın, yine de daha düşüktür.

İntihar davranışı, intihar düşüncesi ve intihar girişimi yaygınlık oranlarının çalışmamızda daha düşük bulunmasının nedenleri, çalışmalar arasında intihar davranışını tanımlamada ya da ölçmede farklı araçların kullanılması (anket formları, DIS, Genel Sağlık Anketi, intihar ölçekleri vb), farklı görüşme yöntemleri uygulanması (yüz yüze görüşme, telefon veya posta yolu ile bilgi toplama vb), örneklem büyüklüğündeki farklılıklar (bölgesel veya ulusal örneklem gibi), ülkeler arasında ruhsal bozukluk oranlarının, boşanma/ayrılma ve kültürel, dinsel özelliklerin farklılık göstermesiyle ilişkili olabilir. Dini inançlara sahip olmanın intihardan koruyucu bir etkisi bulunmaktadır (36). Müslüman toplumlarda intihar oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (37). Örneğin, 2005 yılında İran'da genel nüfusta yapılan bir çalışmada yaşam boyu intihar girişimi oranı %1.4 (erkeklerde %0.9, kadınlarda %2) olarak bulunmuştur (38). Aile içi bağlar, komşuluk ilişkileri ve toplumsal bağların kuvvetli olması da intihardan koruyucu bir etkiye sahiptir. Sivas ili geleneksel tutumların, aile içi bağlar, komşuluk ilişkileri ve toplumsal bağların güçlü olduğu bir şehirdir. Dolayısıyla bu etkenler de çalışmamızda intihar davranışı oranlarının düşük bulunmasını açıklamada katkı sağlayabilir.

Kessler ve arkadaşlarının (7) çalışmasında yaşam boyu intihar planı %3.9, Crosby ve arkadaşlarının (4) çalışmasında ise aynı oran %2.7 olarak bulunmuş olup, çalışmamızda elde edilen yaşam boyu intihar planı veya intihar girişimi yaygınlık oranına (%3.58; erkeklerde %2.40, kadınlarda %4.53) benzerdir. Çalışmamızda intihar niyeti ölçeği ile ölçülen intihar niyetinin yaşam boyu yaygınlık oranı %0.62 olup, erkeklerde aynı oran %0.40 ve kadınlarda ise %0.80 bulunmuştur. İntihar niyeti yaygınlığı oranıyla ilgili genel nüfus çalışmalarında, bildiğimiz kadarıyla herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Dolayısıyla, bu bulgumuzu diğer çalışmaların sonucuyla karşılaştırabilme olanağımız yoktur.

İntiharla ilgili genel nüfustaki epidemiyolojik çalışmalarda intihar davranışı veya parasuisid ile ilişkili tanımlanan en önemli risk etkenleri, genç yaşta olma ve kadın cinsiyetidir (31-33). Diğer risk etkenleri ise, bekar veya boşanmış olma, işsizlik, yaşam düzeninde yeni değişiklikler olması, ruhsal bozukluğun varlığı ve geç-

mişte intihar davranışı öyküsü bulunmasıdır (39). Türkiye'de yapılan intihar çalışmalarında, intihar girişimiyle ilgili risk etkenleri olarak, genç yaşta olma ve kadın cinsiyeti verilmektedir (11,12).

Çalışmamızda intihar davranışının yaygınlık oranı kadınlarda erkeklere göre daha yüksekti, ancak cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Alkol kullanımı öyküsü olanlarda, alkol kullanımı öyküsü olmayanlara göre intihar davranışı ölçeği puanları anlamlı şekilde daha yüksekti. Alkol kullanımı öyküsü olanlarda intihar davranışının daha yaygın olduğu bilinmekte olup bulgumuzla uyumludur (39-41). Çalışmamızdaki diğer bir bulgu, evlilik yaşı yükseldikçe intihar davranış ölçeği ve intihar düşünce ölçeği puanlarının anlamlı bir şekilde düşmesiydi. Evliliğin intihar davranışı için koruyucu etkisinin sosyal destek sistemi oluşturmaktan kaynaklandığı (42) ve uygun toplum ve aile desteğinin intihar davranışı riskini azalttığı bildirilmiştir (43). Genç yaşlarda evlenenlere göre evlilik yaşı yüksek olan kişiler, yaşam deneyimleri daha fazla olan, daha olgunlaşmış bireyler olabilirler. Bu da eş seçimi, evlilik ve yaşam sorunları karşısında bu kişilerin daha sağlıklı ve sağlıklı davranışlar göstermelerini sağlayabilir. Çalışmamızda, isteyerek evlenenlere göre istemeden evlenenlerin intihar davranış ölçeği puanı anlamlı şekilde daha yüksekti. Ülkemizde istemeden yapılan evliliklerin sık olarak görüldüğü dikkate alındığında, istemeden yapılan evliliklerin intihar davranışı için bir risk etkeni olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızdaki son anlamlı bulgu ise, ailesinde ruhsal bozukluk öyküsü bulunan kişilerde intihar düşünce ölçeği puanlarının yüksek bulunmasıdır. Bu durum, böyle hastalara sahip ailelerin daha fazla yaşam zorluklarıyla karşılaşmalarına bağlı olabilir. Vilhjalmsson ve arkadaşları (5), olumsuz beklentilere ve hislere yol açan yıkıcı deneyimlerin intihar düşüncelerini doğurduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlardan birincisi, Sivas ilinin sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin, Türkiye'nin tümünü temsil etmemesidir. İkincisi, bu çalışmada kullandığımız ölçekler, bildiğimiz kadarıyla, ilk kez bir genel nüfus çalışmasında kullanılmıştır. Üçüncü olarak, Sivas ilinin geleneksel değerlerin önemini koruduğu, az gelişmiş özelliklere sahip olması

intihara hoşgörüsüyle bakılmamasına, dolayısıyla intihar davranışlarıyla ilgili yaygınlık oranlarının gerçekte olduğundan daha düşük bildirilmesine neden olabilir. Bu nedenlerden dolayı, çalışma bulgularımızın ihtiyatla karşılanması gerekmektedir.

Sonuç olarak, intihar davranışını önleyebilmek için konuyla ilgili sağlıklı epidemiyolojik bilgi gerekmektedir. Genel nüfusta intiharla ilişkili risk etkenlerinin belirlenmesi, intiharı önlemeye yönelik halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Soc Sci Med* 2003; 56:1783-1788.
2. Szadoczky E, Vitrai J, Rihmer Z, Füredi J. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relation with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry* 2000; 15:343-347.
3. Tüzün B, Polat O, Vatansever S, Elmas I. Questioning the psychosocio-cultural factors that contribute to the cases of suicide attempts: an investigation. *Forensic Sci Int* 2000; 113:297-301.
4. Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ. Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29:131-139.
5. Vilhjalmsón R, Kristjansdóttir G, Sveinbjarnardóttir E. Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:97-103.
6. Renberg ES. Self-reported life -weariness, death - wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:429-436.
7. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psych* 1999; 56:617-626.
8. Bilici M, Bekaroglu M, Hocaoglu C, Gurpinar S, Soyulu C, Uluutku N. Incidence of completed and attempted suicide in Trabzon, Turkey. *Crisis* 2002; 23: 3-10.
9. Bekaroglu M, Bilici M, Hocaoglu C, Gürpınar S, Uluutku N. Trabzonda 1995 yılı intihar girişimi insidansı. *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11:95-102.
10. Bekaroglu M, Bilici M, Hocaoglu C, S Gürpınar, C Soyulu. Trabzonda 1995 yılı intihar insidansı. *Türk Psikiyatri Derg* 1999; 10:190-200.
11. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour. *Can J Psychiatry* 2003; 48:324-329.
12. Sayil I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO-EURO Multicentre Study on Suicidal behaviour. *Crisis* 2002; 23: 11-16.
13. Linehan M, Nielsen S. Assessment of suicide ideation and parasuicide: hopelessness and social desirability. *J Consult Clin Psychology* 1981; 49:773-775.
14. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tuzer T. İntihar Davranışı Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Kriz Dergisi* 1995; 3:223-225.
15. Beck AT, Schuyler D, Herman L. The prediction of suicide. First ed. Maryland: Charles Press Publishers,1974.
16. Dilbaz N, Bitlis V, Bayam G, Berksun O, Holat H, Tuzer T. İntihar Niyeti Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenilirliği. *3P Dergisi* 1995; 3:28-31.
17. Levine S, Ancill RJ, Roberts AP. Assessment of suicide risk by computer delivered self-rating questionnaire: preliminary findings. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80:216-220.
18. Akbıyık DI. Türkiye’de İntihar ile İlgili Çalışmalar: Yüzyılın Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, 2000.
19. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1:134-138.
20. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press, 1997.
21. Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M, Esen DA, Koroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkiye’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
22. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D. Development of a procedure for validating structured assessments of Axis-II: In Oldham JM (editor). *Personality disorders, ‘new perspectives in diagnosis’*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.

23. Spitzer RL. Psychiatric diagnoses are clinicians still necessary. *Compr Psychiatry* 1983; 24:399-411. 
24. Skodol AE, Rosnick L, Kellman D. Validating structured DSM-III-R personality disorder assessment with longitudinal data. *Am J Psychiatry* 1988; 145:1297-1299.
25. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S. Kişilik Bozuklukları için SCID-II görüşmesinin güvenilirliği. 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Ankara, 1992.
26. Çınar Z. 1990 Sivas il merkezinde yapılacak sağlık araştırmalarında kullanılmak üzere çeşitli sayı ve nitelikte örnekleme planının geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
27. Linehan MM. Behavioral treatments of suicidal behaviors: definitional obfuscation and treatment outcomes. *Ann NY Acad Sci* 1997; 836:302-328. 
28. Brent DA. Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987; 26:87-91. 
29. Bille-Brahe U, Schmidtke A, Kerkhof AJ. Background and introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis* 1992; 16:72-76. 
30. Weissmann MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine Countries. *Psychol Med* 1999; 29:9-17. 
31. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974; 124:460-469. 
32. Moscicki EK, O'Carroll P, Rae DS, Locke BZ, Roy A. Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale J Biol Med* 1988; 61:259-268.
33. Hintikka J, Viinamaki H, Tanskanen A, Kontula O, Koskela K. Suicidal ideation and parasuicide in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:23-27. 
34. Madianos MG, Madianou- Gefou D, Stefanis CN. Changes in suicidal behavior among nation - wide general population samples in Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 243:171-178. 
35. Deveci A, Taşkın EO, Dünder PE, Demet M, Kaya E, Özmen E, Dinç G. Manisa İl Merkezinde İntihar Düşüncesi ve İntihar Girişimlerinin Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:170-178.
36. Neeleman J. Suicide and suicidal behaviour. Groningen: Current Medical Literature, 2001.
37. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:536-542. 
38. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozart M, Noorbala AA, Malekafzali H, Davidian H, Naghavi H, Soori H, Yazdi SA. Suicidal attempt and psychiatric disorders in Iran. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:309-316. 
39. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psych Serv* 2001; 32:368-375.
40. Hjeltnelund H. Repetition of parasuicide: a predictive study. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26:395-404.
41. Rossow I, Wichstrom I. Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24:174-183.
42. Reynolds WM. Psychometric characteristics of the adult ideation questionnaire in college students. *J Pers Asses* 1991; 56:289-307. 
43. Schwab JJ, Warheit GJ, Holzer CE. Suicidal ideation and behavior in a general population. *Dis Nerv Syst* 1972; 33:745-748.