



T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**KIRIKKALE İLİNDE ÇOCUK YAŞ GRUBUNDA (11-19 YAŞ), ADLİ
VAKALAR İÇİNDE ÖZKIYIM OLAYLARININ YERİNİN SAPTANMASI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN MEVCUT BİLGİLERLE İRDELENMESİ**

Dr. Sevgi DOĞAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Selda Fatma BÜLBÜL

KIRIKKALE

2018

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**KIRIKKALE İLİNDE ÇOCUK YAŞ GRUBUNDA (11-19 YAŞ), ADLİ
VAKALAR İÇİNDE ÖZKIYIM OLAYLARININ YERİNİN SAPTANMASI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN MEVCUT BİLGİLERLE İRDELENMESİ**

**Dr. Sevgi DOĞAN
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Selda Fatma BÜLBÜL**

**KIRIKKALE
2018**

İÇİNDEKİLER

| | |
|----------------------------------------------------------------|-------------|
| İÇİNDEKİLER | i |
| TEŞEKKÜR | iii |
| ÖZET | v |
| ABSTRACT | viii |
| KISALTMALAR | xi |
| ŞEKİLLER | xii |
| TABLolar | xiii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. ŞİDDET KAVRAMI..... | 5 |
| 2.1.1. Köken..... | 5 |
| 2.1.2. Şiddetin Türleri..... | 6 |
| 2.1.3. Toplumsal Şiddet ve Öğeleri..... | 7 |
| 2.1.4. Geçici Şiddet Türleri..... | 7 |
| 2.2. ADLİ OLAY..... | 9 |
| 2.2.1. Tanım ve Sınıflandırması..... | 9 |
| 2.2.2. Adli Olaylar İçinde Özkıyımın Yeri..... | 10 |
| 2.3. ÖZKIYIM DAVRANIŞI..... | 10 |
| 2.3.1. Tanım..... | 11 |
| 2.3.2. Özkıyım davranışının sınıflandırılması..... | 12 |
| 2.3.3. Epidemiyoloji..... | 12 |
| 2.3.4. Özkıyım Davranışının Etyolojisi ve Risk Faktörleri..... | 16 |
| 2.4. ERGENLİK..... | 28 |
| 2.4.1. Erikson'un Kuramı..... | 28 |
| 2.4.2. Ergenlik Evreleri..... | 29 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.5. ERGENLİK VE ÖZKİYİM İLİŞKİSİ | 32 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 36 |
| 3.1. Etik Kurul Onayı..... | 36 |
| 3.2. Çalışmanın Hipotezi..... | 36 |
| 3.3. Çalışmanın Amacı..... | 36 |
| 3.4. Çalışmanın Tipi..... | 37 |
| 3.5. Çalışmanın Planı | 37 |
| 3.5.1. Araştırma Grubu..... | 37 |
| 3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması | 38 |
| 3.5.3. Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi | 38 |
| 4. BULGULAR | 41 |
| 4.1. Kırıkkale İli Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şubeden Alınan Verilerin Değerlendirilmesi . | 41 |
| 4.1.1. Sosyodemografik Özellikler..... | 41 |
| 4.1.2. Özkıyım Özellikleri..... | 43 |
| 4.1.3. Özkıyım Etki Eden Faktörler | 49 |
| 4.2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Verilerinin Değerlendirilmesi | 51 |
| 4.2.1. Sosyodemografik Özellikler..... | 51 |
| 4.2.2. Özkıyım Özellikleri..... | 52 |
| 4.2.3. Özkıyım Etki Eden Faktörler..... | 56 |
| 4.3. Kırıkkale İli ve KÜTF özkıyım olgularının karşılaştırılması | 63 |
| 5. TARTIŞMA..... | 65 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 92 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 95 |
| EKLER | 110 |
| EK-1 | 110 |

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca öncelikle bir kadın ve akademisyen olarak örnek aldığım; gerek mesleki gerekse insani açıdan kendisinden çok şey öğrendiğim; çalışmamız süresince yol gösterici fikirlerini, sabrını, yardımını, her konuda bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen; uzman olmamda ve bugünlere gelmemde büyük emeği olan değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Selda Fatma BÜLBÜL'e minnettarlığımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tanıştığımız günden beri birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, asistanlığım boyunca mesleki tecrübelerimin oluşmasında önemli katkıları bulunan, hiçbir zaman destek ve imkanlarını esirgemeyen, maddi ve manevi yaşadığım her zorlukta kendimi yanında bulduğum, iyi bir yol gösterici olan anabilim dalı başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Didem ALİEFENDİOĞLU'na minnettarlığımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki açıdan üzerimdeki emeklerini ödeyemeyeceğim ve her zaman saygıyla hatırlayacağım, beraber güzel anılar ve tecrübeler biriktirdiğim bölümümün değerli hocaları Sayın Prof. Dr. Hacer Fulya GÜLERMAN'a, Prof. Dr. Meryem ALBAYRAK'a, Prof. Dr. Banu ÇELİKEL ACAR'a, Prof. Dr. Ayça Törel Ergür'e, Doç. Dr. Dilek AZKUR'a, Doç. Dr. Nilüfer Güzoğlu'a, Yrd. Doç. Dr. Cihat ŞANLI'a, Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ALPCAN'a, Yrd. Doç. Dr. Serkan TURSUN'a teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum dönemlerde hem arkadaşlıklarından hem de sohbetlerinden büyük keyif aldığım, maddi ve manevi desteklerini yanımda hissettiğim sevgili arkadaşlarım Uzm. Dr. F. Nur ÖNCÜL'e, Dr. Ebubekir AKYÜZ'e, Uzm. Dr. Nagihan AKICI'ya, Uzm. Dr. Gözde AYDIN NARİN'e, Dr. Münevver GÜMÜŞSOY SANCAKTAR'a ve tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım. Asistanlık dönemi boyunca yardımlarını hiç esirgemeyen başta kliniğimizin sorumlu hemşiresi Elif Ateş olmak üzere tüm hemşirelerimize teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca emeklerini asla ödeyemeyeceğim, her zaman desteğini yanımda hissettiğim sevgili anneme, bu günlere gelmemde büyük emeği olan, ancak yakın zamanda aramızdan ayrılan sevgili rahmetli babama, zorlukların üstesinden gelmekte her zaman bir ekip olabilmeyi başaran, desteğini eksik etmeyen sevgili eşim Fahrettin DOĞAN'a ve biricik oğullarım Alper ve Tarık DOĞAN'a, bu çalışmada

olduğu gibi karşılaştığım tım zorluklarda yanımda olan can kardeşlerim Meral, Zuhul, Fatmagül ve Yasemin KURT'a minnettarlığımı ve teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

Doğan S. Kırıkkale İlinde çocuk yaş grubunda (11-19 yaş), adli vakalar içinde özkıyım olaylarının yerinin saptanması ve etkileyen faktörlerin mevcut bilgilerle irdelenmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2018.

Amaç:

Özkıyım, dünyada ölüm nedenleri arasında önemli bir orana sahip, evrensel bir sorundur. Özkıyım, toplumsal, sosyal, ruhsal, biyolojik, ekonomik ve kültürel etkileşimin olduğu karmaşık ve çok yönlü bir eylem biçimidir. Özkıyım girişimlerinde hem dünya genelinde hem de ülkemizde son dönemde gözle görülür bir artış yaşanmaktadır. Her yaş grubunda karşımıza çıkabilen özkıyım eylemi, ergenlik döneminde dıramatik bir artış göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, 2010-2015 yılları arasında Kırıkkale ili evreninde çocuk yaş grubunda meydana gelen özkıyım girişimlerinin nasıl bir seyir izlediği, bu olguların sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin, özkıyıma teşebbüste öne çıkan faktörlerin neler olduğunu belirlemektir.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmada, Kırıkkale İli Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şubesi'nden temin edilen 2010-2015 yılları arasında meydana gelen, 11-19 yaş aralığındaki özkıyım olguları retrospektif olarak incelenmiştir. Bu olgulara ait demografik, sosyokültürel, özkıyım şekli ve nedeni ile ilgili bilgiler alınarak değerlendirme yapılmıştır. Özkıyıma neden olan faktörleri ortaya kayabilmek amacıyla detaylı bilgi alabileceğimizi düşünerek Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine 2010-2015 yılları arasında başvuran 11-19 yaş aralığındaki tüm adli olgular içerisindeki özkıyım olguları da çalışmaya dahil edilmiştir. Bu olguların özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan 'Olgu Veri Formu' kullanılarak irdelenmiştir.

Bulgular:

Kırıkkale İlinde, 2010-2015 yılları arasında 11-19 yaş aralığında 529 olgu özkıyım girişiminde bulunmuştur. Bunlardan 3 tanesi özkıyım nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Aynı tarihler içinde hastanemize 95 özkıyım olgusunun başvurduğu saptanmıştır. İl geneli olguların 406'sı (%76) kız, 123'ü (%23.3) erkektir. Hem il geneli hem de hastane başvurularında en fazla olgunun 14-16 yaş aralığında (orta ergenlik döneminde) olduğu belirlendi.

Özkıyım olgularının büyük çoğunluğunun 14-16 yaş aralığındaki kız olgular (%58,2) olması, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İl geneli özkıyım girişimlerinin en fazla mart ayında; en az ise şubat ayında meydana geldiği, mevsimsel olarak en fazla ilkbahar aylarında, en az ise yaz aylarında meydana geldiği saptanmıştır. Günü saat dilimlerine ayırdığımızda hem il geneli hem de hastaneye başvuran özkıyım girişimlerinin en fazla 19-24 saatleri arasında gerçekleştiği tespit edildi. Özkıyım yerinin cinsiyete göre dağılımında hem il geneli hem de hastane olgularında her iki cinsiyette de özkıyımın daha çok evde meydana geldiği görülmektedir. Olgulardan 472'si ilaç alımı ile özkıyım girişiminde bulunmuştur. Özkıyım yönteminin cinsiyete göre dağılımında her iki cinsiyette de ilaç alımının en çok tercih edilen yöntem olduğu saptanmıştır. En sık tercih edilen ilaç grubu ise analjezik-antiinflamatuvar ilaçlardır. Özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımında kızlarda birinci sırada psikolojik sorunlar, ikinci sırada aile ile ilgili sorunlar yer almaktadır. Erkeklerde ise birinci sırada psikolojik sorunlar, ikinci sırada sevgili ile yaşanan sorunlar yer almaktadır. İstatistiksel olarak değerlendirme yapıldığında her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Olguların eğitim durumuna göre özkıyım nedenlerinin dağılımında okul ile ilgili problemlerin öğrenci olanlarda özkıyım nedeni olarak ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Bu dağılıma göre öğrenci olanlar ile okulu bırakmış olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Okulu bırakmış olanlarda ise psikolojik nedenler ilk sırada yer almaktadır. KÜTF özkıyım olgularının 43'ünde kronik bir hastalık öyküsü olduğu, bu olgulardan 41'inin psikiyatrik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Özkıyım olgularının 17'sinin daha önceden de özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Birden fazla özkıyım girişim öyküsünün olmasının, psikiyatrik hastalık varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Antidepresan ya da antipsikotik ilaç kullanan olguların özkıyım eylemi esnasında da

çoğunlukla bu ilaçları tercih ettikleri görülmektedir. Evde meydana gelen özkıyım olaylarında ise evde sık bulunan ilaçların daha çok içildiği belirlenmiştir.

Sonuç:

Kırıkkale İlinde ergen özkıyımları, adli olaylar içerisinde önemli bir yere sahiptir. Orta ergenlik dönemindeki kız çocuklar, özkıyım girişimi için en riskli grubu oluşturmaktadır. Okulun kapanma dönemine yakın ilkbahar ayları, Kırıkkale İlinde ergenlerde özkıyımın en fazla görüldüğü dönemdir. Psikolojik nedenler ve aile içi problemler, ergenleri özkıyımına sürükleyen en önemli faktörlerdir. Psikiyatrik hastalık varlığının KÜTF özkıyım olgularında yüksek olması ve birden fazla özkıyım girişiminin olması bu olguların psikiyatri bölümünde daha yakın takibe alınması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Özkıyım, Ergen, Kırıkkale İli, Özkıyım Girişimi, Özkıyım Şekli, Özkıyım Nedeni.

ABSTRACT

Doğan S. Determining the place of suicide events in criminal cases on the child age group (11-19 years old) in Kırıkkale province and investigation of the affecting factors with available information, Expertise Thesis, the Department of Child Health and Diseases at the Faculty of Medicine of Kırıkkale University, 2018.

Objective:

Having a crucial rate among the causes of death around the world, suicide is a universal problem. Suicide is a complicated and multi-directional form of action where social, spiritual, biological, economic, and cultural interactions are present. In recent years there is a clear increase in the suicide attempts either all over the world or in Turkey. Confronted by each group of age, the act of suicide dramatically increases in puberty.

The purpose of this study is to determine how suicide attempts were strikeout, the demographical and cultural features of these cases, and the prominent factors in suicide attempts in the adolescent group (11-19 years of age) in Kırıkkale province between the years 2010 and 2015.

Materials and methods:

The suicide cases between the 11-19 age range that has occurred between the years 2010 and 2015, provided from the Child Branch of the Provincial Security Directorate of Kırıkkale have been retrospectively examined. The information on the demographics, suicide forms, and suicide causes of these cases have been gathered and examined. The suicide cases in all the criminal cases between the ages of 11 and 19 having applied between 2010 and 2015 to the Hospital of the Faculty of Medicine at Kırıkkale University, having considered that we can get more detailed information in order to reveal the factors that lead to suicide. The features of these cases have been investigated by the 'Fact Data Form' prepared by the researchers.

Findings:

529 cases between the ages 11 and 19 from 2010 until 2015 in Kırıkkale province have attempted to suicide. 3 of them lost their lives due to suicide. It has been determined that 95 suicide cases applied to our hospital between the same dates. 406 (76%) of these

cases are female, while 123 (23,3%) of them are male, throughout the province. It has been determined that most cases that applied both to our hospital and throughout the province were between the ages of 14 and 16 (in the period of middle puberty).

It has been found statistically significant that the large part of the suicide cases were females (58.2%) between the ages of 14 and 16. It has been determined that most of the suicide attempts occurred in March; the least in February, and that, seasonally, the most of them in spring and the least in summer. When divided the day by hour periods, it has been found that most of the suicide attempts that applied both to our hospital and throughout the province occurred between 19:00 and 24:00. When divided the suicide location by sex, it has been seen that most of the attempts occurred at home for both of the sexes, for both throughout the province and hospital cases. 472 of the cases attempted suicide by taking medical drugs. It has been found that the most preferred suicide method was taking medical drugs in both categories when distributed by sex. The most preferred drug group were analgesic-anti-inflammatory drugs. The causes for suicide for females were psychological problems first, and family problems came later. For the causes for men, psychological problems were first, and problems with partners were second. When evaluated statistically, it has been seen that there is a significant difference between sexes. According to the educational status of the cases, it has been found that the problems with education were the secondary cause of suicide for students. By this distribution, it has been determined that there is a statistically significant difference between the students and the drop-outs. Psychological causes are prominent for the drop-outs. It has been found that there was a chronic disease story for 43 of the suicide cases in the Faculty of Medicine at Kırıkkale University and that 41 of these cases had psychiatric diseases. It has been detected that 17 of the suicide cases had attempted to suicide before. It has been found that there is a statistically significant relationship between the multiple suicide attempt stories and the existence of psychological problems. It has been seen that in the cases where people had been using antidepressant or anti-psychotic drugs chose these drugs when attempting suicide. It has been determined that drugs mostly available at homes were used in the suicide attempts that occurred at home.

Conclusion:

The teenager suicides in Kırkkale province have an importance among criminal cases. The females at mid-puberty period consist of the most risky group for the suicide attempts. The spring months are the months where the suicide in teenagers is seen mostly in Kırkkale province. Psychological causes and family problems are the most important factors that lead teenagers to suicide. The high rates of the existence of psychiatric diseases in the suicide cases and that there has been more than one suicide attempt reveal the necessity to closely follow these cases in the department of psychiatry.

Keywords: Suicide, Teenager, Kırkkale province, Suicide Attempt, Form of Suicide, Cause of Suicide.

KISALTMALAR

AIDS: Edinilmiş bağıklık eksikliği sendromu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACTH: Adenokortikotropik Hormon

BDNF: Beyin kaynaklı nöropeptik faktör

BDSÇT: Bilişsel davranışçı sorun çözme terapisi

COMT: Katekol-O-Metil-Transferaz

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GABA: Gamma-aminobütirik asit

HYPAC: Hipotalamo-pitüiter-adrenal aks

İOÖ: İntihar olasılığı ölçeği

KÜTF: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

MECA: Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder

MAO A: Monoamin Oksidaz A

SERT: Sodyum bağımlı seratonin taşıyıcı protein

TDK: Türk Dil Kurumu

TPH: Triptofan hidrosilaz

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TV: Televizyon

ŞEKİLLER

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Şekil 1: Dünyada özkıyım oranları haritası (Her 100.000 Kişide) | 14 |
| Şekil 2: Yaş grubu ve cinsiyete göre özkıyım oranı, 2015 | 16 |
| Şekil 3: Tez çalışmasının zaman çizelgesi..... | 40 |
| Şekil 4: Kırıkkale İli, 11-19 yaş aralığındaki adli olayların yıllara göre dağılımı..... | 41 |
| Şekil 5: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete göre dağılımı | 42 |
| Şekil 6: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yıllara ve cinsiyete göre dağılımı | 44 |
| Şekil 7: Kırıkkale ili özkıyım olgularının aylara göre dağılımı..... | 45 |
| Şekil 8: Kırıkkale ili özkıyım olgularının olay saatine göre dağılımı..... | 46 |
| Şekil 9: KÜTF özkıyım olgularının yıllara göre dağılımı | 52 |
| Şekil 10: KÜTF özkıyım olgularının aylara göre dağılımı..... | 53 |
| Şekil 11: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım saatine göre dağılımı | 54 |

TABLolar

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tablo 1: Kaba özkıyım hızının en yüksek ve en düşük olduğu ilk 5 il, 2015 | 15 |
| Tablo 2: Tanner Evrelemesi..... | 31 |
| Tablo 3: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yaş aralığına ve cinsiyete göre dağılımı | 42 |
| Tablo 4: Kırıkkale ili özkıyım olgularının eğitim durumuna ve yıllara göre dağılımı..... | 43 |
| Tablo 5: Kırıkkale ili özkıyım olgularının eğitim durumuna ve cinsiyete göre dağılımı..... | 43 |
| Tablo 6: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yaş aralığına ve yıllara göre dağılımı.. | 44 |
| Tablo 7: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımı. | 45 |
| Tablo 8: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve özkıyım saatine göre dağılımı..... | 46 |
| Tablo 9: Kırıkkale ili özkıyım olgularının özkıyım yerine ve cinsiyete göre dağılımı | 47 |
| Tablo 10: Kırıkkale ili özkıyım olgularının özkıyım yöntemi ve özkıyım yerine göre dağılımı..... | 48 |
| Tablo 11: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve özkıyım yöntemine göre dağılımı..... | 48 |
| Tablo 12: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yaş aralığına ve özkıyım yöntemine göre dağılımı | 49 |
| Tablo 13: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve özkıyım nedenlerine göre dağılımı..... | 50 |
| Tablo 14: Kırıkkale ili özkıyım olgularının eğitim durumuna ve özkıyım nedenlerine göre dağılımı..... | 50 |
| Tablo 15: KÜTF özkıyım olgularının yaş aralığına ve cinsiyete göre dağılımı..... | 51 |
| Tablo 16: KÜTF özkıyım olgularının yıllara dağılımı..... | 52 |
| Tablo 17: KÜTF özkıyım olgularının cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımı | 53 |
| Tablo 18: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım saatine ve cinsiyete göre dağılımı . | 54 |
| Tablo 19: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım yöntemine göre dağılımı | 55 |
| Tablo 20: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım yönteminin cinsiyete göre dağılımı | 56 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tablo 21: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım yöntemine ve yaş aralığına göre dağılımı..... | 56 |
| Tablo 22: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı | 57 |
| Tablo 23: KÜTF özkıyım olgularında özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı | 57 |
| Tablo 24: KÜTF özkıyım olgularında tanıli bir hastalık varlığının cinsiyete göre dağılımı..... | 58 |
| Tablo 25: KÜTF özkıyım olguları tanıli hastahklarının cinsiyete göre dağılımı ... | 59 |
| Tablo 26: KÜTF özkıyım olgularında tanıli bir hastalık varlığının yaş aralıklarına göre dağılımı | 59 |
| Tablo 27: KÜTF özkıyım olgularında psikiyatrik hastalık varlığının cinsiyete göre dağılımı..... | 60 |
| Tablo 28: KÜTF özkıyım olgularında özkıyım nedenlerinin psikiyatrik bir hastalık varlığına göre dağılımı..... | 60 |
| Tablo 29: KÜTF özkıyım olgularında psikiyatrik hastalık varlığına göre özkıyım yönteminin dağılımı | 61 |
| Tablo 30: KÜTF özkıyım olgularının önceki özkıyım öyküsünün psikiyatrik hastalık varlığına göre değerlendirilmesi..... | 61 |
| Tablo 31: KÜTF özkıyım olgularında ilaç kullanımının cinsiyete göre dağılımı... | 62 |
| Tablo 32: KÜTF özkıyım olgularında özkıyım için alınan ilaç türlerinin ilaç kullanımı öyküsüne göre karşılaştırılması | 62 |
| Tablo 33: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım anında aldıkları ilaç türleri | 63 |
| Tablo 34: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım anında aldıkları ilaçların özkıyım yerine göre dağılımı | 63 |
| Tablo 35: Kırıkkale İli ve KÜTF özkıyım olgularının karşılaştırılması | 64 |
| Tablo 36: Türkiye geneli ve il çapında özkıyım üzerine yapılan çalışmalar | 73 |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Özkıyım davranışı (suicidal behaviour) ‘bireyin ölmeye dair niyet ve isteğini’ (suicidal intent) barındıran özkıyım ile ilişkili tüm davranış ve düşünceleri kapsayan genel bir kavramdır (26). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında özkıyım eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendisine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (25). Sebepleri bakımından farklılıklar gösteren özkıyım eyleminin geçmişi tarihin ilk çağlarına kadar uzanmaktadır. Özkıyım; toplumsal nedenleri ve sonuçları açısından kişisel bir eylem biçimi olmakla birlikte, temelinde biyolojik, dinsel, töresel, ekonomik ve siyasal nedenler barındırmaktadır. Özkıyımı önlemek adına tüm dünyada çalışmalar yapılmakta, kamusal hizmet veren resmi kuruluşlar tarafından istatistiksel kayıtlar hazırlanmaktadır.

Ergenlerde özkıyım düşüncesi ve girişimi son yıllarda artış göstermiştir (29). Gelişmekte olan ülkelerde ergenlerde görülen özkıyım ile ilgili yaşam kaybı, kazalardan sonra en sık ikinci ölüm nedenidir (38). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, 15-24 yaşları arasındaki her 100.000 gençten 13’ü kendi yaşamlarına son vermektedir(10).

Ülkemizde 90’lı yılların sonlarında yıllık özkıyım olgularının sayısı yaklaşık 1800 iken, 2010 yılında bu sayının 2933 kişiye çıktığı rapor edilmiştir. Son 10 yılda Türkiye’de yaklaşık 27.500 kişi özkıyım sonucu hayatını kaybetmiştir (34). Özkıyım girişiminde bulunan bu kişiler yaş grubuna göre incelendiğinde, %34,3’ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmaktadır. Cinsiyete göre incelendiğinde, kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubunda bulunurken, erkeklerde ise bu oranın en yüksek %12,8 ile 20-24 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Ergenler arasında özkıyım düşüncesinin yıllık insidansı erkeklerde %2.3 ve kızlarda %6.0’dır (46).

Özkıyım davranışı her yaş grubunda görülmekle birlikte, gelişimsel faktörler çocuk ve ergenlerde özkıyım davranışının klinik görüntüsünü değiştirmektedir. Ergenlik öncesi özkıyım davranışı sıklığının daha seyrek olması çocukların bir özkıyım girişimini planlayıp gerçekleştirmelerini sağlayabilecek bilişsel matürasyonlarını tam kazanamamış olmaları ile açıklanmaktadır (47,48). Ergenlik döneminde bireyler bilişsel, bedensel ve psikolojik değişimler sonucunda toplumun beklentileri ile karşı karşıya kalırlar. Bir yandan çocukluk döneminden çıkmaya çalışırken karşılaştığı hızlı hormonal ve fiziksel değişimleri kabullenme çabaları, öte yandan toplumsal beklentiler,

ergenlerdeki değişimi zorunlu kılmaktadır. Bu durumda ergen kendi kimliğini yeniden tanımlayarak toplum içinde yer edinmeye çalışır (48,74).

Ergenlerde özkıyım davranışı için zemin hazırlayıcı faktörler yaşla birlikte değişmekte olup örneğin uyumsuz aile içi ilişkiler prepubertal dönemde bir etken iken ergenlik döneminde ebeveynlerle çatışma önemli bir etken haline gelmektedir (49,50,51). Ergenlerde özkıyıma yatkınlık kazandıran en önemli bireysel risk faktörleri; yaş, cinsiyet, önceki özkıyım girişimi, psikiyatrik hastalıklar, kronik ailesel güçlükler, homoseksüel ya da biseksüel cinsel yönelim ve etnisite iken; çevresel risk faktörleri arasında; stresli yaşam olayları, cinsel/fiziksel istismar, akademik sorunlar, fiziksel hastalık ya da yaralanma sonucu bozulmuş işlevsellik, yakın çevrede özkıyıma tanık olmak ve ölümcül silahlara kolay ulaşım yer almaktadır (26). Özkıyım riskini arttıran birçok psikiyatrik hastalığın ortaya çıkışı da geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde olmakta ve bu yaş grupları için bir risk faktörü olarak daha fazla önem taşımaktadır (52,53).

Araştırmanın birincil amacı Kırıkkale İlinde çocuk yaş grubunda meydana gelen adli olayların içerisinde özkıyımın yerini saptamaktır. Bu çalışmanın ikincil amacı ise, ergeni özkıyıma sürükleyen nedenleri elde edilecek verilerle belirlemek ve çözüm yolları üretmektir.

TANIMLAR

Şiddet:

Şiddet, sahip olunan gücün ve iktidarın, fiziksel ya da ruhsal bir yaralanmaya ve kayba neden olacak biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı yolla uygulanmasıdır (1). Genel anlamda şiddet, sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma anlamına gelmektedir (2). Bu bağlamda şiddet; bireyin kendisine ya da başkasına uyguladığı fiziksel, ruhsal, psikolojik, sosyal yada çevresel baskı ve zorlamadır.

Adli Olay:

Bireyin ruh veya beden sağlığını kendisinin ya da harici (bir başkasının) kasıtlı ya da tedbirsiz, dikkatsiz ve ihmalkar davranışı sonucunda bozulmasına ya da kaybetmesine sebebiyet veren her durum adli olay olarak değerlendirilmektedir (3,4). Adli olaylar kanunlarda açıkça suç olarak belirtilen fiil ve hareketlerin belirli bir zaman ve mekânda, kişiler tarafından gerçekleştirilmesiyle ortaya çıkar (5).

Özkıyım:

Özkıyım, bir insanın doğuracağı sonucu bilerek, müspet veya menfi bir eylemle, doğrudan veya dolaylı olarak kendi kendisini ölüme sürüklemesidir (6).

Tamamlanmış Özkıyım:

Açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek kişinin kendi hayatına son vermesidir (6).

Özkıyım Girişimi:

Açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek yapılan ve kişinin ölümü ile sonuçlanmayan kendine zarar verme eylemidir (6).

Adölesan:

Fransızca bir kelime olan “adolescent” sözcüğünden dilimize çevrilmiştir. "Bülüğ çağına ermiş genç" anlamına gelmektedir. Fransızca sözcük, Latince bir kelime

olan adolescens “büyümekte olan” sözcüğünden alıntıdır. Bu sözcük Latince adolescere, adult "büyümek, yetişmek" filinden türetilmiştir (7).

Ergen:

Fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, hızlı fiziksel ve sosyal değişimlerle karakterize çocukluk döneminden erişkin hayata geçiş dönemidir (8). Cinsel organların fizyolojik gelişmesiyle başlayan, bülüğa ermişlikle yetişkinlik arasındaki dönem, yeni yetmelik olarak tanımlanmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu dönem 10-19 yaş aralığını kapsamaktadır (10).



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİDDET KAVRAMI

“Şiddet” kavramı insanlık tarihinin başlangıcından beri her dönemde etkili olmuş bir eylemler bütünüdür. Şiddet kavramı her çağda farklı şekillere bürünmüş, bazen açık bazen de gizli olarak insanların hayatlarını, düşüncelerini, bedenlerini etkilemiştir. Uygarlık geliştikçe şiddetin azalması beklenirken, artarak daha büyük kitleleri etkisi altına alması nedeniyle; hukuk, siyaset, psikoloji, antropoloji, sosyoloji gibi bir çok bilim dalı “şiddeti” ana konu başlıkları arasına almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti; “Bireyin kendisine, başkasına, belirli bir topluluk veya gruba yönelik yaralama, ölüm, fiziksel ve duygusal zarar verme, bazı gelişim bozuklukları veya yoksunluklar ile sonuçlanabilen, tehdit ya da fiziksel güç kullanma” olarak tanımlamaktadır (1).

Canlıların, kendi doğal yapısına uymayan bazı kısıtlamalara tepki gösterdiği, bu tepkiyi ortaya koyarken bilinçli ya da bilinçsiz, fiziksel ya da ruhsal şiddet kullanmak durumunda kaldığı ifade edilmiştir (11). Evrimsel süreçte insanın; sevgi, merhamet, şehvet, öfke, kızgınlık, pişmanlık gibi değişime uğramayan duyguları bulunmaktadır. İnsanın da içgüdüsel olarak şiddete eğilimi vardır. Şiddete sebep olan duyguların insanoğlunun en ilkel atalarından miras kaldığı söylenebilir (12). Bu nedenle şiddeti tamamen ortadan kaldırmak mümkün görünmemektedir.

Şiddet, hangi türde olursa olsun sosyal ve hukuksal bir suçtur. Temelinde güç dengesizliğini barındırır. Bireyin sağlığını, yaşamını ve insan haklarını tehdit etmekle beraber sosyo-ekonomik kayıplara, ruhsal semptomların ortaya çıkışına da neden olur (13).

2.1.1. Köken

Türk Dil Kurumu'nun (TDK) sözlüğünde şiddet; 1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik. 2. Karşıt görüşte olanlara, inandırma veya uzlaşma yerine kaba kuvvet kullanma şeklinde tanımlanmaktadır (2). Şiddet, Arapça kökenli bir kelimedir. “*Peklik*”, “*sertlik*”, “*sıklık*” anlamları bulunmaktadır (14).

İngilizce'de “*violence*” sözcüğünün Latince “*violentus*” ve “*violare*”den gelmektedir. Bunlardan ilki “*violentus*” cebri, kuvvetli, hiddetli, sert, zorlu, taşkın anlamları taşıırken ikincisi olan “*violare*” ;incitmek, zarar vermek, bozmak, lekelemek, tecavüz etmek, zorlamak, çiğnemek, ihlal etmek anlamlarına gelip “*yapılan şeyi*” vurgulamaktadır. Şiddetin eski Yunanca'sına bakıldığında, “*bia*” sözcüğünün kullanımının da bu etimolojiye paralel bir kökte yer aldığı görülmektedir. Şiddetin Yunanca karşılığında da kökensel olarak kuvvet ve ihlal anlamlarının var olduğu söylenmektedir (7).

2.1.2. Şiddetin Türleri

"Historie de la violence" başlıklı çok kapsamlı bir incelemenin yazarı olan Fransız araştırmacı Jean-Claude Chesnais'in (1981) uluslar arası polis örgütü Interpol'un sınıflandırmasını esas aldığı tipolojisinde şiddeti genel itibariyle iki başlık altında toplanmıştır;

Özel şiddet

1- Cürümsel şiddet

a) Ölümle sonuçlanan şiddet: Cinayetler, suikastlar, zehirlemeler, (ebeveyn ya da çocuk öldürmeleri de dahil), idamlar vb.

b) Bedensel şiddet: Bilerek darbe ve yaralamalar

c) Cinsel şiddet: Irza geçmeler

2- Cürümsel olmayan şiddet

a) Özkıyım (özkıyım ve özkıyım teşebbüsleri)

b) Kaza (trafik kazaları da dahil)

Kolektif şiddet

1- Vatandaşların iktidara karşı şiddetidir; terör, grevler ve ihtilaller

2- İktidarın vatandaşlara karşı şiddetidir; devlet terörü ve endüstriyel şiddet

3- Savaş

2.1.3. Toplumsal Şiddet ve Öğeleri

Toplumsal düzenin bozulmasına yol açan tüm anti - sosyal davranışlar "sosyal şiddet" kavramının içerisinde kabul edilmektedir. Sosyal şiddet olgusunun içinde, terör, özkıyım, adam öldürme, suikastlar, adam kaçırma, fidye isteme, rehine alıkoyma, yakma-yıkma, tahrip, sözlü ve yazılı protestolar, top yekun çatışma, ayaklanmalar, ırk – mezhep kavgaları ve ayrıcalıklı eylem biçimleri sayılabilir (15). Dünya çapında 49 farklı toplum üzerinde yürütülen bir araştırmada sosyal şiddet ve anti-sosyal davranışın ortak bir tablosu oluşturulmaya çalışılmıştır. Sosyal şiddete neden olan yedi unsur belirlenmiştir (15);

- 1- Ferdi gelir eşitsizliği
- 2- Siyasi şiddet
- 3- Bolluk
- 4- Sosyal hareketlilik
- 5- Sosyo - kültürel değişkenlik
- 6- Sosyal değişme oranı
- 7- Nüfus büyüklüğü

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan, fakat henüz yapıcı ve yaratıcı hedeflere yöneltilmemiş sosyal enerji farklı şekillerde geçici şiddet türlerine neden olmaktadır (16). Bu şiddet biçimleri kalıcı bir şiddet kültürünün oluşmasına, şiddetin yapılaşmasına neden olmaktadır.

2.1.4. Geçici Şiddet Türleri

1- Kendine karşı şiddet: Özkıyım olayları, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı giderek artmaktadır.

2- Aile içi şiddet: Kadın ve çocukların dayak yemesi her kültürde karşımıza çıkan gelenekselleştirilmiş bir şiddet türüdür. Etkileyen faktörler olarak; eğitimsizlik, işsizlik, kültürel çatışma, küçük yaşta evlenme sayılabilir. Günümüzde kadınların aile içi maruz kaldığı şiddetin boyutu giderek artmaktadır. Hergün gazetelerde ya da televizyonda kocası tarafından öldürülen bir kadın haberine rastlamak mümkündür.

Dayak, erkeklerin kadınlar ve gençler üzerindeki baskı aracıdır. Kültürel olarak en yaygın üstünlük aracıdır. Birçok bireye göre de aile içi şiddet; öğrenilen, diğer sosyal ortam ve ilişkilerde uygulanan temel bir sosyalleşme aracıdır.

3- Kan davası: Kuşaklardan beri devam eden "belirli diğerlerine" karşı duyulan nefret ile grup dayanışmasını ayakta tutan kültürel bir şiddet biçimidir.

4- Namus cinayetleri: Kültürel olarak onay gören, geleneği bozan aile bireylerine ve özellikle kadınlara yönelik bir şiddet eylemidir.

5- Trafik kazaları: Ülkemizde trafik kazaları kitlesel katliam boyutlarına ulaşmıştır. Trafik kazaları her geçen gün daha da artmakta, bu durum önlenememektedir. Araba sürmek, bir ulaşım olgusu olduğu kadar, rakiplerine üstün gelme fırsatı sağlayan bir yarış olarak algılanmaktadır. Bundan dolayı da trafik kurallarının çiğnenebilir olduğu düşünülmektedir.

6- Adak ve kurban teşhiri, zorla bekaret kontrolleri, dövüşme, kaba güç gibi bazı erkeklik özelliklerinin abartılması ile ortaya çıkan şiddet olguları da bulunmaktadır.

Şiddet kavramı ana özellikleri ne olursa olsun, zamana ve topluma göre değişir. Şiddet olgusu birçok toplumsal sorunun da kaynağını teşkil eder. Şiddetin temelinde yer alan saldırganlık güdüsü de değişik biçimlere bürünebilecek bir davranıştır. Yukarıdaki sınıflamalar da bu nedenle ortaya çıkarılmıştır. Saldırganlığın temelinde ve gelişiminde hangi tür kişilik özelliklerinin, hangi tür toplumsal ve çevresel etmenlerle etkileşime girdiğini incelemek oldukça güçtür. Ancak bilinen odur ki, diğer tüm insan davranışlarında olduğu gibi, insandaki saldırganlık ve bunun şiddete dönüşmesi, kişinin psikolojik ve toplumsal gelişiminin, nörolojik ve hormonal yapısının etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır (17). Bazı sosyal öğrenme kuramlarına ve sosyalleşme sürecinin ilk aşamalarına göre çocuklar bazı durumlarda nasıl davranacaklarını çevresindekileri gözlemleyerek ve onları taklit ederek belirlerler (18). Buna göre saldırganlık kadar saldırgan olmama davranışı da öğrenilebilir bir davranıştır. İletişim teknolojisindeki hızlı gelişmeler sonucunda kitle iletişim araçlarının çok yaygın olarak kullanılması, kitle iletişim araçlarının toplumları etkisi altına alması bu konuyu daha fazla ön plana çıkarmaktadır. Örneğin özellikle kadın bedeninin reklamlar ve diğer pornografik mesajlar yoluyla topluma sunulması, hem erkeğin kadına bakış açısını, hem de kadının

kendine bakış açısını olumsuz olarak etkileyebilmekte, bu durumun içselleştirilmesine neden olabilmektedir (19). Toplumsallaşma süreci çerçevesinde gerek çocukluk döneminde, gerekse yetişkinlik döneminde kitle iletişim araçlarının etkisiyle kolay öğrenilebilen saldırganlık davranışlarının ortaya çıkması kadar, bunun yol açtığı çatışmaların çözülmesi de önemlidir (20).

2.2. ADLİ OLAY

2.2.1. Tanım ve Sınıflandırması

Bireyin ruh veya beden sağlığını kendisinin ya da harici (bir başkasının) kasıtlı ya da tedbirsiz, dikkatsiz ve ihmalkar davranışı sonucunda bozulmasına ya da kaybetmesine sebebiyet veren her durum adli vaka olarak değerlendirilmektedir (3,4,5).

Adli olaylar kanunlarda açıkça suç olarak belirtilen fiil ve hareketlerin belirli bir zaman ve mekânda, kişiler tarafından gerçekleştirilmesiyle ortaya çıkar (5).

Hastanelerin acil servislerine veya sağlık ocaklarına müracaat eden darp, trafik kazası, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanması, her türlü alet yaralanması, yanık, elektrik çarpması, asfiksi, işkence ve kötü muamele, çocuk istismarı, düşme ve diğer yaralanmalar, zehirlenmeler, özkıyım girişimleri gibi tüm olgular adli olgu niteliği taşımaktadır (3).

Acil servise veya sağlık ocağına müracaat eden aşağıda verilmiş olgular adli olgu olarak değerlendirilmelidir (5,21);

- Her türlü ateşli silah ve patlayıcı madde ile olan yaralanmalar
- Her türlü kesici-delici ve ezici alet yaralanmaları
- Motorlu taşıt yaralanmaları
- Düşmeler, darp olguları ve iş kazaları
- İntoksikasyonlar (ilaç, insektisit, boğucu gazlar)
- Yangın sonucu oluşan yaralanmalar (alev, kızgın cisim, yakıcı-aşındırıcı madde)
- Elektrik ve yıldırım çarpmaları
- Sindirim kanalına oral veya anal yoldan yabancı madde girmesi
- Mekanik asfiksi olguları
 - tıkama, tıkanma

- bası, elle veya iple boğulma
- karın - göğüs tazyiki
- diri gömülme
- suda boğulma
- İşkence iddiaları
- İhmal, istismar ve aile içi şiddet
- Her türlü özkıyım girişimleri
- Şüpheli ölümler
- Cinsel saldırı
- Bağımlılık yapan maddelerin kötüye kullanımı
- Tüm cinayet, özkıyım, kaza orijinli olduğundan kuşkulanılan ölümler (şüpheli ölümler)

2.2.2. Adli Olaylar İçinde Özkıyımın Yeri

Her yaş grubunda karşılaştığımız özkıyım girişimleri adli olaylar içinde önemli bir yere sahiptir. Adli olay olarak kabul edilen özkıyım, hekime başvurulduğu andan itibaren dikkatli bir şekilde takip edilmelidir. Adli olgu dosyası açıldıktan sonra hekim hastanın hayati tehlikesi olup olmadığına dair geçici bir rapor düzenler. Eğer hayati tehlike yoksa, acil servisin nöbetçi polis memuru tarafından, olayın olduğu bölgenin nöbetçi polis ekibine haber verilir, ekip doktordan izin alarak hastadan ifade alır. Bu ifadede önemli görülen noktalar varsa Cumhuriyet Savcısına haber verilir. Eğer hayati tehlike varsa hem bölge karakoluna, hem de Cumhuriyet Savcısına haber verilir, ifade almaya görevli ekip yanında Cumhuriyet Savcısı da gelir. Hasta, bir hekim tarafından hayati tehlikesi bir ikinci raporla kaldırılmadıkça acil servisten kendi isteği ile ayrılamaz. Habersiz ayrılırsa, polis ekipleri tarafından servise geri getirilir.

2.3. ÖZKIYIM DAVRANIŞI

Özkıyım davranışı bireyin öz benliğine yöneltilmiş bir şiddet türü olup kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir (22). En geniş anlamda özkıyım, bir insanın doğuracağı sonucu bilerek, müspet veya menfi bir eylemle, doğrudan veya dolaylı olarak kendi kendisini ölüme sürüklemesi şeklinde ifade edilmektedir (6). Özkıyım

uzun zamandır toplum ruh sağlığı alanındaki çalışmaların ilgi odağı olmuş; toplumsal, sosyal, ruhsal, biyolojik, ekonomik ve kültürel çok yönlü bir olgudur (23). Özkıyım, hemen her ülkede ölüm nedenleri arasında önemli bir orana sahip, evrensel bir sorundur. Bir yönden (biyolojik ve psikolojik) sağlıklı olmayan bir ruh yapısının ürünü, diğer yönden de (sosyolojik) tipik bir sosyal olay sayılması mümkündür (24).

2.3.1. Tanım

Suicide (zkıyım) kavramının ortaya çıkışı oldukça yeni sayılır. Latin kökenli kelimelerden oluşmasına rağmen, Latince değildir. İngilizce’de “suicide” olarak ilk kullanım tarihi 1662’dir. Ortaçağda Latince’de “*sui homicido*” ya da “*sui ipisus homicidum*” deyimleri kullanılmıştır. Dilimizde ilk kez Tanzimat döneminde, Türkçe’ye çevrilen eserlerde “*kendini öldürme*”nin yerine “*intihar*” kelimesi kullanılmıştır. Bu kelime Arapça’da “*kurban*” anlamına gelen “*nahr*” kelimesinden türemiştir. Türk dil kurumu intihar yerine “*z-kıyım*” ya da “*ze-kıyım*” kelimesinin kullanılmasını önermektedir (2). Dünya Sağlık rgt (DSÖ) 1974 yılında özkıyım eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (25).

Özkıyım davranışı (suicidal behaviour) ‘bireyin ölmeye dair niyet ve isteğini’ (suicidal intent) barındıran özkıyıma ilişkin tüm davranış ve düşünceleri kapsayan genel bir kavramdır. Kendisine zarar verme davranışı (non-suicidal self-injury) ise; ölme niyeti ve isteği olmadan çoğunlukla var olan distresi azaltmak ve affekt regülasyonunu sağlamaya yönelik kendisini kesme, yakma vb. şeklinde ortaya çıkan davranışlardır. Özkıyım davranışını kendisini yaralama davranışından ayıran en önemli fark, kişinin bu davranışına ‘lm niyetinin’ eşlik ediyor olmasıdır (26).

Özkıyım davranışını tanımlarken üzerinde durulması gereken üç temel unsur vardır. Birincisi kişinin kendisini öldürmek isteyip istemediği ile ilgili durumu ifade eden ‘*zkıyım niyetidir*’. Kişinin yaşamına son vermeye yönelik yaptığı davranışa kendisini öldürme niyeti eşlik ediyorsa, bu eylem özkıyım olarak adlandırılabilir. İkinci temel unsur, kişinin kendisini öldürmek amacı ile bir ‘*eylemde*’ bulunmuş olmasıdır. Burada unutulmaması gereken bazen eylemsizlik halinin de özkıyım davranışı ile ilişkilendirilebileceğidir (ciddi bir hastalığı olan kişinin sağaltımı için alması gereken ilaçları almayı reddetmesi gibi). Özkıyım davranışının tanımındaki bir diğer nokta ise

kişinin bu davranışı bilerek ve isteyerek yaptığını gösteren '*kendisini öldürme güdüsüdür*'. Ancak burada da, bütünüyle bilinç düzeyinde gerçekleşen bir eylem olarak varsayılan özkıyım davranışında rol oynayan bilinç dışı süreçlerin etkisini unutmamak gerekir (27).

2.3.2. Özkıyım davranışının sınıflandırılması

Tamamlanmış özkıyım (*completed suicide*): Açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek kişinin kendi hayatına son vermesidir.

Özkıyım girişimi (*suicide attempt*): Açık ya da gizli bir biçimde ölme niyeti güderek yapılan ve kişinin ölümü ile sonuçlanmayan kendine zarar verme eylemidir.

Özkıyım planı (*suicide plan*): Ölme niyeti güderek kişinin kendisini öldürmek amacı ile özgül bir yöntem planlamasıdır.

Özkıyım düşüncesi (*suicide ideation*): Eylemin eşlik etmediği, kişinin kendisini öldürmek istemesiyle ilişkili niyet ve planın derecesine göre değişen aktif ya da pasif ölüm düşünceleridir (28).

2.3.3. Epidemiyoloji

Ergenlerde özkıyım düşüncesi ve girişimi son yıllarda artış göstermiştir (29). Her yaş grubunda özkıyım eylemi görülmekteyse de 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı bildirilmektedir (30). Ergenlik dönemiyle birlikte kızlarda özkıyım düşünce ve girişimleri erkeklere oranla daha fazladır. Tamamlanmış özkıyım eylemi ise erkeklerde daha çok görülmektedir (31). 513.188 ergeni kapsayan ve 128 çalışmanın gözden geçirildiği bir metaanalizde, ergenlerde yaşam boyu özkıyım düşünce oranı %29.9, özkıyım girişim oranı ise %9.7 olarak bildirilmiştir (32).

Amerika'da lise öğrencilerinde yapılan ulusal bir çalışmada son 1 yıl içinde ergenlerde özkıyım düşüncesi oranı % 15.8, özkıyım planı yapma oranı %12.8 ve girişim oranı %7.8 olarak belirtilmiştir (33).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, 1998-2002 yılları arasında, özkıyım girişim hızının %93.59 oranında arttığı ve girişimde bulunanların büyük çoğunluğunu 15-19 yaş arasındaki gençlerin oluşturduğu bildirilmiştir (29). İstatistiklere bakıldığında

90'lı yılların sonlarında yıllık özkıyım olgularının sayısı yaklaşık 1800 iken, 2010 yılında bu sayının 2933 kişiye çıktığı rapor edilmiştir. Son 10 yılda Türkiye'de yaklaşık 27.500 kişi özkıyım sonucu hayatını kaybetmiştir (34).

Payıcı ve arkadaşları tarafından 2352 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada; özkıyım düşüncesi oranı %22.4, özkıyım planı yapma oranı %14.1, özkıyım girişimi oranı ise %6.2 olarak bulunmuştur (35). Eskin ve arkadaşlarının 2007 yılında, 805 lise öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, özkıyım düşünce oranını %23, özkıyım girişim oranını ise %2.5 olarak bildirmişlerdir (36). Yine ülkemizde 16-22 yaş arası 636 öğrenci ile yapılan bir başka çalışmada ise özkıyım düşünce oranı % 11.4, girişim oranı ise %7.1 olarak bildirilmiştir (37).

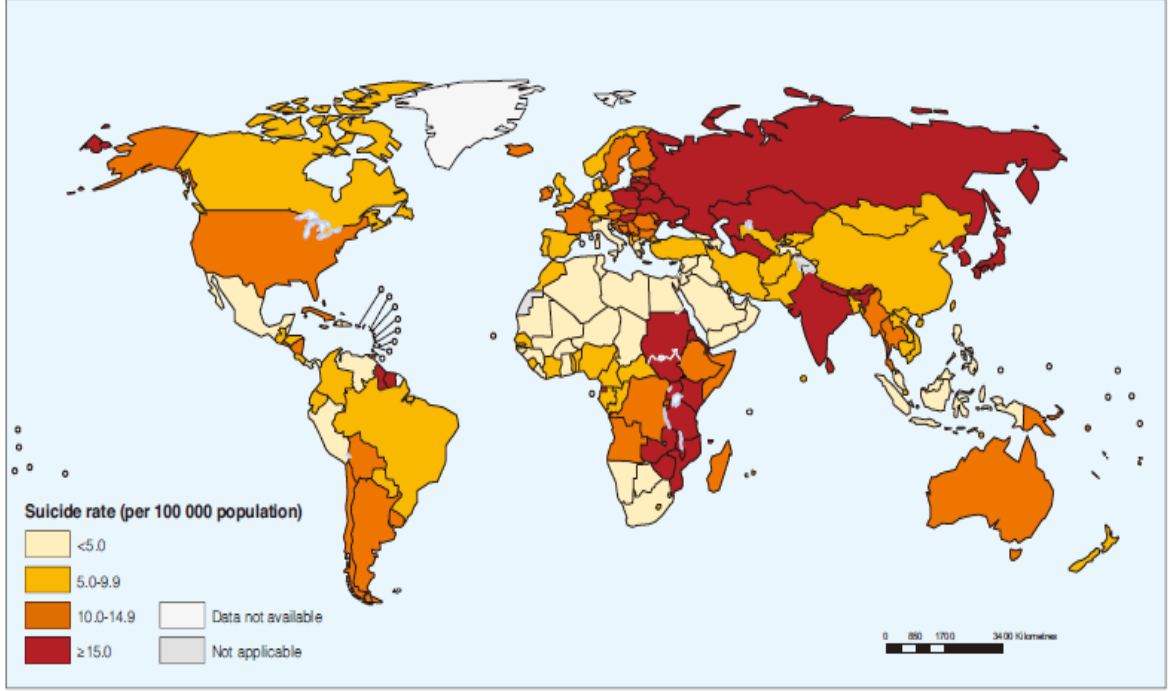
2.3.3.1. Dünyada Özkıyım

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen 10 nedeninden birisi özkıyımdır. Dünyada 2000 yılı itibarıyla 815.000 kişi özkıyım nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Özkıyım girişimleri ise bu oranın 10-20 katı olarak ifade edilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde ergenlerde görülen özkıyıma bağlı yaşam kaybı, kazalardan sonra en sık ikinci ölüm nedenidir (38). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 15-24 yaşları arasındaki her 100.000 gençten 13'ü kendi yaşamlarına son vermektedir (10). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) özkıyım, ölüm nedenleri arasında sekizinci sıradadır ve yaklaşık olarak yılda 30.000 ölümden sorumludur. Özkıyım oranı ABD'de yıllık 11/100.000' dir. Bu tüm ölümlerin % 1,4' ünü oluşturmaktadır (39). Her gün 1500'den fazla Amerikalı özkıyım girişiminde bulunmaktadır ve yaklaşık 86'sı ölümlle sonuçlanmaktadır. Bu oran 15-24 yaş grubu arasında ise kazalar ve cinayetlerin ardından üçüncü sırada ölüm nedeni olarak sayılmaktadır (40). ABD'de ergenlerin %3'ünde mevcut özkıyım düşüncesi ve %19'unda ise hayatlarının bir döneminde özkıyım düşüncesi olduğu saptanmıştır. MECA (Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder) çalışmasında 9-17 yaş arası çocuk ve ergenlerin %5,2'sinde özkıyım düşüncesi ve %3,3'ünde geçmiş özkıyım girişimi olduğu saptanmıştır (41).

DSÖ; kaydedilmiş 2012 verilerine göre 2014 yılında dünyadaki özkıyım hakkında bir harita yayınlamıştır. Bu harita özkıyımın ciddi boyutlarda olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Şekil 1: Dünyada özkıyım oranları haritası (Her 100.000 Kişide)



Dünya Sağlık Örgütü, 2014

Özkıyım hızı ülkeden ülkeye, kültürden kültüre büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Batı Almanya'da özkıyım oranı 36/100.000, Litvanya' da 34.4/100 000, İrlanda' da ise 3/100.000' dir. 2002 yılında İspanya'da 10-14 yaşlarında ölümle sonuçlanan özkıyım oranı 0.38/100.000 iken 15-19 yaş grubunda bu oran 2.7/100.000 olmuştur (42). Çin'de yapılan bir çalışmada özkıyıma bağlı ölümlerin tüm ölümlerin %3.6'sını oluşturduğu bildirilmiştir (43). İngiltere ve Galler'de ortalama yıllık özkıyım oranı 10/100.000 civarındadır. Özkıyıma bağlı yıllık ölüm sayısı ise yaklaşık 5.000'dir (44).

2.3.3.2. Türkiye'de Özkıyım

Ülkemizde ise ölümle sonuçlanan özkıyım sayısı 2014 yılında 3.169 iken 2015 yılında %1,3 artarak 3.211 kişi olmuştur. Cinsiyet dağılımına baktığımızda %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır (45).

Kaba özkıyım hızı yüz bin nüfus başına düşen özkıyım sayısını ifade etmekte olup, 2015 yılında değışmeyerek yüz binde 4,11'dir. Diğer bir ifade ile 2015 yılında her yüz bin kişiden dördü özkıyım girişiminde bulunmuştur. Kaba özkıyım hızının en yüksek olduğu il yüz binde 9,17 ile Kars'tır. Bu ili yüz binde 8 ile Ardahan ve yüz binde 7,05 ile Karaman izlemektedir. Kaba özkıyım hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 1,10 ile Çankırı'dır. Bu ili yüz binde 1,21 ile Rize ve yüz binde 1,54 ile Kilis izlemektedir (45) (Tablo1).

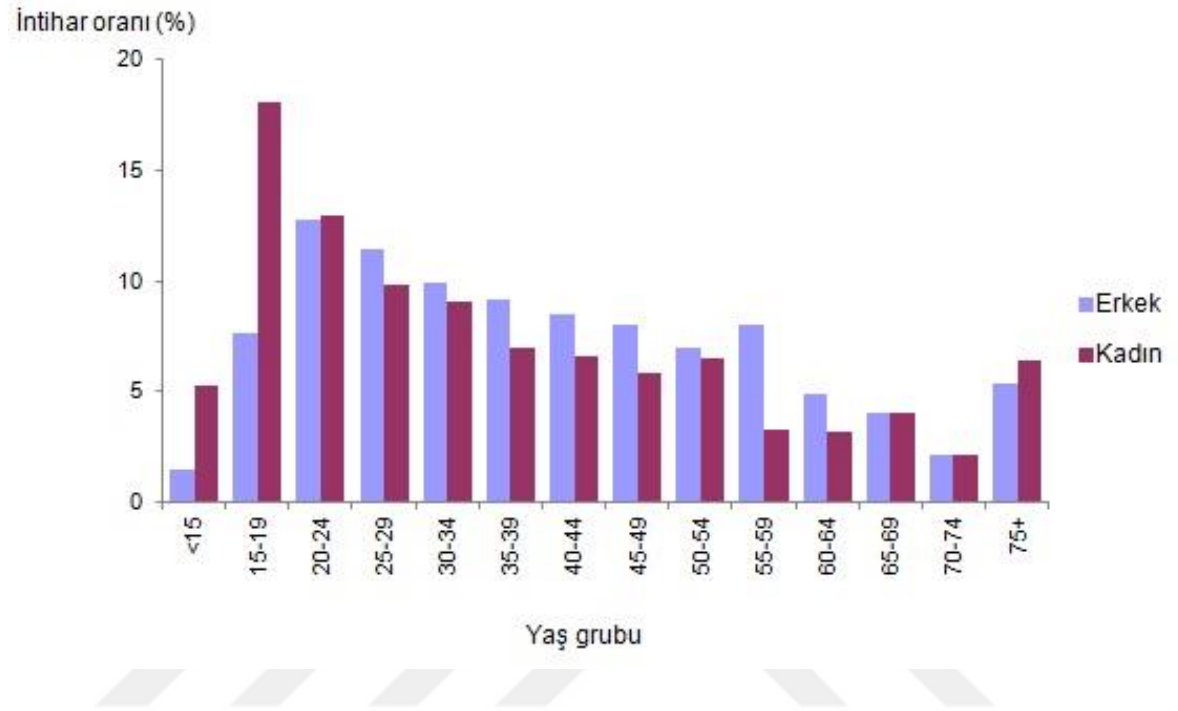
Tablo 1: Kaba özkıyım hızının en yüksek ve en düşük olduğu ilk 5 il, 2015

| (Yüz binde) | | | |
|-----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| En yüksek iller | Kaba intihar hızı | En düşük iller | Kaba intihar hızı |
| Kars | 9,17 | Çankırı | 1,10 |
| Ardahan | 8,00 | Rize | 1,21 |
| Karaman | 7,05 | Kilis | 1,54 |
| Tunceli | 6,95 | Gümüşhane | 2,01 |
| Eskişehir | 6,59 | Iğdır | 2,08 |

Özkıyım girişiminde bulunan kişiler yaş grubuna göre incelendiğinde, %34,3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmaktadır. Bu kişiler cinsiyete göre incelendiğinde, kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubunda bulunurken, erkeklerde ise bu oranın en yüksek %12,8 ile 20-24 yaş grubunda olduğu görülmektedir (Şekil1). Erkeklerin %33,3'ünün, kadınların ise %46'sının 30 yaşından küçük olduğu dikkati çekmektedir. Ergenler arasında özkıyım düşüncesinin yıllık insidansı erkeklerde %2.3 ve kızlarda %6.0'dır (46).

Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin 2014 yılında %22,2'si ilkokul mezunu iken 2015 yılında bu oran %23,7'dir. Özkıyım girişiminde bulunanlar medeni duruma göre incelendiğinde, 2015 yılı verilerine göre bunların %50,5'i evli, %37,7'si hiç evlenmemiş, %7,2'si boşanmış, %4,6'sı ise eşi ölmüş olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre medeni durum incelendiğinde, erkeklerin %54'ünün evli, %36,4'ünün hiç evlenmemiş, kadınların ise %41,1'inin evli, %41'inin hiç evlenmemiş olduğu saptanmıştır (45).

Şekil2: Yaş grubu ve cinsiyete göre özkıyım oranı, 2015



2.3.4. Özkıyım Davranışının Etyolojisi ve Risk Faktörleri

Dünyada ortalama her 3 saniyede 1 kişi özkıyım girişiminde bulunmakta ve her 40 saniyede 1 kişi özkıyım nedeniyle yaşamını yitirmektedir (38). DSÖ'ne göre dünyada yaşanan ölümlerin %2'si özkıyım sonucu olmakta ve yılda bir milyondan fazla insan bu nedenle hayatını kaybetmektedir.

Özkıyım davranışı her yaş grubunda görülmekle birlikte, gelişimsel faktörler çocuk ve ergenlerde özkıyım davranışının klinik görüntüsünü değiştirmektedir. Ergenlik öncesi özkıyım davranışı sıklığının daha seyrek olması çocukların bir özkıyım girişimini planlayıp gerçekleştirmelerini sağlayabilecek bilişsel matürasyonlarını tam kazanamamış olmaları ile açıklanmaktadır (47,48). Ergenlerde özkıyım davranışı için zemin hazırlayıcı faktörler yaşla birlikte değişmekte olup örneğin uyumsuz aile içi ilişkiler prepubertal dönemde bir etken iken ergenlik döneminde ebeveynlerle çatışma önemli bir etken haline gelmektedir (49,50,51). Özkıyım riskini arttıran birçok psikiyatrik hastalığın ortaya çıkışı da geç ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde

olmakta ve bu yaş grupları için bir risk faktörü olarak daha fazla önem taşımaktadır (52,53).

Ergenlerde özkıyım yatkınlık kazandıran en önemli bireysel risk faktörleri; yaş, cinsiyet, önceki özkıyım girişimi, psikiyatrik hastalıklar, kronik ailesel güçlükler, homoseksüel ya da biseksüel cinsel yönelim ve etnisite iken; çevresel risk faktörleri arasında; stresli yaşam olayları, cinsel/fiziksel istismar, akademik sorunlar, fiziksel hastalık ya da yaralanma sonucu bozulmuş işlevsellik, yakın çevrede özkıyım tanık olmak ve ölümcül silahlara kolay ulaşım yer almaktadır (26). Sonuç olarak, özkıyım yol açan nedenleri bir kaç başlık altında özetleyecek olursak; biyolojik ve genetik, psikolojik ve sosyal, sosyo-demografik nedenler, fiziksel hastalıklar, psikiyatrik bozukluklar olarak sınıflandırılabilir (47,54,55).

2.3.4.1. Sosyodemografik Nedenler

Yaş

On yaş altındaki çocuklar için ölüm karmaşık ve tamamlanmamış bir kavramdır. Bu nedenle daha az özkıyım girişimi vardır ve ölümler sonuçlanmaz. Gelişim sürecinde ölüm kavramının genel olarak 7-9 yaşlarında olduğu kabul edilmektedir (47). Çocuklarda özkıyım girişimi nedenlerinin başlıcaları;

- kaybedilen, çok sevilen objeye kavuşmak için (anne-baba ölümü)
- “ölüm” ne demektir anlama isteği
- başkalarını cezalandırma (ölürsem pişman olacaksınız)
- sıkıntı belirtisi olarak ölme isteği (problemleri için yardım isteği)
- suçluluk hissi
- depresyon (47).

Yakın zamanda dünyada ve ülkemizde özkıyım girişimlerine neden olan bazı dijital oyunlar (Mavi Balina) da özkıyım nedenleri arasında sayılabilir. Tamamlanmış özkıyım çocuklarda daha nadir görülürken ergenlikle sıklığı belirgin şekilde artmaktadır. Prepubertal dönemde bilişsel gelişim tamamlanmadığından çocukların özkıyımını planlı bir şekilde uygulamadıkları düşünülür (31,54). Dünya’da ve ülkemizde özkıyım prevelansının en yüksek olduğu yaş aralığı 15-24 yaş arası olarak belirlenmiştir (31,47,54,55,74). Bu yaşlarda özkıyım artışının en büyük nedenleri; bireyin kendisini tanımaya, kimlik arayışı ve sosyalleşmeye başlamasıdır (47,54).

Ülkemizde ergenlerde yıllık tamamlanmış özkıyım olgusu ortalama 200-400 civarındadır. Bunun %20'si lise öğrencileri, %25'i ise 14 yaş üzerindeki ergenlerdir. Yine özkıyım girişimlerinin %30-35'inin 15-24 yaş grubu arasında yoğunlaştığı belirtilmektedir (45,48,54).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada 15-25 yaş grubundaki bireylerin özkıyım olasılığının, 26-65 yaşlarında olan bireylerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (56). Paycı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmaya 14-21 yaş arası 2352 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin %50'sinin umutsuz hissettiği, %22'sinin özkıyımı düşündüğü, %14'ünün özkıyım planları yaptığı ve %6'sının özkıyım girişiminde bulunduğu ortaya konmuştur (35).

Cinsiyet

Yapılan birçok çalışmada tamamlanmış özkıyım oranı erkeklerde, özkıyım girişimi ise kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (56,57,58). Erkeklerde komorbid duygu durum bozukluğu ve madde kötüye kullanımının sık görülmesinden, agresyon seviyesinin daha yüksek olmasından ve erkeklerin özkıyım girişimlerinde daha ölümcül yöntemlere başvurması nedeniyle cinsiyetler arası fark olduğu düşünülmektedir (59). Türkiye İstatistik Kurumu 2015 yılı özkıyım istatistikleri verilerine göre tamamlanmış özkıyım olgularının %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmuştur (45). Ceyhun ve arkadaşları tarafından ergenlerde özkıyım olasılığını belirlemek üzere yapılan bir çalışmada 600'ü lise, 800'ü üniversite olmak üzere toplam 1400 öğrenci, İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ) kullanılarak incelenmiş; yapılan değerlendirmede hem lise hem de üniversitede erkeklerin ortalama puanlarının kızlardan daha yüksek olduğu görülmüştür (60).

Medeni Durum

Evlilik, sevmek ve sevmek duyusunun doyumudur ve bu doyumunu yaşayamayanlarda, platonik duyguların getirdiği yıkımları yaşamış kişilerde psikolojik travmalar saptanmış ve bu kişilerin evlilere göre daha fazla özkıyım düşüncesi taşıdığı görülmüştür (61). Türkiye'de yapılmış çeşitli araştırmalarda özkıyım girişimlerinin bekarlarda evlilere göre daha çok görüldüğü bildirilmekle birlikte, ülkemizde evlilik sorunlarının kronikleşme eğilimi ve evliliğin batılı ülkelere oranla daha sınırlayıcı

olması nedeniyle evlilerde de (daha çok evli kadınlarda) yüksek özkıyım oranları saptanmaktadır. Özkıyım girişimi nedenleri araştırıldığında kadınlarda “aile ve evlilik sorunları”nın bazı araştırmalarda ilk sırayı alması da bunu destekleyen bir bulgudur (62). Nitekim ülkemizde özkıyım girişiminde bulunan kişiler medeni duruma göre incelendiğinde, 2015 yılında %50,5’inin evli, %37,7’sinin hiç evlenmemiş, %7,2’sinin boşanmış, %4,6’sının ise eşi ölmüş olanların oluşturduğu görülmektedir (45).

Din ve İnanç

Dini inançlar toplumdaki özkıyım sayılarını da etkilemektedir. Bireyin dini, dine yakınlığı, inanç seviyesi özkıyıma olan eğilimini etkileyen bir faktördür. Avrupa toplumlarında sert dini kurallara ve salt katolik inanca sahip toplumlara bakıldığında protestan toplumlara göre özkıyım oranlarının çok az olduğu görülmektedir.

Birleşmiş Milletler Yıllığında İslam ülkeleri özkıyım oranları açısından son sıralarda yer almaktadır. Örneğin, % 000.19 gibi bir oranla Türkiye 45.sırada; %000.04 ile Kuveyt 52.sırada; %000.02 ile Ürdün 53.sırada yer almaktadır (63).

Yapılan çalışmalar özkıyım davranışında bulunan bireylerin, özkıyım davranışında bulunmayan bireylere göre yaşamı sürdürmeye dair inançlara daha az önem verdiklerini ve özkıyım ile yaşamı sürdürme nedenleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir (56,64,65).

Meslek

Toplumun hep sorunlu kesimleri ile karşılaşan meslek grupları özkıyım açısından yüksek riskli gruplar olarak değerlendirilir. Bu meslek grupları içerisinde sürekli suçlarla ve suçlularla karşılaşan kuvvet güçleri, vicdanı ile kanun arasında sıkışıp ruhsal sıkıntılar yaşayan adalet mensupları, sürekli sağlık sorunları yaşayan veya avucunun içerisinde yaşamı son bulan insanlara hizmet veren sağlık çalışanları, sürekli bir iş kazasına maruz kalma korkusu ile çalışan (maden işçileri, inşaat işçileri gibi) işçiler gibi meslek grupları yüksek risk oluşturan gruplardır (54).

Sosyo-Ekonomik Düzey

Özkıyım girişimleri sosyoekonomik düzey ile bağlantılıdır; şehirlerin kalabalık, sosyal koşulları iyi olamayan bölgelerinde daha sık görülmektedir (61,62). İşsizlik ve özkıyım girişimi arasında da bağlantı vardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda düşük

sosyoekonomik düzeyli kesimlerde özkıyım olgusunun daha sık görüldüğünü destekleyen bulgular elde edilmiştir (66,67,68). Ancak, işsizliğin tek başına bir özkıyım risk etmeni olup olmadığı, bu beraberliğin, işsizliğin veya yetersiz sosyoekonomik düzeyin mental sağlık üzerine olan olumsuz etkisine mi bağlı olduğu, yoksa mental sağlık problemi olan insanların işsiz olma riskinin daha yüksek olmasından mı kaynaklandığı henüz belirsizliğini koruyan ve tartışılan bir konudur (62).

Eğitim

Özkıyım davranışında bulunan kişilerde dünya genelinde eğitim düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (69). Ülkemizde TÜİK verilerine göre 2015 yılında tamamlanmış özkıyım olgularının %23,7'si ilkokul, %21,4'ü ilköğretim, %20,9'u lise ve dengi okul, %11,7'si yüksek öğretim mezunudur (45).

2.3.4.2. Psikiyatrik Risk Etkenleri

Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıkların varlığı herhangi bir sorunu olmayan topluma göre özkıyım riskini 11 kat arttırmaktadır. Şizofreni, duygulanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları her iki cinsiyette de riski arttıran faktörlerdir (70). Tamamlanmış özkıyım %90-95 oranında, özkıyım girişimine ise %30-60 oranında psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir (48,62,71). Tamamlanmış özkıyım olgularında en çok major depresyon, özkıyım girişimlerinde ise uyum bozukluğu ve depresyon birlikteliği olduğu bildirilmiştir (48,62,69). Ergenlerde özkıyım davranışının, psikiyatrik hastalıklarla yakın ilişkisi bilinmekte olup, özkıyım gerçekleştiren ergenlerin %60'ından fazlasında, o dönemde psikiyatrik bir bozukluğu olduğu gösterilmiştir Yaşları daha küçük olan ergenlerde bu oran daha düşüktür (72,73). Özkıyım girişiminde bulunan erkek ergenlerde davranım bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı, kızlarda ise depresyon en sık varolan bozukluklardır (55,70). Özkıyım neden olan etmenler arasında olan ruh sağlığı sorunları ile ilgili Türkiye'de yapılan bir çalışmada, ergenler arasındaki ruhsal sorunlar ve bu sorunların özkıyım düşüncesi ve girişimi ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya 422'si erkek, 537'si kız olmak üzere toplam 959 lise öğrencisi katılmıştır. Yapılan çalışmanın bulgularına göre ruh sağlığı sorunlarının lise çağı öğrencilerinde sık gözlemlendiği ortaya konmuştur. Kız öğrencilerde erkeklere oranla daha yaygın

olarak, kaygı/endişe ile beraber olan uykusuzluk sorunlarının özkıyım düşüncesi ve girişimine neden olduğu ortaya konmuştur (48).

Depresif Bozukluklar

Ergenlerde yapılmış tüm özkıyım çalışmalarında depresyon en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur. Özkıyım nedeniyle hayatını kaybeden çocuk ve ergenlerin %61–76‘lık kısmında duygudurum bozukluğu bulunmaktadır. Mevcut duygudurum epizodunun bulunması özkıyım riskini 8– 13 kat arttırmaktadır. Major Depresif Bozukluk epizodu var ise özkıyım riski 27 kat artmaktadır (74). Depresyon, orta ve geç ergenlik döneminde artmakla birlikte sıklığının %20 olduğu ayrıca Türkiye için lise öğrencilerinde görülen depresif belirti sıklığının ise %27 olduğu bildirilmiştir (75).

Eskin ve arkadaşları tarafından yürütülen başka bir çalışmada lise öğrencilerinde depresyon, benlik değeri, sorun çözme, girişimcilik, sosyal destek ve sosyoekonomik etmenlerin özkıyım davranışı üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışmanın örneklemini Aydın ilinde üç farklı liseden 13–18 yaş arası 805 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmanın sonuçları; özkıyım düşüncesinin kızlarda daha fazla olduğunu, özkıyım girişimi açısından kız ve erkekler arasında bir fark olmadığını, depresyon ve düşük benlik değerinin her iki cinsiyet için de özkıyım düşüncesi ve girişimleri üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir (36).

Ayrıca Eskin ve arkadaşları tarafından depresyon ve olası özkıyımın tedavisinde “Bilişsel Davranışçı Sorun Çözme Terapisinin (SÇT)” etkinliği araştırılmıştır. Çalışmanın örneklemi depresyonu olduğu saptanan ve 27’si tedavi, 19’u bekleme grubu olarak belirlenen toplam 46 hastadan oluşturulmuştur. Her iki grup bir yıl takip edilmiştir. Bir yılın sonunda terapi grubunun depresyon ve özkıyım olasılığı puanları terapi öncesine göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bekleme grubunda herhangi bir değişme olmamıştır. Yapılan çalışma ile ergen ve genç erişkinlerde depresyonu ve özkıyım olasılığı olan bireylerde SÇT’ nin tedavi seçeneği olabileceği kanıtlanmıştır (71).

Alkol- Madde Bağımlılığı

Alkol-madde bağımlılığı kişinin özkıyım riskini beş kat arttırmaktadır (77). Tamamlanmış özkıyım olgularında % 19-63 oranında madde bağımlılığı olduğu

belirlenmiştir (78). Alkol-madde kullanımı davranışlara ket vurmaya engelleyerek, özkıyım direnen sınırları ortadan kaldırıp, özkıyımın akut tetikleyicisi olabilir. Alkol-madde kullanımı uykuya zarar verir ve uykunun bozulması da duygulanım epizodlarının kötüleşmesi ya da tekrarına neden olur. Bu nedenle hastalığın seyri daha da kötüleşebilir (79). Aşırı doz madde kullanımı ile birlikte yargı bozukluğu ve kontrol mekanizmalarının engellenmesi sonucu risk alıcı davranışlar artarak, kazaya bağlı ölümcül özkıyımlar oluşabilmektedir (70).

Mersin ilinde bulunan 12'si ortaokul, 6'sı lise olmak üzere toplam 18 okulda okuyan 4143 öğrencinin oluşturduğu bir çalışmada 80 öğrencinin özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmış ve özkıyım girişimi olmayan öğrenciler ile karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda yasadışı madde kullanma, aile ile sorun yaşama ve ailede psikiyatrik hastalık bulunması özkıyım davranışı için en güçlü öngörücüler olarak gösterilmiştir (80).

Şizofreni

Özkıyım nedeniyle ölüm oranı şizofreni hastalarında %10 olarak bulunmuştur, ama 25 yaşın altında şizofreni dahil olmak üzere psikotik bozukluklar, özkıyım nedeni olarak küçük bir grubu oluşturmaktadır (69).

Bipolar duygu-durum bozuklukları

Bipolar duygu-durum bozukluklarında % 20 oranında yaşam boyu özkıyım riski olduğu gösterilmiştir. Bipolar duygu-durum bozukluğu olan erkeklerin kadınlara göre ise hastalığın daha erken aşamalarında özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (70).

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarında anksiyete belirtilerinin şiddeti ile özkıyım riskinin arttığı belirlenmiştir. Anksiyete belirtileri ile birlikte duygu-durum bozukluğu olan hastaların, anksiyete belirtileri olmayanlara göre daha fazla özkıyım riskine sahip olduğu saptanmıştır. Olguların % 79'unda, özkıyım girişiminden bir hafta önce ağır psişik anksiyete, şiddetli saldırganlık ya da her ikisinin birlikte varlığı bildirilmiştir (70).

2.3.4.3. Bireysel Risk Etkenleri

Bazı kişisel özellikler özkıyım riskini artırmaktadır. Bu özellikler; düşük benlik saygısı, umutsuzluk, dürtüsellik, agresyon, içe dönüklük, umursamazlık, obsesif ve histerik kişilik özellikleri, öfke, sosyal becerilerde ve sorun çözme becerisinde yetersizliktir (31,48,56,65,74).

Ergenlerde görülen özkıyımlarda önemli etkenlerden birisi umutsuzluktur. Erişkinlerle yapılan birçok çalışmada umutsuzluk, depresyondan bağımsız olarak özkıyım ile ilişkili bulunmuştur (56,65). Ancak özkıyım öncesinde ümidini kaybettiğini söyleyen ergenlerin büyük çoğunluğu aynı zamanda duygu durum bozukluğu da taşıdığı için, ümitsizlikle özkıyım arasındaki ilişkinin yalnızca ümitsizliğe bağlı olup olmadığı konusu tartışmalıdır (74).

Bilişsel modele göre özkıyımın altında yatan neden düşünmedeki hata ve yanlışlıklardır. Özkıyım girişiminde bulunan kişilerde sorun çözme becerilerinde eksiklikler bulunmakta ve problemlerini özkıyım şeklinde çözmeye kalkışmaktadırlar (65).

Yalnızlık duygusu, özellikle erken ve orta ergenlik dönemlerinde özkıyıma neden olan önemli etkenlerden birisidir (56). İstanbul'da yapılan bir çalışmada yedi liseden seçilen 422'si erkek, 537'si kız olan toplam 959 öğrenci değerlendirilmiş; bunlar arasında kendisini çok yalnız hissettiğini bildiren öğrencilerin yalnız hissetmeyen öğrencilere göre son 12 ay içinde özkıyım düşüncesinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu, özkıyım girişiminin de daha fazla olduğu gösterilmiştir (48). Öfke, kaygı, gerginlik, utanç gibi kendisine zarar vermeyi tetikleyen olumsuz duygular, sık, yoğun ve süregelen duygulara aşırı duyarlılık ve bunlarla baş edememe, travmatik yaşantılarla ilgili düşünceler ve görüntüler de özkıyımın ortaya çıkışı için risk oluşturmaktadır (81).

Önceki Özkıyım Girişimleri

Ergenlerde özkıyım davranışını tetikleyen en önemli faktörlerden biri geçmişteki özkıyım davranışdır. Özellikle tamamlanmış özkıyımda, önceki özkıyım girişimi en önemli risklerden biri olarak kabul edilir (31,70).

Ergenlerde yapılan psikolojik otopsi çalışmaları %10-44 arası değişen oranlarda, öncesinde bir özkıyım girişimi olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu

ergenlerde geçmiş özkıyım davranışının sonraki özkıyım davranışı açısından riski arttırdığı belirtilmektedir (26).

Cinsel yönelim

Homoseksüalitenin ergenlerde özkıyım açısından oldukça önemli bir risk faktörü olduğu, kız ve erkek homoseksüel ergenlerin heteroseksüel akran grubuna göre 2-6 kat daha fazla özkıyım girişiminde bulunduğu bildirilmektedir (32,82). Erken ve orta evre ergenlikte görülen cinsel yönelim ile ilişkili özkıyımlar; bu yaş grubu ergen ilişkilerinde akran grubunun daha önemli olması ve yaşanan izolasyon ve stigmatizasyon karşısında geç ergenliğe oranla yeterli baş etme yöntemlerinin henüz gelişmemiş olması ile açıklanmıştır (26).

Yaşam Olayları ve Stressörler

Kişilerarası ilişki sorunları, partner tarafından terk edilme, fiziksel, sözel veya cinsel istismar, yakınların ölümü, işsiz kalma, iflas etme, okul başarısızlığı, yaşlılarda yeti yitimi ve izolasyon, bir kaza ya da hastalık sonucu bedensel yetilerde kayıp gibi somut kayıplar; toplumsal statünün, güvenlik duygusunun kaybı gibi daha soyut kayıplar da kişinin bu olayları “çözumsuz” olarak algılaması ile özkıyım riskini arttırabilmektedir (47,55,61,64). Karşılaşılan stresli yaşam olaylarının ergenin iç dünyasını etkileyerek ümitsizlik, benlik saygısı ve güven hissinde azalmaya neden olarak kişiyi özkıyımına itebileceği düşünülür (23,32,33).

Özkıyım Araçlarına Erişebilirlik

Özkıyım ile seçilen yöntemin ilişkili olduğu bazı faktörler vardır. Bu faktörler;

- Seçilen yöntemin erişilebilir ve uygulanabilir olması
- Sosyo-kültürel anlamda kabul edilebilir bir yöntem olması
- Seçilen yönteme aşına olunması
- Toplumsal ya da davranışsal model alma
- Dikkat çekici bir yöntem olması
- Kişisel veya sembolik anlamı olan bir eylem ya da yer seçilmesi (örn; boğaz köprüsü)
- Niyetlilik ve kurtarılabirlik

Eğer niyet gerçekse seçilen yöntem daha ölümcül, daha etkili ve daha az engel olunabilir olacaktır (26). Klinisyen görüşmelerinde ergenlerde özellikle erişilebilirlik ve uygunlanabilirlik faktörünün değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda gençlerde özkıyım girişimi için en fazla seçilen yöntemin yüksek doz ilaç alımı olduğu bildirilmiştir (26). Ülkemizde de yapılan çalışmalar bunu desteklemektedir (66,67,68,74,81,83). Yüksek doz ilaç alımı ile yapılan girişimlerde ergenlerin genellikle analjezik ya da kendisine reçete edilmiş olan antibiyotik, antidepresan, antipsikotik gibi ilaçları tercih ettiği gösterilmiştir (32,66,83,84).

Model Alma

Sosyal modellemenin özkıyım açısından önemli bir rol oynadığı yönünde kanıtlar bulunmaktadır. Kendine zarar veren ergenlerin arkadaşlarında son bir yıl içinde özkıyım girişimi görülme oranı %82'dir (81). Yakın çevrelerinde tanık oldukları bir özkıyım bazı ergenler için taklit edilebilir. Taklit davranışların sosyal öğrenme ve kimlik örgütlenmesinin temel biçimleri olması ergenlerde bu tip taklit davranışlara ek yatkınlık oluşturmaktadır (26).

Yaşam Kalitesi

DSÖ'ne göre yaşam kalitesi (quality of life); "bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığı" olarak tanımlanmaktadır (85). Ergenin bedensel ve duygusal sağlığı, aile, arkadaş ve okul yaşantısındaki memnuniyetinin ve genel yaşam kalitesi algısının ruhsal belirtiler ve özkıyım davranışı ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bildirilmektedir (48,56).

2.3.4.4. Ailesel Risk Faktörleri

Bir kayıp olsun veya olmasın özkıyım davranışı gösteren gençler çoğunlukla bozuk bir aile ortamından gelmektedir. Özellikle ergenler mutsuz, dengesiz çatışmalı bir ev ortamından daha fazla etkilenmektedir (50,51). Literatürde özkıyım girişiminde bulunan bireylerin aile öyküsünde; ruhsal sorunlar, alkol-madde kullanımı, özkıyım, anne-baba arasındaki kırıcı ilişkilerin varlığına rastlanmaktadır (50,51,66,67,68,83). Özkıyım girişimi olan ergenlerin ebeveynleri arasında yoğun çatışma yaşandığı ve

çocuk yetiştirme tutumlarının tutarsızlığı nedeniyle çocuğun sorunlarını ailesiyle paylaşmadığı, aileden destek göremediği ve iletişim güçlüğü yaşadığını bildirilmiştir. Ergenler anne babalarını sert, sevgisiz ve reddedici olarak algılamaktadırlar (49,51).

Ülkemizde özkıyım girişiminde bulunan 15–24 yaş arası 65 kişinin değerlendirildiği bir çalışmada özkıyım girişimi olan grupta anne–baba eğitim düzeyinin daha düşük olduğu, ailede fiziksel istismara maruz kalma veya tanık olma ve ailede psikiyatrik bozukluk oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (52).

Ergenlerde özkıyım davranışının etyolojisinde ve devamında aile işlevselliği de önemli bir rol oynamaktadır. Ailede özkıyım davranışı öyküsü, ebeveyn psikopatolojisi (özellikle depresyon ve madde kullanımı), parçalanmış aile yapısı (ebeveynlerin ayrılması/boşanması, ebeveyn ölümü), bozulmuş ebeveyn-ergen iletişimi ve düşük düzeyde emosyonel destek ergenlerde özkıyım davranışı ile ilişkili bulunmuştur (26).

2.3.4.5. Biyolojik Risk Faktörleri

Fiziksel Hastalıklar

Başkasına muhtaç olmaya neden olan hastalıklar bireyi özkıyıma iten önde gelen bedensel faktördür (61,70). Özellikle bakıma muhtaç bireylerin, bakımını üstlenecek bir yakınının olmaması veya kişiyi rencide eden bakım tarzı kişide özkıyıma sebep olmaktadır. Fiziksel olarak süregelen bir hastalığı olanlarda özkıyım fikrinin yaygınlığı çok fazladır. Düşkünlük yapan hastalıklar sıklıkla özkıyımı tetikler. Özkıyım olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı %25 ile %70 arasında değişmektedir. Bazı çalışmalar özkıyımın en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok olguda özkıyımın temel nedenini oluşturduğunu öne sürmektedir (53). Fiziksel hastalıklar; depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, dürtüsellik gibi davranış bozukluklarına yol açmak gibi çeşitli yollarla özkıyım riskini artırır (17,48). Fiziksel hastalıklar arasında özkıyımla en çok ilişkili görülenler; kanser, diyaliz hastaları, endokrin hastalıkları, AIDS, demans, Huntington Koresi, epilepsi, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve peptik

ülserdir. Epileptik hastalarda özkıyım riski normal popülasyona göre dört kat fazladır (53).

Genetik Nedenler

Özkıyım birden fazla genin birbiriyle etkileşimi ve çevre faktörlerinin de etkisiyle kuşaklar arasında aktarılmaktadır. Özkıyımda genetik faktörlerin etkisini belirlemeye yönelik, öncelikle; aile, ikiz evlat edinme çalışmaları yapılmış, daha sonra da özkıyımın hangi kromozom üzerinde yerleştiği ve özkıyımdan sorumlu olduğu düşünülen aday genler saptanmıştır. Özkıyım üzerinde genetik faktörlerin rolünün, diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik stresörlerden bağımsız olarak %30-50 oranında olduğu gösterilmiştir (86).

Tamamlanmış özkıyım veya özkıyım girişimi olan ergenlerin 1. derece akrabalarında özkıyım davranışı oranı olmayanlara göre 2–4 kat daha fazladır. İkiz çalışmaları bu durumun sadece psikiyatrik hastalığı bulunan bir ebeveyn tarafından yetiştirilmenin sonucu olmadığını göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde özkıyım risk artışı yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu risk 2 kat fazladır (74).

Triptofan hidroksilaz (TPH), hız kısıtlayıcı olarak serotonin biyosentezinde rol alan ve dolayısıyla serotoninin sinaptik aralıktaki düzeyini belirleyen enzimlerden birisidir. Şimdiye kadar farklı kromozomlar üzerinde yerleşmiş iki TPH geni saptanmıştır. TPH1 geni beyinde, TPH2 geni ise periferik dokuda etkilidir. Her iki genin de özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (87). Ayrıca SERT geni ile ilgili olarak S alelinin özkıyım davranışı ile özellikle de şiddet içeren özkıyım davranışı ile ilgili olduğu saptanmıştır (88). Nörotransmitterlerin yıkımından sorumlu enzimlerden MAO A, özellikle erkek cinsiyetin özkıyım davranışının fenotipi hakkında bilgi verebileceği, dürtüsellik, şiddet, antisosyal kişilik özellikleri gibi ara fenotipler ve özkıyım davranışıyla ilişkisi bildirilmektedir (86). COMT (Katekol-O-Metil-Transferaz) geni, BDNF (brain-derived neurotrophic factor), Kolesistokinin ve GABA'nın da özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (86).

2.4. ERGENLİK

Ergenlik; çocukluk ve erişkin dönem arasındaki fizyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı evre olarak tanımlanmaktadır. Ergenlik (adolescence) kelime olarak; büyüme, olgunlaşma anlamına gelmektedir. Birleşmiş Milletlere göre genç tanımına bakıldığında da 15-25 yaşları aralığı bilgisine rastlanmaktadır (89).

Aristo'ya göre ergenlik; seçim yapabilmenin öğrenildiği ve bu yeteneğin geliştiği dönem olarak tanımlanmıştır. J.J. Rousseau'ya göre ergenliğe 4 aşamada geçilmekte, bu dönemde temel duygular olgunlaşmakta, çevre ile daha çok iletişime geçilmektedir (90).

Ergenlikteki aşamalar boyunca gençler somut düşünen biri olmaktan çıkıp, soyut düşünebilen ve hipotetik kavramları uygulayan birine dönüşürler. Bu süreçte bilişsel olarak yeterlilik ancak; sonuç çıkarabilme, problem çözebilme, geleceği planlayabilme yetilerini kazanınca sağlanmış olur. (91). İnsan gelişiminde nörolojik değişimin hızla yaşandığı son dönemdir. Cinsel gelişim ve cinsel ilginin artmasına bağlı olarak, büyük değişikliklerin olduğu bu dönemde, bağlanma özellikleri de önemli ölçüde değişime uğramaktadır. Bu değişim sayesinde birey gelecekteki hayatını şekillendirmiş olur (92).

Bu dönemde ergene ilişkin toplumsal rol ve beklentiler değişir ve sorumluklar artar, aile ve çevre ile olan ilişkiler yeniden gözden geçirilir. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak görülen ergenliğin başlıca gelişimsel ödevleri bireyleşme ve kimlik duygusunun kazanılmasıdır (93).

Ergenlik döneminde bireyler bilişsel, bedensel ve psikolojik değişimler sonucunda toplumun beklentileri ile karşı karşıya kalırlar. Bir yandan çocukluk özdeşimlerinin ve kendilik algılamalarının sürdürülmesi ve var olan dengeyi sürdürme çabaları, öte yandan toplumsal beklentiler, ergenlerdeki değişimi zorunlu kılmaktadır. Bu durumda ergen kendi kimliğini yeniden tanımlayarak toplum içinde yer edinmek zorunda kalır (48,74).

2.4.1. Erikson'un Kuramı

Ergenlik kuramlarının içinde en uygulanabilir ve anlaşılabilir olanı Erikson'un kuramıdır. Erikson psikanalist yaklaşımla ergenliğe bakmış ama Freud gibi sadece cinsel dürtüleri merkeze alarak değil başka dürtülerinde davranışlar ve kişilik üzerinde

büyük etkisi olduğunu ileri sürmüştür. Erikson bireyin cinsel gelişimi yerine onun sosyal gelişimini ön plana çıkarmaktadır. Bu nedenle kuramı 'psikososyal kuram' olarak bilinir.

Erikson'a göre insanın psikososyal gelişimi ömür boyu devam etmektedir. Bireyin cinsel gelişiminin yanı sıra sosyal ve duyuşsal gelişimi de paralel olarak devam eder ve kişiyi yetişkin hayata hazırlar. Bu sürecin sonucunda birey toplumda kendine bir yer edinmeye çalışır. Erikson bu gelişimi 8 evrede incelemiştir (93).

- Birinci Evre: Temel Güven-Güvensizlik (0-1,5 yaş)
- İkinci Evre: Özerklik-Utanç ve Şüphe (1,5-3 yaş)
- Üçüncü Evre: Girişim-Suçluluk Duygusu (3-5 yaş)
- Dördüncü Evre: Üreticilik-Aşağılık Duygusu (6-12 yaş)
- Beşinci Evre: Kimlik-Kimlik Karmaşası (12-20 yaş)
- Altıncı Evre: Yakınlık-Yalnızlık (20-40 yaş)
- Yedinci Evre: Üreticilik-Verimsizlik (40-60 yaş)
- Sekizinci Evre: Benlik Kaynaşımı-Çökkünlük ve Bezginlik (60 yaş ve üstü)

2.4.2. Ergenlik Evreleri

- Erken ergenlik (10-13 yaş)
- Orta ergenlik (14-16 yaş)
- Geç ergenlik/beliren yetişkinlik (17-19-21)

Erken ergenlik (10-13 yaş)

Bu dönem çocukluktan çıkış ve ergenliğe geçiş dönemi olarak tanımlanabilir (94). 10-13 yaş dilimini kapsayan bu süreçte pubertenin başlamasıyla birlikte fiziksel gelişim çok hızlıdır. Östrojen ve testosteron etkisiyle cinsel farklılaşma başlamıştır. Fiziksel değişikliklere bakıldığında; puberteye geçişle birlikte kızlarda boy uzaması, genital kıllanma, meme gelişimi ve menarş görülür. Erkeklerde ise peniste büyüme, genital kıllanma, boy uzaması, seste kalınlaşma gibi değişiklikler görülmektedir (91). Üreme sistemlerinin olgunlaşması ve ikincil seks karakterlerinin görünümü Marshall ve Tanner sınıflandırmasına göre değerlendirilmektedir. Tanner, fiziksel gelişimi klasik olarak beş evreye ayırmıştır. Bu evreler kızlarda meme gelişimi, pubik kıllanma,

büyüme hızı ve menarşa göre, erkeklerde genital organların gelişimi, pubik kıllanma ve büyüme hızına göre belirlenmektedir (95) (Tablo-2).

Erkeklerde ve kızlarda ergenliğin tamamlanması yaklaşık aynı yaşlarda olmasına rağmen kızlar, preadolesan evreye erkeklerden yaklaşık bir yıl erken girerler. Kızların ergenlikteki fiziksel değişiklikleri ortalama 10,8 yaşında başlar ve yaklaşık 4 yıl sürer. Erkeklerde ise ortalama 11,8 yaşında başlar ve yaklaşık 3 yıl sürer (96).

Büyüme ve gelişme bir çok faktörün etkisi altındadır. Kalıtım, hormonlar, sağlık, iklim ve coğrafi koşullar büyüme ve gelişmeyi etkileyen faktörlerin başındadır (97). Bu devre çocuğun yetişkinlikte cinsiyet rolünün de oturacağı bir dönemdir. Cinsiyet rolü onun nasıl düşüneceği nasıl hareket edeceği hatta nelerden hoşlanacağı neleri sevmeyeceğinin bir çerçevesidir ve birey kişiliğini bu çerçeveye oturtarak şekillendirir. Bu çerçeve kültürden kültüre farklılık gösterdiği gibi bebeklikten itibaren bireye işlenir ve ergenlikte artık çoğu yönüyle tamamlanmış olur (98,99). Vücuttaki değişikliklerin yanı sıra hormonların etkisiyle duygusal değişim de ön plandadır. Bu dönemde vücut görüntüsü, kişisel algı, özgüven ergenler için en önemli konulardır (97). Sosyal ilişkilerin ailenin dışına taşınması ve akran ilişkilerinde yoğunlaşma görülür. Somut düşünceden soyut düşünceye geçiş çocukta başlangıçta zihinsel karışıklığa neden olsa da zamanla karar verme yetisinin gelişmesiyle normalleşir.

Artık ergen olarak tanımladığımız birey kendisindeki değişiklikleri akranlarındaki ile karşılaştırmaya başlar. Bu kendisindeki farklılıkların normal birşey olduğunu anlaması yanında endişelerinin de artmasına sebep olabilir (91).

Orta ergenlik (14-16 yaşları)

Orta ergenlik (14-16 yaşları), bilgi işleme, bakış açısı kazanma ve yansıtma gibi soyut düşünme becerisinin kazanıldığı dönem olarak tanımlanmaktadır. (91).

Bu dönemde ikincil cinsel gelişimi kızlarda tamamlanmıştır, erkeklerde devam etmektedir. Ayrıca kızlar erkeklerden daha önce duygusal olgunluğa erişirler. Bu evrede ergenlerdeki duygusal gelişim ve değişim konusunda en dikkat çeken şey duygu yoğunluğunun artışı ve duygulardaki istikrarsızlıktır. Duygusal dalgalanmalar genelde karşı cinse âşık olma, mahcubiyet ve çekingenlik, aşırı hayâl kurma, tedirginlik ve

huzursuzluk, yalnız kalma isteği, çalışmaya karşı isteksizlik ve çabuk heyecanlanma gibi durumlardır (100).

Anne ve baba ile çatışmaya neden olan otonom olma ve bağımsızlık isteği de bunlar arasında sayılabilir. Her iki cinstede cinsel deneyim ve karşı cinsle arkadaşlık bu dönemde sık görülür (99).

Tablo 2: Tanner Evrelemesi

| Evre | Kız | | Erkek | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| | Meme gelişimi | Pubik kıllanma | Genital gelişim | Pubik kıllanma |
| Preadölesan | İnfantil, gelişme yok | İnce tüysü kıllanma, pubik kıllanma yok | İnfantil | İnce tüysü kıllanma, pubik kıllanma yok |
| Erken adölesan | Meme ve papillanın tek bir tomurcuk halinde kabarması, areola çapının genişlemesi | Labia majorun medialinde seyrek, kıvrıcık tüyler | Peniste ve testislerde hafif büyüme, skrotum derisinde pigmentasyon | Penis kökünde seyrek hafif pigmente, düz veya kıvrıcık uzunca tüyler |
| Orta adölesan | Meme ve areola belirgin olarak büyümüş, papilla belirgin değil | Seyrek olarak mons pubise de yayılmış, kaba kıvrıcık tüylenme | Penis boyunda uzama, testisler ve skrotumda büyüme | Kıllanma daha belirgin ve yaygın, kıllar koyu renkte ve kıvrıcık |
| Geç adölesan | Areola ve papillanın kabarak ayrı bir kontr yapacak şekilde ikinci bir tepelik yapması | Kaba kıvrıcık miktar olarak erişkine yakın kıllanma | Peniste uzama ve kalınlaşma, testis ve skrotumda büyüme, skrotum derisinde koyulaşma | Kaba kıvrıcık miktar olarak erişkine yakın kıllanma |
| Erişkin | Meme ucunun ileri doğru uzaması sonucu oluşan erişkin form | Erişkin kadın tipi ugen şeklinde bacakların medialine de yayılmış kıllanma | Penis, testis ve skrotumun erişkin şekil ve büyüklüğe ulaşması | Erişkin erkek tipi bacakların medial kısmına da yayılmış kıllanma |

Geç ergenlik/Beliren yetişkinlik (17-19-25 yaşları)

Geç ergenlik 17-19 yaş arası olarak tanımlanır ve devamında yeni bir kavram olan beliren yetişkinlik “emerging adulthood” başlar ve 25 yaşına kadar devam eder (91,100). Fiziksel olgunlaşma tamamlanır, beden imgesi ve cinsiyet rol tanımı netlik kazanır. Geç ergenlik/beliren yetişkinlik dönemleri kimlik keşfi ile tanımlanır. Bu

görevle tutarlı olarak, kendisini ifade etme, yansıtma ve iç görü için artmış bir bilişsel yetenek vardır (101).

Azalmış benmerkezcilik ve bencillik; diğerlerinin bakış açısını daha iyi anlama, kendisini yansıtma ve içgörülü olmada artan kabiliyet, bu dönemde görülen başlıca değişimlerdir (99). Ayrıca idealistlik, yaşamdaki rollerin tanımlanmaya başlanması da bu dönemde görülür. Sağlık hizmetleri alanında klinisyenler bu süreçleri ergenin yaşadığı gelişim alanları boyunca oluşan güçlü yönlerine dair farkındalığını yükselterek ve kendi sağlıkları ve iyilik halleri (well-being) konusunda rol alacak sorumluluk taşımaya cesaretlendirerek, destekleyebilirler (91).

2.5. ERGENLİK VE ÖZKIYIM İLİŞKİSİ

Ergenlik; fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, hızlı fiziksel ve sosyal değişimlerle karakterize çocukluk döneminden erişkin hayata geçiş dönemidir (98). Ergenlik, insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı evredir (94). Bu dönemde beyinde, nöroendokrin sistemde ve hormon konsantrasyonlarında hızlı değişimler meydana gelir. Bu değişimler bireyin ikincil seks karakterlerinin oluşmasını, kişilik özelliklerinin olgunlaşmasını sağlar. Sosyal yaşam içerisinde bireyin kendine doğru bir yer bulması buna bağlıdır (91,97).

Bu dönemde aile desteğini doğru şekilde alan ergenlerin karşılaştıkları ruhsal ve fiziksel zorlukları daha rahat aşabildikleri ortaya konmuştur (49,50). Ailenin ergeni çocukluk döneminden farklı olarak değerlendirmesi çok önemlidir. Çocukluk döneminde kişi olaylar karşısında sevincini, öfkesini ya da nefretini açık bir şekilde ifade edebilirken, ergenlikle birlikte bu duyguları maskeleye eğilimine girer. Bu nedenle ergenin iç dünyasında; karmaşa, duygu yoğunluğunda artış ve duygularda istikrarsızlık hakimdir. Bu bağlamda söz konusu duygusal dalgalanmalar; karşı cinse âşık olma, mahcubiyet ve çekingenlik, aşırı hayâl kurma, tedirginlik ve huzursuzluk, yalnız kalma isteği, çalışmaya karşı isteksizlik ve çabuk heyecanlanma gibi durumlardır (103). Ergenin bu dönemdeki sosyalleşme başarısı bu döneme nasıl hazırlanmış olduğuyula yakından ilgilidir. Sosyal çevre ile doğru ve sağlıklı iletişim

kurmak öğretilen bir beceridir. Hazırlık döneminde aile ortamında sevgi ve saygı içinde büyüyen, gelişimleri için desteklenen ergenler sosyalleşme sürecini de başarıyla gerçekleştirirler (104). Aile gibi okul hayatı, arkadaş çevresi ve öğretmenleri ile olan ilişkisi de ergenin bu dönemdeki davranışlarını etkileyen primer sosyal faktörlerdir (56,58). Ergen çevresinden aldığı tepkilere göre davranışlarını yönlendirmeye törpülemeye ya da geliştirmeye çalışır.

Yaşadığı stresli olaylar karşısında nasıl davranacağını bilemeyen ve sosyal çevresinden yeterli desteği göremeyen ergen aşırı tepki verebilir ve özkıyımı bir çözüm yolu olarak görebilir (65,76,105).

Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin, bulunmayanlara göre daha az sayıda yakın ilişkilerinin olduğu, bu ilişkilerinde daha fazla çatışma yaşadıkları ve daha az doyum sağladıkları saptanmıştır (106). Yine toplamda 1334 ergen üzerinde yapılmış bir çalışmada ailesi ve arkadaşları ile kolay iletişim kuran ergenlerin özkıyım düşüncelerinin, zor iletişim kuranlardan daha az olduğu vurgulanmaktadır (107).

Birçok psikiyatrik hastalığın başlangıcı bu dönemde olmaktadır. Bu nedenle çocukluk döneminde çok nadir rastladığımız özkıyım olgusu ergenlikle birlikte artış göstermekte ve önem kazanmaktadır (48). Ergenin başatmak zorunda kaldığı biyopsikososyal değişimler buna zemin hazırlamaktadır. Özkıyımına en çok sebep olan duygular yaşamdan zevk alamama, umutsuz olma, yalnızlık ve kaygıdır (48,56,65).

Yapılan bazı çalışmalarda kaygının tek başına ergenlerde ve erişkinlerde özkıyımına neden olabileceği ortaya konmuştur (108,109). Eğitim sistemimizin bir parçası olan liselere hazırlık ve üniversite sınavı nedeniyle öğrenciler ortaokul ve lise dönemini bu sınavlara bağlı olarak baskı altında ve kaygılı geçirmektedir. Ayrıca bu dönemde geleceğe dair endişeler, sosyal çevre ile uyum sağlamadaki zorluklar da kaygıyı arttırmaktadır (48,56).

Umutsuzluğun özkıyım düşüncesi ve girişimi ile güçlü bir bağlantısı olduğu belirtilmektedir (56). Yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan bireylerin umutsuzluk puanlarının girişimde bulunmayan bireylerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (110). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde yapılan

çalışmalarda kızlarda umutsuzluk puanlarının daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir (56,111).

Ülkemizde 537'si kız, 422'si erkek olan toplam 959 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde olan ya da özkıyım düşüncesi olan ergenlerde en çok değersizlik duygusu, endişe nedeniyle uykusuz kalma, karşılaşılan zorlukları yenememe hissi, sosyal çevre nedeniyle sürekli baskı altında hissetmenin özkıyıma neden olduğu saptanmıştır. Yine bu çalışmada bu duyguların erkeklere oranla kızlarda daha baskın olduğu gösterilmiştir (48).

Yaşamdan zevk alamama günümüz dünyasında yaygın olarak şikayet edilen bir durumdur. Yapılan bir çalışmaya göre yaşamı sürdürme nedenleri güçlü olan bireyler, stres ve umutsuzluğa karşı daha iyi direnebilmekte ve daha az özkıyım düşüncesine sahip olmaktadır (112). Yaşamı sürdürme nedenlerinin, hem ergenlerde hem de erişkinlerde görülen özkıyım davranışlarında rol oynayan önemli bir bilişsel faktör olduğu belirtilmektedir (113). Fazla sayıda yaşamı sürdürme nedenine sahip olma, kritik dönemlerde bireylerde özkıyım düşüncesinin oluşmasını önleyebilmektedir (56).

Bu dönemde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık görüleni depresyondur (71,114). Depresyon gelişiminde genetik faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Ayrıca ergenin ailesel ve çevresel stres verici olaylara maruz kalması var olan genetik yatkınlık zemininde hastalığın ortaya çıkışını hızlandırıcı rolü bulunmaktadır (26). Depresyon ergende psikososyal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açabilmektedir. Bu bozulmalar sonucu yaşanan stres, depresyonu derinleştirebildiği gibi özkıyıma da zemin hazırlamaktadır (26). Son yıllarda dünyada ve ülkemizde ergenler üzerinde depresyon ve özkıyım ilişkisini araştıran çalışmalar yapılmıştır (71,74,75,80,81). Ergenin depresyona girmesine neden olan temel faktörler üzerinde durulmaktadır. Kendi bedenindeki ve etrafındaki değişimlere ayak uydurmaya çalışırken ortaya çıkan stres ile başa çıkamama en temel faktör olarak görülmektedir (80,81).

Problem çözme becerisindeki yetersizlik bireyin depresyona girmesini hızlandırmaktadır. Etkisiz problem çözme becerisine sahip ergenlerin depresyona girme eğilimleri daha yüksektir (115). Schotte ve Clum, üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada konu ile ilgili bir model öne sürmüşlerdir. Yapılan bu çalışmaya

göre aşırı stres altında olan bir kimse katı düşünce tarzına sahipse ve problem çözme becerilerinde yetersizlik varsa, bu durum umutsuzluğa yol açmakta, yaşanan umutsuzluk ise bireyi özkıyım davranışına sürüklemektedir (116). Buradan da anlaşıldığı gibi problem çözme becerisindeki sorunlar dolaylı ya da direk olarak özkıyımına neden olabilmektedir.

Ergenin iç dünyasını saklı tutması nedeniyle depresyon bulguları sosyal çevresi tarafından fark edilmeyebilir. Bu nedenle okullarda yada ergenin sürekli takip edildiği sağlık merkezinde düzenli olarak psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmeti alması önem kazanmaktadır.

Sonuç olarak ergeni özkıyımına iten temel nedenleri özetleyecek olursak; depresyon, ergen-ebeveyn ilişkisindeki bozukluklar, akademik ve sosyal çevre ile ilgili problemler, duygusal özerklik ve kimlik duygusu kazanımındaki sorunlar diyebiliriz (48,56,65,117).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı

Çalışma için Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan 06.07.2015 tarihinde 2015/0019 sayı numarası ile yazılı onay alınmıştır; ve bu çalışma Helsinki Deklarasyonu'na ve İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu'na uygun şekilde yürütülmüştür.

3.2. Çalışmanın Hipotezi

Kırıkkale İlinde 11-19 yaş arası grubunun dahil olduğu tüm adli olgular içinde özkıyım önemli bir oranı teşkil eder.

3.3. Çalışmanın Amacı

a) Yakın gelecekteki amaçlar

Birincil amaç:

Kırıkkale İlinde çocuk yaş grubunda meydana gelen adli olayların içerisinde özkıyımın yerini saptamaktır.

İkincil amaç:

Özkıyımın neden olabilecek altta yatan faktörleri elde edilecek verilerle ortaya koymaktır.

b) Uzak gelecekteki amaçlar

Bu çalışmada saptanan bulguların ışığı altında, Kırıkkale İlinde ergenlerde özkıyımın neden olan faktörleri ortadan kaldırarak özkıyım olgularının sıklığını azaltmaktır.

3.4. Çalışmanın Tipi

Bu çalışma retrospektif tipte, kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olup; toplumsal bir olgunun altta yatan nedenlerini belirlemek amaçlanmıştır.

3.5. Çalışmanın Planı

Çalışma planı ve araştırma zamanlaması Şekil-3'te verilmiştir.

3.5.1. Araştırma Grubu

Retrospektif, tanımlayıcı nitelikte planlanmış olan bu çalışmanın evreni 2010-2015 yılları arasında Kırıkkale İlinde yaşayan 11-19 yaş aralığındaki tüm ergenlerdir. Araştırmanın örneklemini ise bu tarihlerde Kırıkkale İlinde gerçekleşen 11-19 yaş aralığındaki tüm adli olgular oluşturmaktadır. Çalışma grubunu ise; bu olgular içindeki özkıyım olguları oluşturmaktadır.

Araştırma iki farklı grup üzerinde yürütülmüştür. Birinci grubu, Kırıkkale Valiliği'nden alınan izin sonrası Kırıkkale İli Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şubesi'nden temin edilen 2010-2015 yılları arasında, 11-19 yaş aralığındaki tüm adli olgular içerisindeki özkıyım olguları oluşturmuştur. Bu olgulara ait demografik, sosyokültürel, özkıyım şekli ve nedeni ile ilgili bilgiler alınarak değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmanın alt grubunu ise Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine 2010-2015 yılları arasında başvuran 11-19 yaş aralığındaki tüm adli olgular içerisindeki özkıyım olguları oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- T.C. vatandaşı olmak
- Kırıkkale İlinde ikamet etmek
- 11-19 yaş arasında olmak
- Özkıyım girişimi veya tamamlanmış özkıyım olgusu olmak

Çalışmadan hariç tutulma kriterleri

- Kırıkkale İli içinde özkıyım teşebbüsünde bulunmasına rağmen ikameti Kırıkkale İlinde olmayan olgular
- 11 yaş altı veya 19 yaş üstü özkıyım olguları
- Herhangi bir nedenle özkıyım düşüncesi olmadan zehirlenmeler ve kazalar (yüksekten düşme vs.)

3.5.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür gözden geçirilerek Olgu Veri Formu oluşturulmuştur (Ek-1). Olgu veri formu, bireye ait demografik, sosyokültürel özellikler ile özkıyımına ait yöntemi, nedeni ve oluş zamanı gibi özelliklerini gösteren 27 sorudan oluşmaktadır. Bu veriler toplanırken olguların hiçbirisi ile yüzyüze görüşülmemiş, aile ile de hiç bir temasımız olmamıştır. Tüm değerlendirmeler dosya bilgileri üzerinden yapılmıştır.

3.5.3 Araştırma Verilerinin Analizi ve Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizlerde, “Statistical Package for Social Science” (SPSS) 20.0 for windows istatistik paket programı kullanıldı. Tüm veriler tablolarda ortalama (ort) ± standart sapma (SS), minimum-maksimum (min-maks), ketagorik veriler ise n(%) olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda parametrik varsayımlar karşılandığında Student t-testi ve parametrik varsayımlar karşılanmadığında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Kategorik değişkenlerle ilgili karşılaştırmalarda Pearson Ki-kare testi veya Fisher’s Exact test kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Pearson Korelasyon Testi kullanıldı. Tüm istatistiksel işlemlerde anlamlılık düzeyi en az $p \leq 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Veri analizlerinde olguya ait bilgiler tarafımızdan gruplandırılmıştır. “Özkıyım Nedeni” sorusuna elde edilen yanıtlar aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır;

1- Psikolojik Nedenler: Mutsuzluk, umutsuzluk, yaşamdan zevk alamama, suçluluk hissi.

2- Aile ile ilgili sorunlar: Anne veya baba ile tartışma, aile işi şiddet varlığı, ebeveyn ayrılığı ya da kaybı.

3- Arkadaş ile ilgili sorunlar: Arkadaş ile tartışma, arkadaşlar arası rekabet, arkadaş kaybı, arkadaş grubundan dışlanma.

4- Okul ile ilgili sorunlar: Derslerin kötü olması, sınıftan nefret etme, öğretmen ile tartışma, sınıfta kalma, öğretmeni sevmeme.

5- Sevgili ile ilgili sorunlar: Sevgili ile kavga etme, terk edilme veya aldatılma.

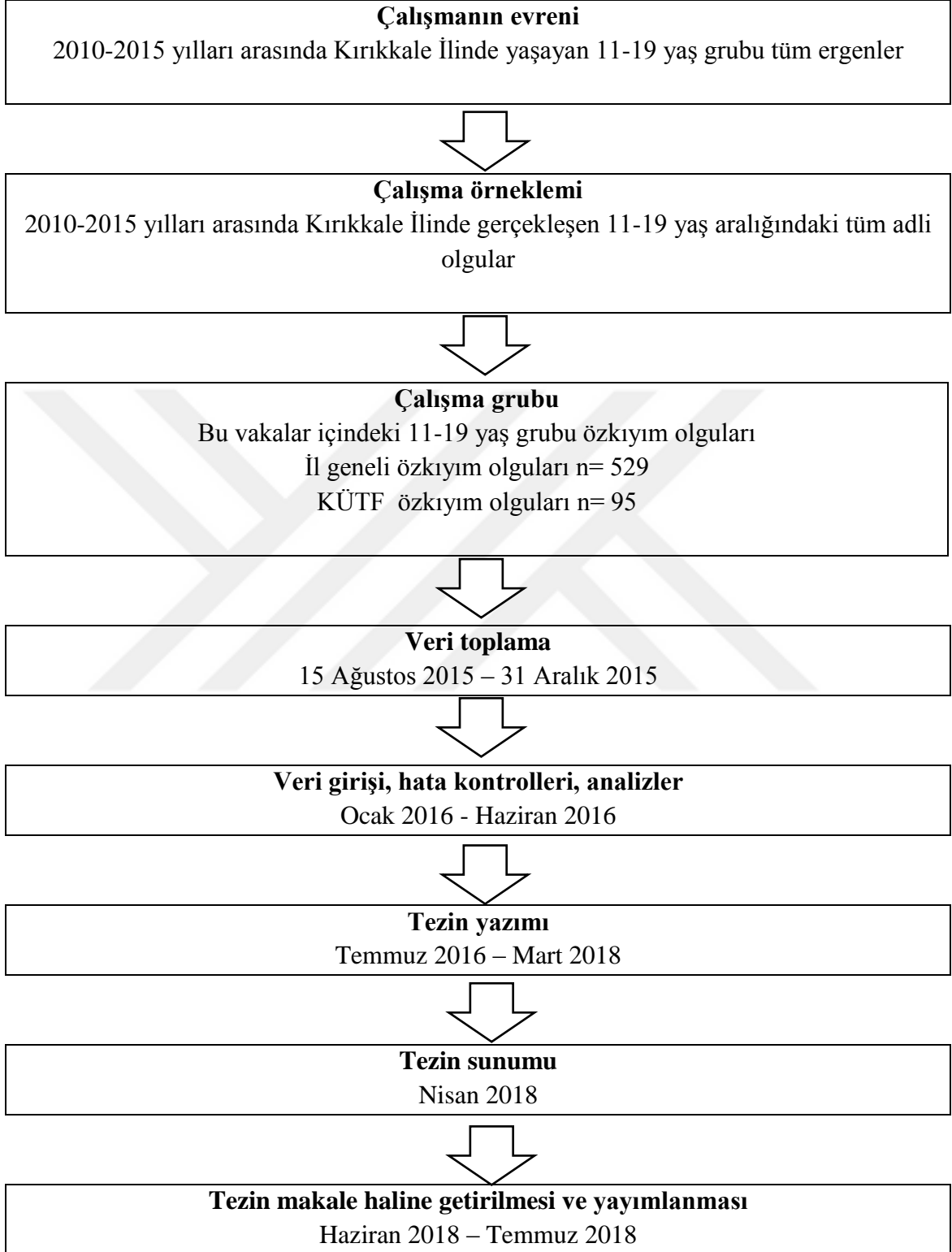
Değerlendirmelerde gruplamış olduğumuz verilere bağlı olarak oluşan boş gözeler nedeniyle yapılan bazı karşılaştırmalarda doğru istatistiksel analiz yapılamamıştır. Bu nedenle anlamlı sonuçlar elde edilebilmesi için bu karşılaştırmalarda yeni gruplama yöntemi kullanılmıştır.

Psikolojik diye nitelendirdiğimiz nedenlerin dışındaki tüm nedenler (aile, arkadaş, okul ve sevgili problemi) “Çevresel Nedenler” başlığı altında toplanarak istatistiksel analizi yapılmıştır (Tablo-23,28).

Benzer şekilde özkıyım şekline ait veriler yapılan bazı analizlerde “İlaç içimi” ve “Diğer Yöntemler” (yüksekten atlama, madde alımı, ası, kesici alet kullanımı) olarak gruplandırılmıştır (Tablo-11,12,20,21,29).

Özkıyım yerine ait veriler “Ev” ve “Dış Ortam” (yurt, okul ve sokak) olarak gruplandırılmıştır (Tablo-9,34). Özkıyım anında alınan ilaç türlerine ait veriler “Grup 1” (analjezik, antibiyotik ve kardiyak ilaçlar) ve “Grup 2” (antidepresan ve antipsikotik ilaçlar) olarak gruplandırılmıştır (Tablo- 32,34).

Şekil 3: Tez çalışmasının zaman çizelgesi



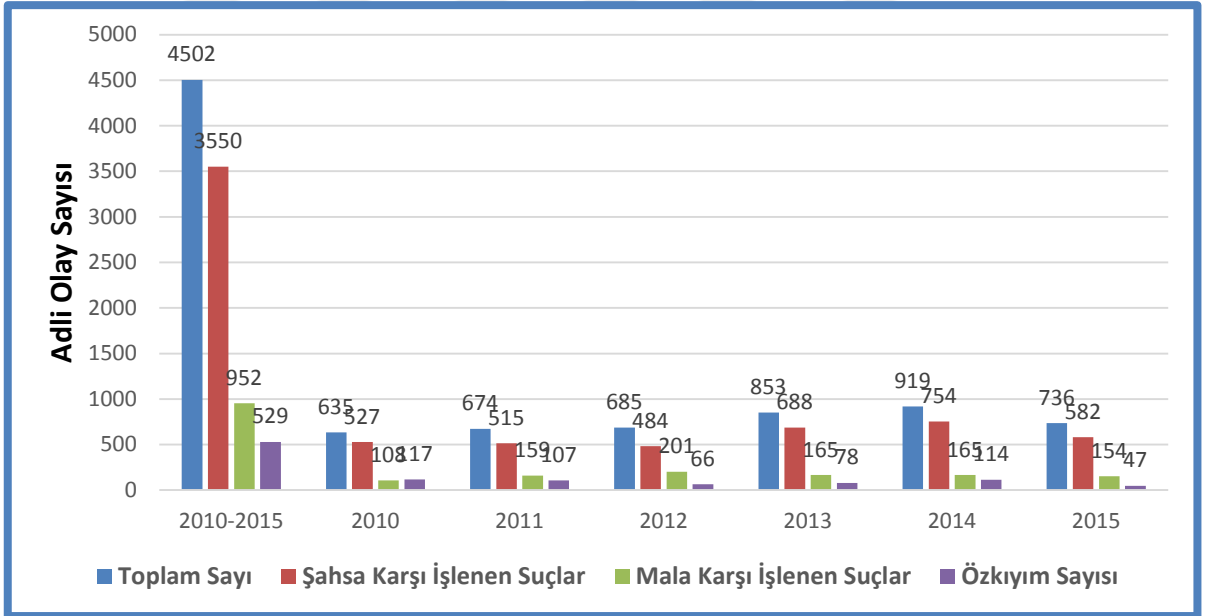
4. BULGULAR

4.1. Kırıkkale İli Emniyet Müdürlüğü Çocuk Şubeden Alınan Verilerin Değerlendirilmesi

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

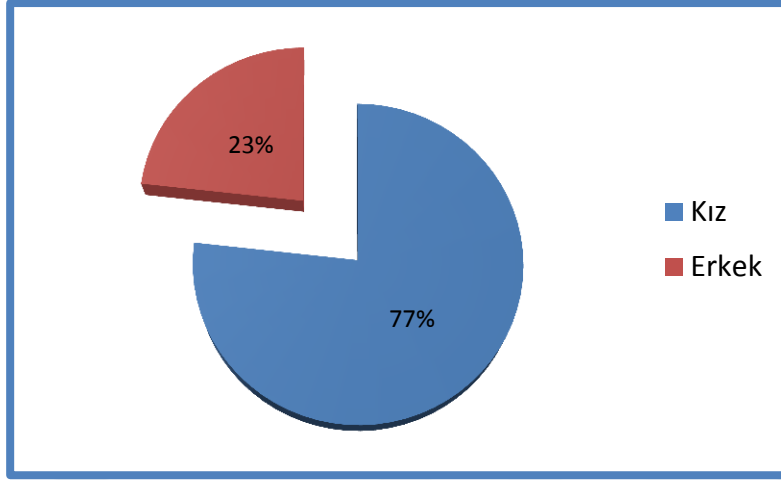
Kırıkkale İlinde, 2010-2015 yılları arasında ulaşılan verilere göre 11-19 yaş grubu tüm adli olayların sayısı 4502 olup, 952'si (%21,1) mala karşı işlenen suçlar (hırsızlık, gasp, yağmalama, yangın), 3550'si (%78,9) şahsa karşı işlenen suçlardır (adam öldürme, darp, yaralama, cinsel istismar, özkıyım girişimi, genel adaba, aile nizamına ve şahıs hürriyetine karşı işlenen suçlar, devlet idaresine karşı işlenen suçlar, narkotik suçlar) (Şekil-4).

Şekil 4: Kırıkkale İli, 11-19 yaş aralığındaki adli olayların yıllara göre dağılımı



Kırıkkale İli geneli adli olaylar içerisinde 529 tanesinin (%11,8) özkıyım olgusu olduğu belirlendi. Bu olguların 406'sı (%76,7) kız, 123'ü (%23,3) erkekti (Şekil-5). Bu olgulardan 3 tanesi özkıyım girişimi nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bunlardan ikisi erkek, birisi kız cinsiyettedir. Özkıyım olgularını yaş aralıklarına göre sınıfladığımızda 10-13 yaş arası 74 (%14), 14-16 yaş arası 396 (%74,9), 17 yaş ve üzeri 59 (%11,2) olgu olduğu saptandı.

Şekil 5: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete göre dağılımı



Yaş aralıklarının yıllara göre dağılımına bakıldığında olguların çoğunluğunun 14-16 yaş aralığında toplandığı görülmektedir. 2010 yılında 80, 2011 yılında 85, 2012 yılında 53, 2013 yılında 60, 2014 yılında 79 ve 2015 yılında 39 olgunun 14-16 yaş aralığı içerisinde olduğu saptandı (Tablo-6). Tüm olguların yaş ortalaması $14,94 \pm 1,359$ (min11– maks18) yıldı. Kızlarda yaş ortalaması $14,80 \pm 1,330$ (min11– maks18) yıl iken erkeklerde yaş ortalaması $15,38 \pm 1,364$ (min11- maks18) yıldı. Olguların yaş aralığına ve cinsiyete göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 16,256$, $p=0,000$) (Tablo-3). Özkıyım olgularının büyük çoğunluğunun 14-16 yaş aralığındaki kız olgular (%58,2) olması, istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur. Yaş grupları birbiri ile karşılaştırıldığında 11-13 ile 17 ve üstü grubun karşılaştırılmasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 14,00$, $p=0,00$).

Tablo 3: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yaş aralığına ve cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|-----------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Yaş grubu | 11-13 | 64 | 86,5 | 10 | 13,5 | 74 | 100 |
| | 14-16 | 308 | 77,8 | 88 | 22,2 | 396 | 100 |
| | 17 + | 34 | 57,6 | 25 | 42,4 | 59 | 100 |
| | Toplam | 406 | 76,7 | 123 | 23,3 | 529 | 100 |

$\chi^2 = 16,256$ $p=0,000$

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Eğitim durumuna göre değerlendirme yapıldığında olguların 434'ünün (%82,1) halen ğrenci olduğu, 95'inin (%17,9) okulu bıraktığı belirlendi (Tablo-4). Eğitim durumunun cinsiyete göre dağılımı tablo-5'te verilmiştir. Bu dağılıma göre her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($x^2 = 1,100$, $p = 0,294$).

Tablo 4: Kırıkkale ili özkıyım olgularının eğitim durumuna ve yıllara göre dağılımı

| | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | Toplam | |
|---------------|------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Eğitim durumu | ğrenci | 91 | 77,8 | 101 | 94,4 | 63 | 95,5 | 49 | 62,8 | 90 | 78,9 | 40 | 85,1 | 434 | 82,1 |
| | Okulu bıraktımış | 26 | 22,2 | 6 | 5,6 | 3 | 4,5 | 29 | 37,2 | 24 | 21,1 | 7 | 14,9 | 95 | 17,9 |
| | Toplam | 117 | 100 | 107 | 100 | 66 | 100 | 78 | 100 | 114 | 100 | 47 | 100 | 529 | 100 |

Tablo 5: Kırıkkale ili özkıyım olgularının eğitim durumuna ve cinsiyete göre dağılımı

| | | Eğitim durumu | | | | | |
|---------------------------|---------------|---------------|-----------|------------------|-----------|------------|------------|
| | | ğrenci | | Okulu bıraktımış | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Cinsiyet | Kız | 337 | 83 | 69 | 17 | 406 | 100 |
| | Erkek | 97 | 78,9 | 26 | 21,1 | 123 | 100 |
| | Toplam | 434 | 82 | 95 | 18 | 529 | 100 |
| $x^2 = 1,100$ $p = 0,294$ | | | | | | | |

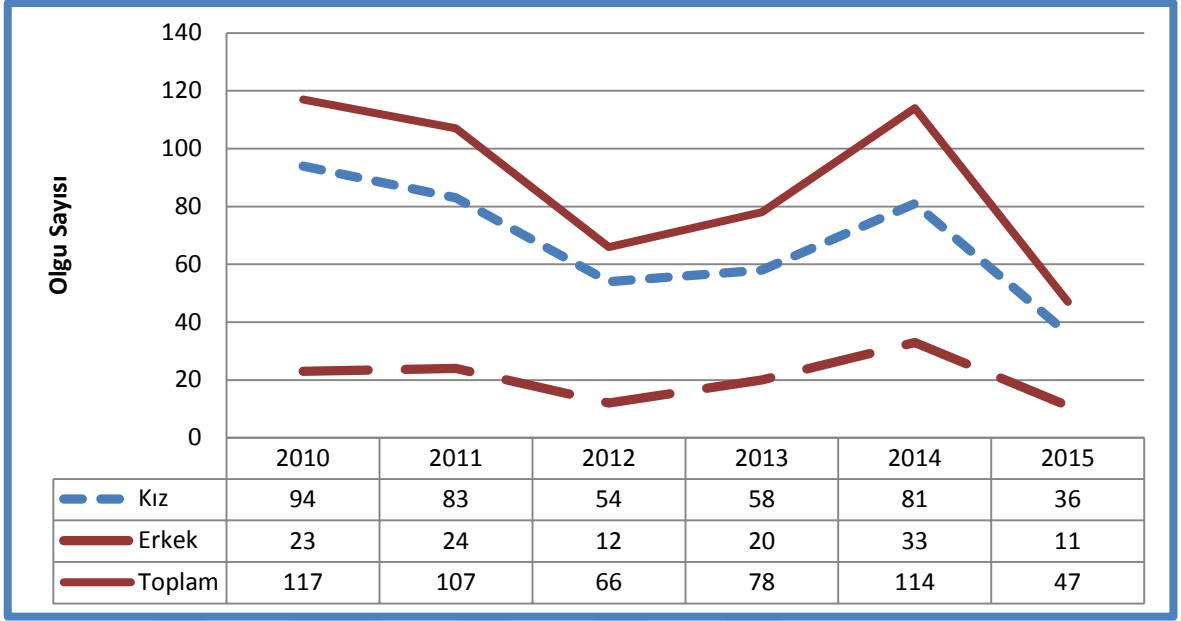
*Satır yüzdesi verilmiştir.

4.1.2. Özkıyım zellikleri

a) zkıyım Zamanı

Olguların 117'si 2010 yılında, 107'si 2011 yılında, 66'sı 2012 yılında, 78'si 2013 yılında, 114' 2014 yılında, 47'si 2015 yılında kaydedilmiştir. Yıllara göre cinsiyet dağılımına bakıldığında kızların değerlendirilen her yıl diliminde erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir (şekil-6).

Şekil 6: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yıllara ve cinsiyete göre dağılımı

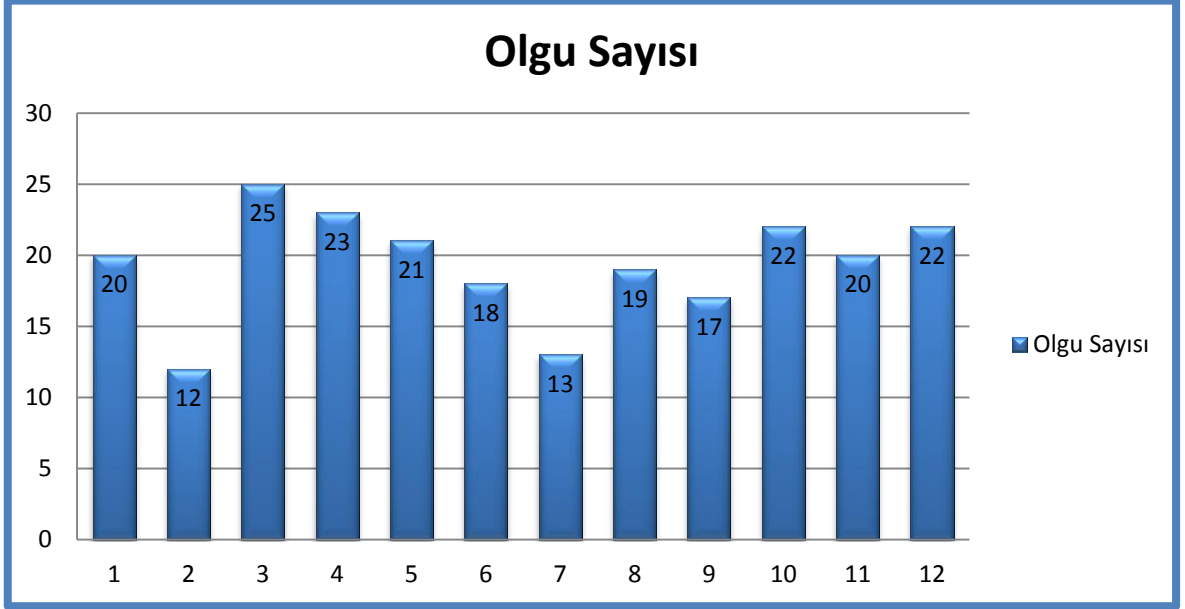


Tablo 6: Kırıkkale ili özkıyım olgularının yaş aralığına ve yıllara göre dağılımı

| | | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | Toplam | |
|-----------|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------|------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Yaş grubu | 10-13 | 19 | 16,2 | 11 | 10,3 | 7 | 10,6 | 11 | 14,1 | 24 | 21,1 | 2 | 4,3 | 74 | 14 |
| | 14-16 | 80 | 68,4 | 85 | 79,4 | 53 | 80,3 | 60 | 76,9 | 79 | 69,3 | 39 | 83 | 396 | 74,9 |
| | ≥ 17 | 18 | 15,4 | 11 | 10,3 | 6 | 9,1 | 7 | 9 | 11 | 9,6 | 6 | 12,8 | 59 | 11,2 |
| | Toplam | 117 | 100 | 107 | 100 | 66 | 100 | 78 | 100 | 114 | 100 | 47 | 100 | 529 | 100 |

Kırıkkale ili geneli özkıyım girişimlerinden, 2013-2015 yılları arasındaki 232 olgunun olay ayı ve olay saati bilgisine ulaşılmıştır. Mevcut değerlendirmeler bu olgular üzerinden yapılmıştır. İl geneli özkıyım girişimlerinin en fazla mart ayında (n:25), ikinci sıklıkta nisan ayında (n:23); en az ise şubat ayında (n:12) meydana geldiği görülmektedir (Şekil-7).

Şekil 7: Kırıkkale ili özkıyım olgularının aylara göre dağılımı



Ayları mevsimlere göre gruptladığımızda özkıyım eyleminin en fazla ilkbahar aylarında n:68 (%29,3), ikinci sıklıkta sonbahar aylarında n:59 (%25,4), en az ise yaz aylarında n:51 (%22) meydana geldiği saptanmıştır (Tablo-7). Olguların cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımında ise her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2 = 3,496$, $p = 0,321$).

Tablo 7: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımı

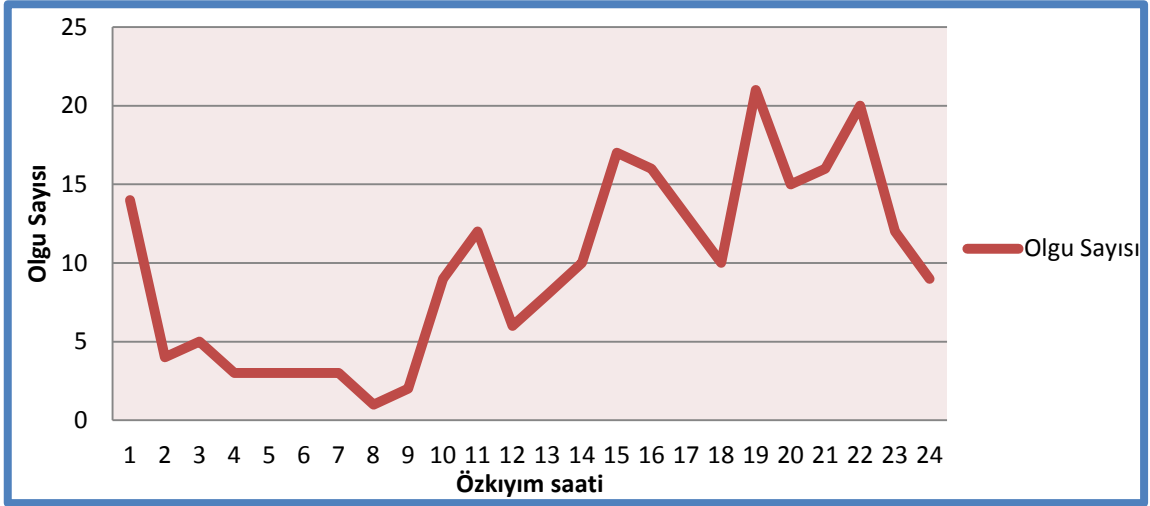
| | Cinsiyet | | | | | | |
|-------------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım ayı | Sonbahar | 47 | 79,7 | 12 | 20,3 | 59 | 100 |
| | Kış | 37 | 68,5 | 17 | 31,5 | 54 | 100 |
| | İlkbahar | 54 | 79,4 | 14 | 20,6 | 68 | 100 |
| | Yaz | 42 | 82,4 | 9 | 17,6 | 51 | 100 |
| | Toplam | 180 | 77,6 | 52 | 22,4 | 232 | 100 |

$\chi^2 = 3,496$ $p = 0,321$

*Satur yüzdesi verilmiştir

Olay saati değerlendirildiğinde özkıyım girişimlerinin en fazla saat 19.00'da (n:21), ikinci sıklıkta saat 22.00'da (n:20) meydana geldiği görüldü. Özkıyım girişimlerinin en az olduğu saatler ise 08.00 (n:1) ve 09.00 (n:2) olarak belirlendi. (Şekil-8).

Şekil 8: Kırıkkale ili özkıyım olgularının olay saatine göre dağılımı



Günü saat dilimlerine ayırdığımızda özkıyım girişimlerinin en fazla 19-24 saatleri (n:93) arasında gerçekleştiği tespit edildi. Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 6,841$, $p = 0,077$) (Tablo-8).

Tablo 8: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve özkıyım saatine göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|------------------------------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım saati | 1-6 | 29 | 90,6 | 3 | 9,4 | 32 | 100 |
| | 7-12 | 26 | 78,8 | 7 | 21,2 | 33 | 100 |
| | 13-18 | 60 | 81,1 | 14 | 18,9 | 74 | 100 |
| | 19-24 | 65 | 69,9 | 28 | 30,1 | 93 | 100 |
| | Toplam | 180 | 77,6 | 52 | 22,4 | 232 | 100 |
| $\chi^2 = 6,841$ $p = 0,077$ | | | | | | | |

*Satr yüzdesi verilmiştir

b) Özkıyım Yeri

Özkıyım yerinin cinsiyete göre dağılımında her iki cinsiyette de özkıyımın daha çok evde meydana geldiği görülmektedir. Dağılıma baktığımızda olguların 487'sinin (%92,1) evde, 15'nin (%2,8) okulda, 25'inin (%4,7) yurttan, 2'sinin de (%0,4) dış ortamda özkıyımında bulunduğu belirlenmiştir (Tablo-10).

Bu sonuç olguların çoğunlukla evde aile fertlerinin de bulunduğu zamanlarda özkıyım girişiminde bulduklarını desteklemektedir. Her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 1,108$, $p=0,292$) (Tablo-9).

Tablo 9: Kırıkkale ili özkıyım olgularının özkıyım yerine ve cinsiyete göre dağılımı

| | Özkıyım yeri | | | | | | |
|----------|--------------|-----|------|-----------|-----|--------|-----|
| | | Ev | | Dış ortam | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Cinsiyet | Kız | 371 | 91,4 | 35 | 8,6 | 406 | 100 |
| | Erkek | 116 | 94,3 | 7 | 5,7 | 123 | 100 |
| | Toplam | 487 | 92,1 | 42 | 7,9 | 529 | 100 |

$\chi^2 = 1,108$ $p = 0,292$

*Satır yüzdesi verilmiştir.

c) Özkıyım Yöntemi

Olgulardan 472'si (%89,2) ilaç alımı ile özkıyım girişiminde bulunmuştur. Diğer yöntemlere bakıldığında 35'i (%6,6) kesici alet ile kendini yaralama, 14'ü (%2,6) madde alımı (temizlik malzemesi, tarım ilacı, fare zehiri, uyuşturucu madde) , 5'i (%0,9) yüksekten atlama, 2'si (%0,4) ateşli silah kullanımı ve 1'i (%0,2) kendisini asma şeklindedir (Tablo-10). Tamamlanmış özkıyım olgularının ikisinin ateşli silah kullanımı ile, birisinin de kendisini asarak girişimde bulunduğu saptandı. Özkıyım yönteminin cinsiyete göre dağılımında her iki cinsiyette de ilaç alımının en çok tercih edilen yöntem olduğu saptanmıştır (Tablo-11). İstatistiksel olarak değerlendirildiğinde ise her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($\chi^2 = 2,483$, $p= 0,115$). Özkıyım yönteminin yaş gruplarına göre dağılımı tablo-12'de verilmiştir.

Özkıyım yönteminin yaş grupları arasındaki dağılımında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1,790$, $p=0,409$).

Tablo 10: Kırıkkale ili özkıyım olgularının özkıyım yöntemi ve özkıyım yerine göre dağılımı

| | | Özkıyım olguları | |
|-----------------|------------------|------------------|------------|
| | | n | % |
| Özkıyım yöntemi | İlaç alımı | 472 | 89,2 |
| | Kesici alet ile | 35 | 6,6 |
| | Yüksekten atlama | 5 | 10 |
| | Madde alımı* | 14 | 2,6 |
| | Ateşli silah ile | 2 | 0,4 |
| | Kendisini asma | 1 | 0,2 |
| | Toplam | 529 | 100 |
| Özkıyım yeri | Ev | 487 | 92,1 |
| | Okul | 15 | 2,8 |
| | Yurt | 25 | 4,7 |
| | Sokak | 2 | 0,4 |
| | Toplam | 529 | 100 |

*Temizlik malzemesi, tarım ilacı, fare zehiri, uyuşturucu madde.

Tablo 11: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve özkıyım yöntemine göre dağılımı

| | | Özkıyım yöntemi | | | | | |
|------------------------------|---------------|-----------------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | | İlaç alımı | | Diğer** | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Cinsiyet | Kız | 367 | 90,4 | 39 | 9,6 | 406 | 100 |
| | Erkek | 105 | 85,4 | 18 | 14,6 | 123 | 100 |
| | Toplam | 472 | 89,2 | 57 | 10,8 | 529 | 100 |
| $\chi^2 = 2,483$ $p = 0,115$ | | | | | | | |

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Diğer: Yüksekten atlama, kesici alet kullanımı, ası, madde kullanımı

Tablo 12: Kırkkale ili özkıyım olgularının yaş aralığına ve özkıyım yöntemine göre dağılımı

| | Özkıyım yöntemi | | | | | | |
|-----------|-----------------|------------|------|--------|------|--------|-----|
| | | İlaç alımı | | Diğer* | | Toplam | |
| | | n | %** | n | % | n | % |
| Yaş grubu | 11-13 | 68 | 91,9 | 6 | 8,1 | 74 | 100 |
| | 14-16 | 354 | 89,4 | 42 | 10,6 | 396 | 100 |
| | 17 + | 50 | 84,7 | 9 | 15,3 | 59 | 100 |
| | Toplam | 472 | 89,2 | 57 | 10,8 | 529 | 100 |

$\chi^2 = 1,790$ p=0,409

*Diğer: Yüksekten atlama, kesici alet kullanımı, ası, madde kullanımı

**Satır yüzdesi verilmiştir.

4.1.3. Özkıyım Etki Eden Faktörler

a) Özkıyım Nedeni

Özkıyım nedenleri değerlendirildiğinde 187'sinin (%35,3) psikolojik nedenler, 124'ünün (%23,4) aile ile ilgili sorunlar, 108'inin (%20,4) okul ile ilgili sorunlar, 20'sinin (%3,8) arkadaş ile ilgili sorunlar, 49'unun (%9,3) sevgili ile ilgili sorunlar, 41'inin (%7,8) ise diğer nedenler (hastalık, maddi sıkıntı, yakın akraba ile ilgili sorunlar) olduğu görülmektedir (Tablo-13).

Psikolojik nedenler olarak değerlendirdiğimiz grubun içinde; iç sıkıntısı, mutsuzluk, umutsuzluk, suçluluk hissi ve yaşamdan zevk alamama bulunmaktadır. Özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımında kızlarda birinci sırada psikolojik nedenler özkıyım nedeni olurken ikinci sırada aile ile ilgili sorunların yer aldığı görülmektedir. Erkeklerde ise birinci sırada psikolojik nedenler, ikinci sırada ise sevgili ile yaşanan sorunlar yer almaktadır (Tablo-13). İstatistiksel olarak değerlendirme yapıldığında her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($\chi^2 = 37,717$, p=0,000). Olguların eğitim durumu ile özkıyım nedenleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da ilk iki neden sırasıyla psikolojik nedenler ve aile ile ilgili sorunlardır (Tablo-14). Halen öğrenci olanlarda okul ile ilgili sorunlar 3. sıradadır ve okulu bırakmış olanlar ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($\chi^2 = 25,432$, p=0,000) (Tablo-14).

Tablo 13: Kırıkkale ili özkıyım olgularının cinsiyete ve özkıyım nedenlerine göre dağılımı

| Özkıyım nedenleri | Cinsiyet | | | | | |
|-----------------------------|----------|------|-------|------|--------|-----|
| | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | n | %* | n | % | n | % |
| Psikolojik nedenler | 142 | 75,9 | 45 | 24,1 | 187 | 100 |
| Aile ile ilgili sorunlar | 105 | 84,7 | 19 | 15,3 | 124 | 100 |
| Arkadaş ile ilgili sorunlar | 18 | 90 | 2 | 10 | 20 | 100 |
| Okul ile ilgili sorunlar | 90 | 83,3 | 18 | 16,7 | 108 | 100 |
| Sevgili ile ilgili sorunlar | 22 | 44,9 | 27 | 55,1 | 49 | 100 |
| Diğer** | 29 | 70,7 | 12 | 29,3 | 41 | 100 |
| Toplam | 406 | 76,7 | 123 | 23,3 | 529 | 100 |

$\chi^2 = 37,717$ p=0,000

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Diğer: Hastalık, maddi sıkıntı, yakın akraba ile ilgili sorunlar

Tablo 14: Kırıkkale ili özkıyım olgularının eğitim durumuna ve özkıyım nedenlerine göre dağılımı

| Özkıyım nedenleri | Eğitim durumu | | | | | |
|-----------------------------|---------------|------|----------------|------|--------|-----|
| | Öğrenci | | Okulu bırakmış | | Toplam | |
| | n | %* | n | % | n | % |
| Psikolojik nedenler | 133 | 71,1 | 54 | 28,9 | 187 | 100 |
| Aile ile ilgili sorunlar | 101 | 81,5 | 23 | 18,5 | 124 | 100 |
| Arkadaş ile ilgili sorunlar | 19 | 95 | 1 | 5 | 20 | 100 |
| Okul ile ilgili sorunlar | 107 | 99,1 | 1 | 0,1 | 108 | 100 |
| Sevgili ile ilgili sorunlar | 39 | 79,6 | 10 | 20,4 | 49 | 100 |
| Diğer** | 35 | 85,4 | 6 | 14,6 | 41 | 100 |
| Toplam | 434 | 82,1 | 95 | 17,9 | 529 | 100 |

$\chi^2 = 25,432$ p=0,000

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Diğer: Hastalık, maddi sıkıntı, yakın akraba ile ilgili sorunlar

4.2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Verilerinin Değerlendirilmesi

4.2.1. Sosyodemografik Özellikler

2010-2015 yılları arasında KÜTF hastanesine başvuran 11-19 yaş aralığındaki adli olguların sayısı 587 olarak saptandı. Bunlardan 95 tanesinin özkıyım olgusu olduğu belirlendi. Cinsiyete göre dağılıma baktığımızda olguların 78'i kız (%82,1), 17'si erkekti (%17,9). Olguların yaş aralığını değerlendirdiğimizde 10-13 yaş arası 8, 14-16 yaş arası 63, 17 yaş ve üzeri 24 olarak saptandı (Tablo-15). Değerlendirilen olgular arasında en küçük yaş 12 yıl iken en büyük yaş ise 18 yıl idi. Her iki cinsiyet arasında yaş aralığına göre yapılan dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 2,792$, $p=0,248$) (Tablo-15)

Tablo 15: KÜTF özkıyım olgularının yaş aralığına ve cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|-----------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Yaş grubu | 11-13 | 7 | 87,5 | 1 | 12,5 | 8 | 100 |
| | 14-16 | 54 | 85,7 | 9 | 14,3 | 63 | 100 |
| | 17 + | 17 | 70,8 | 7 | 29,2 | 24 | 100 |
| | Toplam | 78 | 82,1 | 17 | 17,9 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 2,792$ $p=0,248$

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Olguların tamamı okur yazardı ve bunların 12'si ilköğretim, 82'si lise ve 1'i yüksekokul da eğitim görmekteydi. Olguların 88'i şehir merkezinde, 7'si ilçede ikamet etmekteydi. Olguların sadece 6'sında sigara kullanımı, 3'ünde ise alkol kullanımı öyküsü mevcuttu. Olguların 4'ünde fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü bulunmaktaydı. İstismara uğrayan olguların tamamı kızdı. Ebeveyn ayrılığı öyküsüne ise 2 olguda rastlandı. Ebeveyn ölümü de sadece 2 olguda mevcuttu. Olguların 5'inde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varken, 2'sinde ailede özkıyım girişimi öyküsü saptandı. Akrabada özkıyım girişimi öyküsüne hiçbir olguda rastlanmadı.

4.2.2. Özkıyım Özellikleri

Olguların 23'ünde (%24,2) özkıyım girişimi öncesi öndüşünce olduğu, 72'sinde (%75,8) olmadığı, sadece bir olgunun özkıyım girişimi öncesi not bıraktığı saptanmıştır. Daha önceden özkıyım girişimi varlığı, olguların 17'sinde (%17,9) bulunmaktadır.

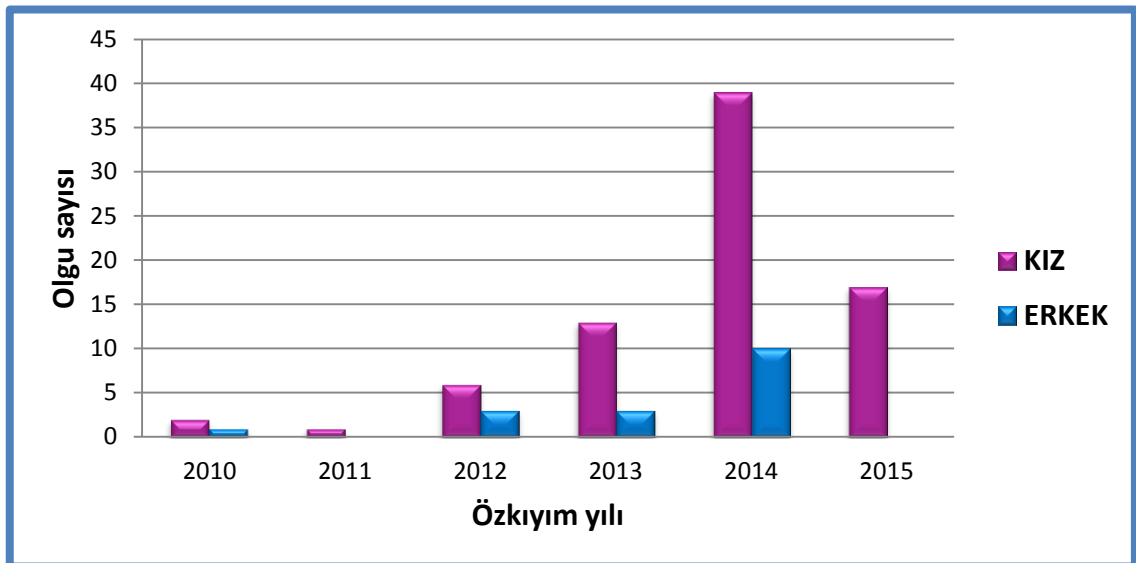
a) Özkıyım Zamanı

Olguların yıllara göre dağılımı Tablo-16'da ve Şekil-9'da görülmektedir. Buna göre 2010 yılında 3, 2011 yılında 1, 2012 yılında 9, 2013 yılında 16, 2014 yılında 49, 2015 yılında ise 17 olgu vardır. Buna göre hastanemize özkıyım girişiminde bulunan çocuklar en fazla 2014 yılında başvuruda bulunmuştur.

Tablo 16: KÜTF özkıyım olgularının yıllara dağılımı

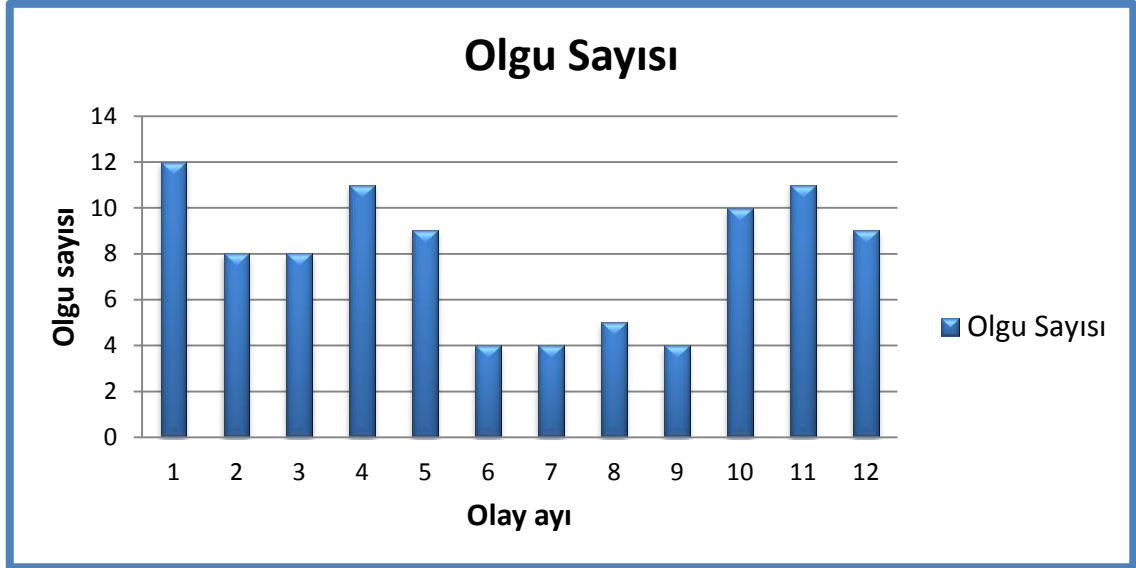
| Cinsiyet | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | Toplam | |
|---------------|----------|------------|----------|------------|----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Kız | 2 | 66,7 | 1 | 100 | 6 | 66,7 | 13 | 81,3 | 39 | 79,6 | 17 | 100 | 78 | 82,1 |
| Erkek | 1 | 33,3 | - | - | 3 | 33,3 | 3 | 18,8 | 10 | 20,4 | - | - | 17 | 17,9 |
| Toplam | 3 | 100 | 1 | 100 | 9 | 100 | 16 | 100 | 49 | 100 | 17 | 100 | 95 | 100 |

Şekil 9: KÜTF özkıyım olgularının yıllara göre dağılımı



Özkiyim girişimlerinin en fazla (n:12) ocak ayında, en az ise haziran, temmuz ve eylül aylarında (n:4) meydana geldiği görülmektedir (Şekil-10).

Şekil 10: KÜTF özkiyim olgularının aylara göre dağılımı



Ayları mevsimlere göre grupladığımızda özkiyim eyleminin en fazla kış aylarında n:29 (%30,5) ikinci sıklıkta ise ilkbahar aylarında n:28 (%29,5) meydana geldiği saptanmıştır (Tablo-17). Olguların cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımına baktığımızda ise her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2 = 0,645$, $p=0,886$).

Tablo 17: KÜTF özkiyim olgularının cinsiyete ve mevsimlere göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|-------------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkiyim ayı | Sonbahar | 20 | 80 | 5 | 20 | 25 | 100 |
| | Kış | 25 | 86,2 | 4 | 13,8 | 29 | 100 |
| | İlkbahar | 23 | 82,1 | 5 | 17,9 | 28 | 100 |
| | Yaz | 10 | 76,9 | 3 | 23,1 | 13 | 100 |
| | Toplam | 78 | 82,1 | 17 | 17,9 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 0,645$ p: 0,886

*Sadır yüzdesi verilmiştir.

Olay saati değerlendirildiğinde özkıyım girişimlerinin en fazla saat 23.00 de meydana geldiği görüldü. Saat 01.00 ve 07.00’de özkıyım girişiminin olmadığı gözlemlendi; 4 olgunun ise özkıyım saatine ulaşamadı (Şekil-11).

Günü saat dilimlerine ayırdığımızda özkıyım girişimlerinin en fazla 19-24 saatleri arasında gerçekleştiği saptandı. Cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 2,515$, $p=0,473$) (Tablo-18).

Şekil 11: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım saatine göre dağılımı



Tablo 18: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım saatine ve cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|---------------------------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım saati | 1-6 | 6 | 75 | 2 | 25 | 8 | 100 |
| | 7-12 | 17 | 77,3 | 5 | 22,7 | 22 | 100 |
| | 13-18 | 24 | 92,3 | 2 | 7,7 | 26 | 100 |
| | 19-24 | 29 | 82,9 | 6 | 17,1 | 35 | 100 |
| | Toplam | 76 | 83,6 | 15 | 16,5 | 33 | 100 |
| $\chi^2 = 2,515$ p: 0,473 | | | | | | | |

*Satır yüzdesi verilmiştir.

b) Özkıyım Yeri

Özkıyım girişimlerinin 80'i (%84,2) evde, 5'i (%5,2) okulda, 7'si (%7,3) yurtbakım evinde, 2'si (%2,1) arkadaş/akraba evinde, 1'i (%1) ise sokakta meydana gelmiştir. Kırıkkale İli verilerinde olduğu gibi KÜTF'ne başvuran özkıyım girişimlerinin de büyük çoğunluğunun evde meydana geldiği saptanmıştır.

c) Özkıyım Yöntemi

Özkıyım olgularının 83'ünün (%87,4) ilaç içerek, 2'sinin (%2,1) yüksekten atlayarak, 1'inin (%1,1) kesici alet ile, 8'inin (%8,4'ü) madde alımı ile ve 1'inin (%1,1) de kendisini asarak girişimde bulunduğu saptanmıştır (Tablo-19). Bu dağılıma bakıldığında ilaç alımının Kırıkkale İli verilerinde olduğu gibi KÜTF olgularında da en sık tercih edilen yöntem olduğu görülmektedir. Özkıyım yöntemini ilaç alımı ve diğer (kesici alet kullanımı, madde alımı, yüksekten atlama, ası) olarak grupladığımızda her iki cinsiyette de ilaç alımının en sık tercih edilen özkıyım yöntemi olduğu tespit edilmiştir (Tablo-20). Her iki cinsiyet arasında özkıyım yöntemine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 0.014$, $p= 0.905$)

Özkıyım yönteminin yaş aralıklarına göre dağılımında olguların 63'ünün (%66,4) 14-16 yaş aralığı içinde olduğu ve bunların 59'unun (%62,1) ilaç alarak özkıyımında bulunduğu belirlenmiştir (Tablo-21). Özkıyım yönteminin yaş aralıklarına göre yapılan dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 8,199$, $p=0,017$). Yaş gruplarını ikili olarak birbiri ile karşılaştırdığımızda her birinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 19: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım yöntemine göre dağılımı

| | | Özkıyım olguları | |
|-----------------|-----------------------|------------------|------|
| | | n | % |
| Özkıyım yöntemi | İlaç alımı | 83 | 87,3 |
| | Madde alımı | 8 | 8,4 |
| | Kesici alet kullanımı | 1 | 1,1 |
| | Yüksekten atlama | 2 | 2,1 |
| | Kendisini asma | 1 | 1,1 |
| Toplam | | 95 | 100 |

Tablo 20: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım yönteminin cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|-----------------|------------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım yöntemi | İlaç alımı | 68 | 81,9 | 15 | 18,1 | 83 | 100 |
| | Diğer** | 10 | 83,3 | 2 | 16,7 | 12 | 100 |
| | Toplam | 78 | 82,1 | 17 | 17,9 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 0,014$ p: 0,905

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Diğer: Yüksekten atlama, kesici alet kullanımı, ası, madde kullanımı

Tablo 21: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım yöntemine ve yaş aralığına göre dağılımı

| | Özkıyım yöntemi | | | | | | |
|-------------|-----------------|------------|------|--------|------|--------|-----|
| | | İlaç alımı | | Diğer* | | Toplam | |
| | | n | %** | n | % | n | % |
| Yaş aralığı | 11-13 | 5 | 62,5 | 3 | 37,5 | 8 | 100 |
| | 14-16 | 59 | 93,7 | 4 | 6,3 | 63 | 100 |
| | 17 + | 19 | 79,2 | 5 | 20,8 | 24 | 100 |
| | Toplam | 83 | 87,4 | 12 | 12,6 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 8,199$ p=0,017

*Diğer: Yüksekten atlama, kesici alet kullanımı, ası, madde kullanımı

**Satır yüzdesi verilmiştir.

4.2.3. Özkıyıma etki eden faktörler

a) Özkıyım Nedeni

Özkıyım nedenleri değerlendirildiğinde 50'sinin (%58,1) psikolojik nedenler, 20'sinin (%23,3) aile ile ilgili sorunlar, 5'inin (%5,8) okul ile ilgili sorunlar, 8'inin (%9,3) arkadaşlar ile ilgili sorunlar, 3'ünün (%3,5) sevgili ile ilgili sorunlar olduğu görülmüştür. Olguların 9'unda ise özkıyım nedenine ulaşamamıştır (Tablo-22).

Tablo 22: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı

| Özkıyım Nedenleri | Kız | | Erkek | | Toplam | |
|-----------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | n | %* | n | % | n | % |
| Psikolojik Nedenler | 38 | 76 | 12 | 24 | 50 | 100 |
| Aile ile ilgili sorunlar | 19 | 95 | 1 | 5 | 20 | 100 |
| Arkadaş ile ilgili sorunlar | 6 | 75 | 2 | 25 | 8 | 100 |
| Okul ile ilgili sorunlar | 4 | 80 | 1 | 20 | 5 | 100 |
| Sevgili ile ilgili sorunlar | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 | 100 |
| Toplam | 69 | 80,2 | 17 | 19,8 | 86 | 100 |

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Psikolojik nedenler dışındaki tüm nedenler çevresel nedenler olarak gruplandırıldığında ve bu grupların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; her iki cinsiyette de psikolojik nedenlerin özkıyımına en çok sebep olan neden olduğu görülmüştür (Tablo-23). Ancak bu gruplar arasında cinsiyete göre dağılımda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 1,349$, $p= 0,245$).

Tablo 23: KÜTF özkıyım olgularında özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı

| | | Cinsiyet | | | | | |
|----------------|---------------------|----------|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım nedeni | Psikolojik nedenler | 38 | 76 | 12 | 24 | 50 | 100 |
| | Çevresel nedenler** | 31 | 86,1 | 5 | 13,9 | 36 | 100 |
| | Toplam | 69 | 80,2 | 17 | 19,8 | 86 | 100 |

$\chi^2 = 1,349$ $p= 0,245$

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Çevresel nedenler: Aile, arkadaş, okul, sevgili ile ilgili sorunlar

b) Hastalık Varlığı

Özkıyım olgularının 43'ünde (%45,3) kronik bir hastalık öyküsü olduğu saptandı. Varolan hastalıkların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında 35'i (%81,3) kız, 8'i (%18,7) ise erkekti (Tablo-24). Her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 0,027$, $p = 0,870$).

Tablo 24: KÜTF özkıyım olgularında tanıli bir hastalık varlığının cinsiyete göre dağılımı

| | Hastalık öyküsü | | | | | | |
|----------|-----------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| | | Var | | Yok | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Cinsiyet | Kız | 35 | 44,9 | 43 | 55,1 | 78 | 100 |
| | Erkek | 8 | 47,1 | 9 | 52,9 | 17 | 100 |
| | Toplam | 43 | 45,3 | 52 | 54,7 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 0,027$ $p = 0,870$

*Sadır yüzdesi verilmiştir.

Bu olguların 41'inde (%43,2) tanıli bir psikiyatrik hastalık varlığı saptandı. Olguların 32'sinde (%33,7) depresyon, 4'ünde (%4,2) bipolar bozukluk, 2'sinde (%2,1) anksiyete bozukluğu, 1'inde (%1) şizofreni, 2'sinde (%2,1) davranım bozukluğu tanısı mevcuttu. Kronik hastalığı olan 2 olguda (%2,1) ise hipotiroidi tanısı vardı (Tablo-24). Hastalığı olan bu olguların 30'unun (%31,6) mevcut hastalığına bağlı düzenli olarak ilaç kullandığı öğrenildi.

Tanıli bir hastalık varlığının yaş aralıklarına göre dağılımına bakıldığında 29 (%46) olgunun 14-16 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir, ancak istatistiksel olarak yaş aralıkları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 1,558$, $p = 0,459$) (Tablo-26).

Tablo 25: KÜTF özkiyim olguları tanılı hastalıklarının cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Hastalık öyküsü | Depresyon | 27 | 84,4 | 5 | 15,6 | 32 | 100 |
| | Anksiyete | 2 | 100 | - | - | 2 | 100 |
| | Bipolar bozukluk | 2 | 50 | 2 | 50 | 4 | 100 |
| | Diğer psikiyatrik hastalık** | 3 | 100 | - | - | 3 | 100 |
| | Hipotiroidi | 1 | 50 | 1 | 50 | 2 | 100 |
| | Toplam | 35 | 81.4 | 8 | 18.6 | 43 | 100 |

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Diğer psikiyatrik hastalıklar: Davranım bozukluğu, şizofreni

Tablo 26: KÜTF özkiyim olgularında tanılı bir hastalık varlığının yaş aralıklarına göre dağılımı

| | Tanılı hastalık varlığı | | | | | | |
|-------------|-------------------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| | | Var | | Yok | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Yaş aralığı | 11-13 | 2 | 25 | 6 | 75 | 8 | 100 |
| | 14-16 | 29 | 46 | 34 | 54 | 63 | 100 |
| | 17 + | 12 | 50 | 12 | 50 | 24 | 100 |
| | Toplam | 43 | 45,3 | 52 | 54,7 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 1,558$ p=0,459

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Psikiyatrik hastalık tanısı olan olguların 34'ü (%82,9) kız, 7'si (%17,1) erkektir (Tablo-27). Psikiyatrik hastalık varlığının cinsiyete göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2 = 0,033$, p= 0,856).

Tablo 27: KÜTF özkıyım olgularında psikiyatrik hastalık varlığının cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|------------------------------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | Var | 34 | 82,9 | 7 | 17,1 | 41 | 100 |
| | Yok | 44 | 81,5 | 10 | 18,5 | 54 | 100 |
| | Toplam | 78 | 82,1 | 17 | 17,9 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 0,033$ p=0,856

*Satır yüzdesi verilmiştir

Tanlı bir psikiyatrik hastalığı olan olguların 25'inin psikolojik nedenlere bağlı, 15'inin ise çevresel nedenlere bağlı olarak özkıyımında bulunduğu belirlenmiştir. Psikiyatrik hastalığı olan bir olgunun ise özkıyım nedenine ulaşılammıştır (Tablo-28). Özkıyım nedenlerinin psikiyatrik hastalığa göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 0,584$, p=0,445).

Tablo 28: KÜTF özkıyım olgularında özkıyım nedenlerinin psikiyatrik bir hastalık varlığına göre dağılımı

| | Psikiyatrik hastalık varlığı | | | | | | |
|----------------|------------------------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| | | Var | | Yok | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım nedeni | Psikolojik nedenler | 25 | 50 | 25 | 50 | 50 | 100 |
| | Çevresel nedenler** | 15 | 41,7 | 21 | 58,3 | 36 | 100 |
| | Toplam | 40 | 46,5 | 46 | 53,5 | 86 | 100 |

$\chi^2 = 0,584$ p=0,445

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Çevresel nedenler: Aile, arkadaş, okul, sevgili ile ilgili sorunlar

Psikiyatrik hastalığı varolan veya olmayan her iki grupta da ilaç alımı en çok tercih edilen yöntemdir (Tablo-29). İstatistiksel olarak baktığımızda ise her iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. ($\chi^2 = 3,094$, p=0,079).

Tablo 29: KÜTF özkıyım olgularında psikiyatrik hastalık varlığına göre özkıyım yönteminin dağılımı

| | Psikiyatrik hastalık varlığı | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| | | Var | | Yok | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım yöntemi | İlaç alımı | 33 | 39,8 | 50 | 60,2 | 83 | 100 |
| | Diğer** | 8 | 66,7 | 4 | 33,3 | 12 | 100 |
| | Toplam | 41 | 43,2 | 54 | 56,8 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 3,094$ p=0,079

*Satır yüzdesi verilmiştir.

**Diğer: Yüksekten atlama, kesici alet kullanımı, ası, madde kullanımı

Özkıyım olgularının 17'sinin (%17,9) daha önceden de özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Bu olguların 16'sında tanıli bir psikiyatrik hastalık varlığı bulunmaktadır (Tablo-30). Birden fazla özkıyım girişim öyküsünün olmasının, psikiyatrik hastalık varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 21,918$, p=0,000).

Tablo 30: KÜTF özkıyım olgularının önceki özkıyım öyküsünün psikiyatrik hastalık varlığına göre değerlendirilmesi

| | Önceden özkıyım girişim varlığı | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|-----|------|-----|------|--------|-----|
| | | Var | | Yok | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Psikiyatrik hastalık varlığı | Var | 16 | 39 | 25 | 61 | 41 | 100 |
| | Yok | 1 | 1,9 | 53 | 98,1 | 54 | 100 |
| | Toplam | 17 | 17,9 | 78 | 82,1 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 21,918$ p=0,000

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Varolan hastalığına bağlı olarak düzenli ilaç kullanan olguların (n:30) cinsiyete göre dağılımına bakıldığında 25'inin (%83,3) kız, 5'inin (%16,7) ise erkek olduğu saptandı. Bu ilaçların antidepresan, antipsikotik ve tiroid ilaçları olduğu belirlendi. Her iki cinsiyet arasında ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($\chi^2 = 0,045$, p=0,832) (Tablo-31).

Tablo 31: KÜTF özkıyım olgularında ilaç kullanımının cinsiyete göre dağılımı

| | Cinsiyet | | | | | | |
|-----------------------|----------|-----|------|-------|------|--------|-----|
| | | Kız | | Erkek | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| ilaç kullanımı öyküsü | Var | 25 | 83,3 | 5 | 16,7 | 30 | 100 |
| | Yok | 53 | 81,5 | 12 | 18,5 | 65 | 100 |
| | Toplam | 78 | 82,1 | 17 | 17,9 | 95 | 100 |

$\chi^2 = 0,045$ p= 0,832

*Satır yüzdesi verilmiştir.

Düzenli ilaç kullanımı olan (antidepresan ya da antipsikotik ilaç kullanan) olguların özkıyım anında da çoğunlukla bu ilaçları kullandıkları görülmektedir. Buna göre özkıyım anında alınan ilaçları grup 1 (analjezik, antibiyotik, kardiyak ilaçlar) ve diğerlerini de grup 2 (antidepresan ve antipsikotik ilaçlar) olarak sınıfladığımızda istatistiksel olarak bu gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 8,885$, p=0,003) (Tablo-32). Evde daha sık bulunan analjezik, antibiyotik grubu ilaçların düzenli ilaç kullanmayan olgular tarafından daha çok tercih edildiği saptanmıştır.

Tablo 32: KÜTF özkıyım olgularında özkıyım için alınan ilaç türlerinin ilaç kullanımı öyküsüne göre karşılaştırılması

| | Özkıyım anında alınan ilaç türü | | | | | | |
|----------------------|---------------------------------|--------|------|---------|------|--------|-----|
| | | Grup1* | | Grup2** | | Toplam | |
| | | n | %*** | n | % | n | % |
| ilaç kullanım öyküsü | Var | 8 | 34,8 | 15 | 65,2 | 23 | 100 |
| | Yok | 41 | 70,7 | 17 | 29,3 | 58 | 100 |
| | Toplam | 49 | 60,5 | 32 | 39,5 | 81 | 100 |

$\chi^2 = 8,885$ p=0,003

*Grup 1: Analjezik, antibiyotik, kardiyak ilaçlar

**Grup2: Antidepresan, antipsikotik ilaçlar

***Satır yüzdesi verilmiştir

İlaç olarak özkıyım girişiminde bulunan 83 olgunun kullandıkları ilaç çeşitleri Tablo-33'de verilmiştir. Analjezik türü ilaçlara evde ya da herhangi bir yerde erişimin daha kolay olması nedeniyle özkıyım girişiminde daha sık tercih edildiği görülmektedir.

Tablo 33: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım anında aldıkları ilaç türleri

| | | Özkıyım Olguları | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------|------|
| | | n | % |
| Özkıyım için alınan ilaç grubu | Analjezik/Antiinflamatuvar | 29 | 34,5 |
| | Antibiyotik | 3 | 3,7 |
| | Antidepresan | 12 | 11,2 |
| | Antipsikotik | 5 | 7,5 |
| | Kardiyak | 5 | 6,2 |
| | Temizlik Malzemesi | 2 | 1,2 |
| | Birden fazla ilaç ile* | 17 | 19,7 |
| | Diğer** | 10 | 15,9 |
| | Toplam | 83 | 100 |

*Birden fazla ilaç ile: analjezik, antibiyotik, kardiyak, grip ilaçları

**Diğer: Antiromatizmal ilaçlar, grip ilaçları, tiroid ilaçları

Evde meydana gelen özkıyım olaylarından 43'ünün (%87,8) sık bulunan ilaçları (grup1) tercih ettiği görülmüştür. Kullanılan ilaç gruplarının ev ve dış ortama (yurt, okul, arkadaş ya da akraba evi, sokak) göre karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo-34) ($\chi^2 = 0,188$, $p= 0,664$).

Tablo 34: KÜTF özkıyım olgularının özkıyım anında aldıkları ilaçların özkıyım yerine göre dağılımı

| | | Özkıyım yeri | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------|------|-----------|------|--------|------|
| | | Ev | | Dış ortam | | Toplam | |
| | | n | %* | n | % | n | % |
| Özkıyım için alınan ilaç grubu | Grup 1** | 43 | 87,8 | 6 | 12,2 | 49 | 60,5 |
| | Grup 2*** | 27 | 84,4 | 5 | 15,6 | 32 | 39,5 |
| | Toplam | 70 | 86,4 | 11 | 13,6 | 81 | 100 |

$\chi^2 = 0,188$ $p= 0,664$

*Satır yüzdesi verilmiştir

**Grup 1: Analjezikler, antibiyotikler

***Grup 2: Antidepresan, antipsikotik, antiromatizmal, kardiyak ve tiroid ilaçları

4.3. Kırıkkale İli ve KÜTF özkıyım olgularının karşılaştırılması

Üniversitemize başvuran özkıyım olguları, il geneli özkıyım olgularının içerisinde yer alan, daha ayrıntılı olarak incelediğimiz örneklem grubudur. Buna göre il geneli olgular ile KÜTF özkıyım olgularının sosyodemografik ve özkıyım girişimine ait

özellikleri Tablo-35’te karşılaştırılmıştır. Buna göre her iki grubun benzer özelliklere sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 35: Kırıkkale İli ve KÜTF özkıyım olgularının karşılaştırılması

| | | İl geneli özkıyım olguları | | KÜTF özkıyım olguları | |
|-----------------|-----------------------------|----------------------------|------|-----------------------|------|
| | | n | %* | n | % |
| Cinsiyet | Kız | 406 | 76,7 | 78 | 82,1 |
| | Erkek | 123 | 23,3 | 17 | 17,9 |
| Yaş aralığı | 11-13 | 74 | 13,9 | 8 | 8,4 |
| | 14-16 | 396 | 74,9 | 63 | 66,3 |
| | 17+ | 59 | 11,2 | 24 | 25,3 |
| Eğitim Durumu | Öğrenci | 434 | 82,1 | 95 | 100 |
| | Okulu Bırakmış | 95 | 17,9 | - | - |
| Özkıyım yılı | 2010 | 117 | 22,1 | 3 | 3,1 |
| | 2011 | 107 | 20,2 | 1 | 1,1 |
| | 2012 | 66 | 12,5 | 9 | 9,5 |
| | 2013 | 78 | 14,7 | 16 | 16,8 |
| | 2014 | 114 | 21,5 | 49 | 51,6 |
| | 2015 | 47 | 9 | 17 | 17,9 |
| Özkıyım ayı | Sonbahar | 59 | 25,4 | 25 | 26,3 |
| | Kış | 54 | 23,2 | 29 | 30,5 |
| | İlkbahar | 68 | 29,4 | 28 | 29,5 |
| | Yaz | 51 | 22 | 13 | 13,7 |
| Özkıyım saati | 1-6 | 32 | 13,7 | 8 | 8,8 |
| | 7-12 | 33 | 14,2 | 22 | 24,2 |
| | 13-18 | 74 | 32 | 26 | 28,6 |
| | 19-24 | 93 | 40,1 | 35 | 38,5 |
| Özkıyım yeri | Ev | 487 | 92,1 | 80 | 84,2 |
| | Dış Ortam | 42 | 7,9 | 15 | 15,8 |
| Özkıyım yöntemi | İlaç Alımı | 472 | 89,2 | 83 | 87,4 |
| | Diğer** | 57 | 10,8 | 12 | 12,6 |
| Özkıyım Nedeni | Psikolojik nedenler | 187 | 35,3 | 50 | 58,1 |
| | Aile ile ilgili sorunlar | 124 | 23,4 | 20 | 23,3 |
| | Okul ile ilgili sorunlar | 108 | 20,4 | 5 | 5,8 |
| | Sevgili ile ilgili sorunlar | 49 | 9,3 | 3 | 3,5 |
| | Arkadaş ile ilgili sorunlar | 20 | 3,8 | 8 | 9,3 |
| | Diğer*** | 41 | 7,8 | - | - |

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

**Diğer: Yüksekten atlama, kesici alet kullanımı, ası, madde kullanımı

***Diğer: Hastalık, maddi sıkıntı, yakın akraba ile ilgili sorunlar

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, 2010-2015 yılları arasında Kırıkkale İlinde meydana gelen 11-19 yaş aralığındaki tüm özkıyım olguları sosyodemografik ve özkıyım özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca aynı yıl aralığı içerisinde KÜTF Çocuk Acil Bölümüne özkıyım nedeniyle başvuran tüm olguların dosyaları geriye dönük incelenip, bu olgulara ait demografik, sosyokültürel, özkıyım şekli ve nedeni ile ilgili bilgilere ulaşılarak değerlendirme yapılmıştır.

Ülkemiz, özkıyım oranı düşük ülkeler arasında yer almaktadır, ancak yapılan istatistikler son 10 yıllık dönemde özellikle genç bireylerde özkıyım girişiminin giderek arttığını göstermektedir (118). Tamamlanmış özkıyım hızı 100.000'de 4,1 iken, özkıyım girişim hızının 100.000'de 31,5-112,9 gibi yüksek bir değer olması bunu destekler niteliktedir (119). Özkıyım tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ergenlerde karşılaştığımız önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özkıyım, dünya çapında genç yaş ölümlerinde ikinci sırada yer alırken, 15-19 yaş arası ergenlerin ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (38). Ülkemizde özkıyım girişiminde bulunanların %34,3'ünü 15-29 yaş grubundakiler oluşturmaktadır (Kadınların %18'i 15-19 yaş grubunda, erkeklerin %12,8'i 20-24 yaş grubunda) (45). Ergeni özkıyıma sürükleyen nedenler arasında genetik yatkınlık, psikiyatrik, psikolojik, ailesel, sosyal ve kültürel değişkenler ön sırada yer almaktadır (66).

Ülkemizde son elli yılda giderek artan sanayileşme ile birlikte kırsal alanlardan büyük kent merkezlerine doğru bir göç yaşanmıştır. İnsanlar hızlı endüstrileşmenin sonucu olarak eğitim, sağlık, ulaşım ve iletişim gibi temel alanlarda daha iyi hizmet almak için kent merkezlerine yerleşmektedir. TÜİK'in raporuna göre 1955 yılında Türkiye nüfusunun %71.21'i kırsal alanda ve %28.79'u kent merkezinde yaşarken; 2010 yılına gelindiğinde bu oran tersine dönmüş ve nüfusun %23.74'ü kırsal alanda ve % 76.26'sı kent merkezlerinde yaşamaya başlamıştır (120).

Hızlı kentleşme; il merkezlerindeki fiziki koşulları zorlamakta, sosyal ilişkilerin daha problemlili hale gelmesine neden olmaktadır. Eğitimin yetersizliği kent merkezlerinde artan genç nüfusun sosyokültürel olarak şehir hayatına uyum sağlamasını zorlaştırmaktadır (121). Kırsal kesimdeki yakın sosyal ilişkilerin ortadan kalkması, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve kültürel uyum sürecinde yaşanan olumsuzluklar hızlı

kentleşme sürecinde gençlerde yalnızlık, umutsuzluk, yaşamdan zevk alamama gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Fiziki ve sosyokültürel anlamda çarpık kentleşmenin devam ettiği illerde, genç nüfus; suç işleme, psikolojik rahatsızlıklar ve özkıyım açısından yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (121).

Kırıkkale; ülkemizde göç alan iller arasında yer almakta olup, TÜİK verilerine göre nüfusu yıllık %3-%4 arasında büyümektedir (120). Göç idaresinin verilerine göre son yıllarda Kırıkkale ilinde yabancı uyruklu (Afgan, Iraklı, Suriyeli) kişi sayısında artış görülmektedir. Yabancı uyruklu sayısı 2017 yılı içerisinde yaklaşık 7.000'e ulaşmıştır (120). Üniversitemizin Temmuz 1992'de kurulmasıyla birlikte il merkezinde yaşayan genç nüfus her geçen yıl giderek artmaktadır. Ankara ile komşu il olmasının yanı sıra, İç Anadolu'da bulunan diğer illere ulaşımı sağlayan anayolların il sınırları içinden geçmesi de yoğun insan akışına neden olmaktadır. Bu nedenlerden dolayı ilde son yıllarda hem ekonomik hem de sosyokültürel yapıda hızlı değişim gözlenmektedir. Bu değişimin genç nüfusun suça sürüklenmesini, karıştığı adli olayların sayısını ve niteliğini etkilediği düşünülmektedir.

Ülkemizde 2016 yılı verilerine göre adli olaylara karışan genç bireylerin %78'i, 12-17 yaş aralığında olup bunların %65,4'ü erkek, %34,6'sı kızdır. Adli olayların niteliğine bakıldığında %36,1'i yaralama, %23,1'i hırsızlık, %10'u ülkeye kaçak giriş yapma, %5,5'i uyuşturucu madde kullanma, barındırma ya da satma, %3,5'i cinsel suçlar, %3,4'ü mala zarar verme, %3,3'ü ise tehdit suçu olarak belirlenmiştir (122). 2016 yılı verilerine göre suça sürüklenen çocukların ülke geneli adölesan nüfusa oranı 0,009'dur. Kırıkkale ilinde aynı oran 0,014 olarak bulunmuştur. Buna göre ilimizde adölesan grubu nüfusun ülke geneline göre daha yüksek oranda suça sürüklendiği görülmektedir.

Türkiye'nin suça sürüklenen çocuk verilerinin il nüfuslarına göre oranına bakıldığında en yüksek şehir Ardahan, en düşük şehir ise Ankara'dır. İllerin suça sürüklenen çocuk sayısının il nüfusuna oranına göre dağılımı bazı illerde şöyledir (122); "Ardahan 7.0, Yalova 4.2, Bayburt 3.5, Kırıkkale 3.3, Kayseri 2.6, Konya 2.5, İzmir 2.4, Tekirdağ 1.2, Kahramanmaraş 1.2, Şanlıurfa 1.1, İstanbul 1.1, Mardin 1.0, Muğla 0.9, Hakkari 0.9, Tunceli 0.8, Trabzon 0,7, Ankara 0,5."

Kırıkkale ilinde, 2010-2015 yılları arasında 11-19 yaş aralığındaki ergenlerin dahil olduğu adli olayların sayısı 4502 olup, 952'si (%21,1) mala karşı işlenen suçlar (hırsızlık, gasp, yağmalama), 3550'si (%78,9) şahsa karşı işlenen suçlardır (adam öldürme, yaralama, cinsel istismar, özkıyım girişimi, genel adaba ve aile nizamına karşı işlenen suçlar, devlet idaresine karşı işlenen suçlar, narkotik suçlar).

Adli olaylar içinde 2010-2015 yılları arasında 529 olayın (%11,8) özkıyım girişimi olduğu saptanmıştır. Özkıyımın adli olaylar arasında azımsanmayacak bir yeri olduğunu görmekteyiz. Üniversitemiz acil servisine başvuran 11-19 yaş aralığındaki adli olguların da %16'sının özkıyım olgusu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında Kırıkkale ili geneli araştırmaların planlanması ve hayata geçirilmesi; ergenlerin özkıyımına sürüklenmesine neden olan risk faktörlerinin ortaya konması, suça eğilimin azaltılmasında işe yarayacak önlemlerin çoğaltılması açısından önem kazanmıştır. Çalışmamızın sonuçları ergeni özkıyımına iten risk faktörlerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Cinsiyet

Çalışmamız sonuçlarına göre, Kırıkkale ili genelinde özkıyım olgularının 406'sı (%76) kız, 123'ü (%23.3) erkek olup, erkek/kız oranı yaklaşık olarak 1/4 dür. Bizim sonucumuza benzer şekilde dünya ve ülkemiz genelinde yapılan diğer çalışmalarda da özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde kız/erkek oranlarının 3/1 ile 9/1 arasında değiştiği ve kızlarda daha yüksek oranda olduğu görülmektedir (67,68,76,105,123-128).

DSÖ'ne ve yapılan araştırmalara göre tüm dünyada özkıyım girişim oranları kadınlarda daha yüksektir (10,38-47,59,77). Kadın ve erkek arasındaki hormonal ve nörotransmitter düzeyindeki farklılıkların buna sebep olduğunu öne süren çalışmalar bulunmaktadır (129-131). Özellikle beyinde serotonin miktarındaki azalma nedeniyle oluşan dürtüsel davranış bozukluklarının kadınlarda daha sık ortaya çıktığı belirtilmektedir (132,133).

Depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkların kadınlarda daha fazla görülmesi de özkıyım riskini arttırmaktadır (134). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların baskı altında kalmasına, buna bağlı olarak psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (123). Ayrıca menstrual döngülerdeki hormonal değişiklikler kadınlarda duygudurum bozukluklarına neden

olabilmekte ve buna bağlı olarak özkıyımaya eğilimi arttırmaktadır. Özkıyım girişimi olan kadınlar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda ise FSH, LH'nın yada östrojen ve progesteronun normal popülasyona göre daha düşük olduğu saptanmıştır (135-137).

Özkıyım girişiminin kadınlarda daha fazla görölmesine karşın, DSÖ'ne göre tüm dünyada tamamlanmış özkıyım, erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görölmemtedir (10,38-47). Toplam 34 lke kapsamında yapılan bir çalışmada, tamamlanmış özkıyım olgularının %80,1'inin erkek, %19,9'unun ise kadın olduğu gösterilmiştir (138). Ülkemizde de TÜİK 2015 verilerine göre tamamlanmış özkıyım olgularının %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır (45).

Cinsiyetler açısından göröl bu farklılık, temel olarak seçilen özkıyım yöntemlerinin farklı olması ile açıklanabilir. Erkeklerin yöntem olarak genellikle ateşli silahlar ve kendini asma gibi şiddet içeren ve daha öldürücü olan yöntemleri kullandıkları, kadınların ise çoğunlukla yüksek dozda ilaç alma ya da yüksek bir yerden atlama gibi yöntemleri daha çok tercih ettikleri gösterilmiştir (77,78).

Özkıyım eylemi esnasında; erkeklerin hayatı sonlandırmada daha kararlı oldukları, bu nedenle ölümlerle sonuçlanabilecek özkıyım yöntemlerini daha sık tercih ettikleri savunulmaktadır (56,139). Çalışmamızda il genelinde tamamlanmış özkıyım olgusu ikisi erkek, biri kız olmak üzere üçtür. Bu olgulardan ikisi ateşli silah, biri ise kendisini asarak özkıyım girişiminde bulunmuştur. KÜTF özkıyım olguları arasında tamamlanmış özkıyım olgusu saptanmamıştır.

Kadın ve erkek arasındaki hormonal ve psikososyal farklılıklar, özkıyım düşüncesinin oluşumunu etkilemektedir (136,137,139). Erkeklerin kadınlara göre yaşama nedenlerinin daha az olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (77,79).

Evli olmak ya da ocuk sahibi olmak, kadınlarda tamamlanmış özkıyım eyleminin daha az görölmesine neden olabilmektedir (140). Ayrıca yalnızlık, yaşamdan zevk alamama ya da günlük hayattaki problemleri çözme becerisindeki yetersizliğin erkeklerde kadınlara oranla daha fazla gözleendiği saptanmıştır (56).

Yaş ve yaş aralığı

Çalışmamızda tüm olguların yaş ortalaması $14,94 \pm 1,36$ yıl, kızlarda $14,80 \pm 1,33$ yıl ve erkeklerde yaş ortalaması $15,38 \pm 1,36$ yıldır. Ülkemizde farklı illerde özkıyım üzerine yapılan benzer çalışmalarda yaş ortalamaları, Mersin'de 15,5 yıl,

Konya'da 16,08 yıl, İzmir'de 15,6 yıl, Elazığ'da 14,7 yıl olarak saptanmıştır (26,67,83,141). Yaş aralıklarına göre gruplama yapıldığında hem il genelinde hem de KÜTF özkıyım olguları içerisinde büyük çoğunluğun 14-16 yaş, orta ergenlik döneminde (%74,9) olduğu görülmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda yaş aralıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır.

Ergenlerde özkıyım riskinin en fazla olduğu dönemin 14-16 yaş aralığı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (23,24,26,29). ABD'de özkıyım, 10-14 yaş grubunda dördüncü sırada, 15-24 yaş grubunda ise üçüncü sırada ölüm nedenleri arasında sayılmaktadır (40). DSÖ genç bireylerde özkıyım girişimlerinin 15-24 yaş aralığında yoğunlaştığını belirtmektedir (38). Ülkemizde de özkıyım girişimlerinin %34,3'ünü 15-29 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır (45).

Yaşam ve ölüm kavramlarının ergenlik öncesi çocuklarda tam olarak anlaşılabilmesi özkıyım girişimlerinin çocuk yaş grubunda daha az görülmesine neden olmaktadır. Çalışmamızda özkıyım olguları arasında en küçük yaştan 12 yıl olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada özkıyım olasılıkları yaş aralığına göre incelenmiş ve 15-25 yaş aralığındaki bireylerin daha az yaşamı sürdürme nedeninin olduğu ve özkıyım olasılığı, yalnızlık ve umutsuzluk bakımından daha fazla puan aldıkları ortaya konmuştur (142). Orta ergenlik dönemi; ergenin biyolojik ve psikolojik olarak değişiminin en karmaşık olduğu dönemdir. Çevresi ile yaşadığı sosyal etkileşimin bir baskı olarak algılanabildiği bu dönemde ergen; kaçış yolu olarak özkıyımı seçebilmektedir (143).

Bir başka görüşe göre ise ergen özkıyımlarının en önemli nedenlerinden birisi çocukluk dönemindeki yaşadığı sevgi yoksunluğudur. Çocuğun büyüme esnasında bulunduğu çevreden yeteri kadar sevgi görmemesi, baskı görmesi, horlanması hatta reddedilmesi ileriki yaşlarda özkıyımı tetikleyebilmektedir (36,71,144). Özkıyımı taklit etmek de ergenlerde görebildiğimiz bir çeşit özkıyım şeklidir. Aşık olduğu kişinin yada hayranı olduğu bir ünlünün özkıyımında bulunması ergeni sonucunu düşünmeden özkıyımına itebilir(145,146)

Eğitim durumu

Çalışmamızda il geneli olguların %82,1'inin öğrenci olduğu bilinmektedir. Ülkemizde 11-19 yaş aralığı temel eğitimin aktif olarak devam etmesi gereken bir yaş

dilimidir, ancak özkıyım girişiminde bulunan olguların %17,9'unun okulu bırakmış olması düşündürücü bir sonuçtur. Bu olguların eğitime devam etmemiş olmalarının altında yatan nedenlerin özkıyım iten nedenler olabileceği düşünülebilir. KÜTF özkıyım olgularının ise tamamı okur yazar olup birinin yükseköğretimde, geri kalan diğer olguların ise ortaöğretimde eğitimlerine devam ettikleri saptanmıştır.

TÜİK verilerine göre ülkemizde on yıllık zaman dilimi içinde gerçekleşen özkıyım olgularında en yüksek oranı ilkokul mezunları oluşturmaktadır. En düşük özkıyım oranı ise yüksek öğrenim mezunları arasında görülmektedir (45). Düşük eğitim seviyesindeki bireylerin daha çok özkıyım girişimine eğilimli oldukları ve eğitim seviyesinin bir risk faktörü olduğu özkıyım üzerine yapılan çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlardan bir tanesidir. (67,121) Eğitimin daha kaliteli ve uygun düzeylerde olması, bireyin daha iyi meslekler edinmesini ve sosyokültürel açıdan daha iyi ortamlarda hayatını devam ettirmesini sağlamaktadır. Ayrıca bilişsel olarak yaşam zorlukları ile mücadele etmenin de eğitimle daha iyi öğrenilebileceği düşünülebilir (146,147).

Olguların eğitim seviyesi ile özkıyım nedenlerini karşılaştırdığımızda eğitime devam etmeyen olgularda psikolojik nedenlerin daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bu sonuç eğitim düzeyi düştükçe psikolojik problemlerinin arttığını düşündürmektedir.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümüne başvuran 372 özkıyım girişimi olgusunun değerlendirildiği çalışmada, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin özkıyım girişimini eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha az haber verdiği ve daha ölümcül özkıyım yöntemlerini tercih ettikleri bildirilmiştir (148). Manisa ili özkıyım girişimlerinin değerlendirildiği çalışmada ise 2007-2011 yılları arasında tespit edilen toplam 6827 olgunun %62,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (123). Diğer illere baktığımızda bu oranın Kütahya'da %50,8, Siirt'te %71,1, Şanlıurfa'da %55,5 olduğunu görmekteyiz (121,147,149).

İkamet ettiği yer

Çalışmamızda il geneli olguların 10'u köyde, 3'ü ilçede, gerikalan tüm olgular ise şehir merkezinde yaşamaktadır. KÜTF özkıyım olgularının ise %90'mı şehir merkezinde diğer kalan %10'luk kısım ise ilçelerde ikamet etmektedir. Kent yaşamının getirdiği kültürel, sosyal ve ekonomik problemler; bireyin psikolojik olarak baskı

altında kalmasına neden olmaktadır. Kırsal alanda yaşamın daha iç içe ve öngörülebilir olması, yakın çevre ile sosyal iletişimin daha iyi olması bireyin yalnızlık, umutsuzluk, yaşamdan zevk alamama gibi özkıyım iten duygulardan korunmasını sağlamaktadır. Şehirde yaşayan bireylerin köyde yaşayanlara oranla daha fazla özkıyım meyilli olduklarını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (83,150,151).

Alkol ve/veya Madde Bağımlılığı

Çalışmamızda İl geneli alınan verilerde özkıyım olgularının sigara, alkol ya da madde kullanımı bilgisine ulaşamadık. KÜTF özkıyım olgularının ise 6'sında sigara kullanımı, 3'ünde hem sigara hem alkol kullanımı bilgisine ulaşılmıştır. Yetersiz anamnez alımı ya da yetersiz bilgilendirme nedeniyle bu sayının gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir.

Ergenlerde karşımıza çıkan alkol ve/veya madde bağımlılığı, günümüz önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Ülkemizde uyuşturucu hap kullanımının yaşı ilköğretim düzeyine kadar düşmüştür. Bu yaş grubu çocukların tehlikeyi fark etmesi güçtür. Ailenin ve öğretmenin çocuğun olası karşılaşma durumunu göz önünde tutarak dikkatli olması gerekmektedir. Son yıllarda Ankara ve İstanbul gibi büyük şehirlerde okullarda uyuşturucu madde satılmasının önüne geçilmesi için büyük ve kapsamlı önlemler alınmaktadır.

Alkol ve madde bağımlılığı, ergenlerde psikiyatrik rahatsızlıklara sebep olduğu gibi özkıyım için de önemli bir risk faktörüdür (67,68,83). Uyuşturucu madde kullanan ergende meydana gelen davranış değişiklikleri, beslenme alışkanlığındaki bozulmalar, okul başarısındaki düşüş ve devamsızlığın artması gibi durumlar aile ve öğretmenler tarafından fark edildiğinde belki özkıyımın önüne erken geçilebilir. Ergenlik döneminde olan özkıyım girişimleri, sonraki özkıyım girişimleri için olduğu kadar erişkinlik döneminde duygudurum bozuklukları ve alkol/ madde bağımlılığı için risk de oluşturmaktadır. (156). Tamamlanmış özkıyım olgularında, en sık rastlanan psikiyatrik tanımlar ise duygulanım bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozukluklarıdır (158). Literatüre bakıldığında ergenlerde sigara ve alkol kullanımının ya da madde bağımlılığının varlığı özkıyım için önemli bir risk faktörüdür (152-156). Danimarka'da özkıyım girişimlerinin önlenmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, ergenlik döneminde alkol ve uyuşturucu madde kullanımı özkıyım için önemli bir risk etkeni olduğu

belirtilmiştir (157). Genel popülasyonda alkol bağımlılarında özkıyım girişimi %20-30 arasında görülmektedir. (158).

Özkıyım Özellikleri

Özkıyım zamanı

Olguların yıllara göre dağılımında en fazla olgunun 2010 yılında (n:117) olduğu görülmektedir. İncelenen zaman diliminde özkıyım girişim sayısında yıllara göre düzenli artan ya da azalan bir dağılım saptanmamıştır. İl geneli özkıyım girişimlerinin en fazla 2010 yılında meydana gelmiş olması, bu yıl içerisinde ilde meydana gelen büyük kitleleri etkileyebilecek olayları araştırmamıza neden olmuştur. İncelememiz esnasında özellikle ergen yaş grubu bireyleri etkileyebilecek toplumsal kaynaklı olaylara rastlanmamıştır.KÜTF özkıyım olgularının en fazla 2014 yılında olmasının; 2013 yılı sonunda yeni hastanemizin işler hale gelmiş olması ve hasta başvurularının yeni elektronik sistem üzerinden yapılmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda il geneli 2013-2015 yılları arasında meydana gelen 232 özkıyım olgusunun, olay ayı ve olay saati bilgisine ulaşılmıştır. Bu olgular üzerinden yapılan değerlendirmeye göre özkıyım eyleminin en fazla mart ve nisan ayı olmak üzere ilkbahar aylarında (n:68), ikinci sıklıkta sonbahar aylarında (n:59), en az ise yaz aylarında (n:51) meydana geldiği saptanmıştır. KÜTF özkıyım olgularının olay ayı değerlendirildiğinde ise özkıyım eyleminin en fazla ocak ayında olmak üzere kış aylarında (n:29), ikinci sıklıkta ise ilkbahar aylarında (n:28) meydana geldiği; yaz ayları olan haziran ve temmuzda (n:13) ise en az olduğunu saptanmıştır.

İklimsel koşulların, insan üzerindeki etkilerinin özkıyıma neden olabileceğini destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu görüşü savunanlar sıcaklık değişimleri, havanın yağmurlu, güneşli, açık, kapalı olması veya ay ve mevsim durumundaki değişmeler ile özkıyım arasında bir ilişki olma olasılığı üzerinde durmaktadırlar (159,160).

Özkıyımı İngiliz hastalığı olarak tanımlayan bir çalışmada Büyük Britanya üzerinde hakim olan kapalı ve sıkıcı havanın bireyi bunalıma sürükleyerek özkıyım riskini arttırdığı savunulmaktadır (161). Avrupa'da yapılan bir araştırmada ise; kuzey-batı ülkelerinde yaşayanlarda, akdeniz havzası içinde yer alan ülkelere göre özkıyım oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (162).

Ülkemizde iklimsel koşulların bölgelere göre sürekli değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Özkıyım oranlarının bölgelere göre dağılımında en fazla olgunun İstanbul'un da etkisiyle Marmara Bölgesinde olduğu, ikinci sırada ise Ege bölgesinin olduğunu görmekteyiz. İç anadolu bölgesi ise özkıyım oranı en az olan ikinci bölge olarak karşımıza çıkmaktadır (45).

Ancak Tablo-36'da görüldüğü üzere İç Anadolu Bölgesinde yer alan Kırıkkale'de, tamamlanmış özkıyım ve/veya özkıyım girişimleri olgularının diğer illere göre kendi yaş grubu ve il nüfusu dikkate alındığında oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu nedenle iklimin özkıyım eylemi üzerinde etkili bir faktör olduğu düşünülmemiştir.

Tablo 36: Türkiye geneli ve il çapında özkıyım üzerine yapılan çalışmalar

| Çalışma Sahibi | Çalışma Yeri ve Nüfusu | Çalışmanın Yapıldığı Kurum | Çalışma Tarihi | Olgu Sayısı | Özkıyım Şekli | Yaş Aralığı |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------|-------------|------------------------------------------|--------------|
| TÜİK* | 78.741.053** | TÜİK | 2010-2015 | 18.467 | Tamamlanmış Özkıyım | <15-85+ |
| Kararslan B. | Gaziantep-2014 1.753.596 | Gaziantep Üni. Tıp Fak. Adli Tıp AD. | 01.2005-12.2011 | 334 | Tamamlanmış özkıyım | 5-90 |
| Alptekin K. Duyan V. Demirel S. | Adıyaman-2006 580.926 | Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü | 01.2003-06.2005 | 210 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 14-45 |
| Poyraz R. Parmaksız İ. | Tokat-2014 617.802 | Gaziosmanpaşa Üni. Fen Bilimleri Inst. Biyoloji ABD. | 2010-2011 | 379 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 16-46+ |
| Gökhan Ş. Güloğlu C. | Diyarbakır-2008 1.492.828 | Dicle Üni.Tıp Fak. Acil Tıp | 01.2003-12.2007 | 1281 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 16-43 |
| Başaran E. Şahin M. | Kütahya-2011 590.496 | Dumlupınar Üni. Sosyoloji ABD. | 01.2010-12.2010 | 175 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 15-55 |
| Teğın N. Kızmaz Z. | Siirt-2014 314.153 | Fırat Üni. Sosyal Bilimler Inst. Sosyoloji ABD | 01.2008-12.2013 | 347 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 14-65 |
| Şimşek H. Dönmez G. | Manisa-2014 1.340.074 | Dokuz Eylül Üni. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD | 01.2007-12.2011 | 6827 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 15-65 |
| Günderci A. Karatay G. Gökçe S. | Tunceli-2017 86.076 | Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü | 01.2005-12.2015 | 435 | Tamamlanmış Özkıyım ve girişimler | 18-50+ |
| Bülbül S. Doğan S. | Kırıkkale-2018 270.271 | Kırıkkale Üni. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı AD. | 01.2010-12.2015 | 529 | Tamamlanmış özkıyım ve girişimler | 11-19 |

*Türkiye İstatistik Kurumu

**2015 yılı Türkiye nüfusu

Woo ve arkadaşlarının 2012 yılında Amerika’da yapmış oldukları çalışmada özkıyım girişimlerinin nisan ayında pik yaptığı, genel olarak ilkbahar aylarında yüksek seyrettiği tespit edilmiştir (163). Finlandiya ve İtalya’da yapılan çalışmalarda ise yaz mevsiminde özkıyım girişimlerinde artış olduğu gösterilmiştir (164,165).

Christodoulou ve arkadaşlarının 2012 yılında Yunanistan’da yaptıkları çalışmada, mevsimsellik çalışmalarının özkıyım davranışını anlamada katkıda bulunduğunu ve özkıyım girişimlerinin en fazla ilkbahar ile yaz mevsiminin erken zamanlarında meydana geldiğini belirtmişlerdir (159).

Ülkemizde, okulların kapanma dönemi olan yaz aylarında özkıyım girişimlerinin artış gösterdiğini destekleyen çalışmalar olduğu gibi (58,149,166,167), ilkbahar aylarında (83,151,168), ya da kış aylarında (169,170) pik yaptığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Alptekin ve arkadaşlarının Adıyaman’da yaptığı çalışmada özkıyım girişimlerinin en çok şubat ayında, en az ise nisan ayında meydana geldiği saptanmıştır (170). Sönmez ve arkadaşlarının Kuzey Kıbrıs’ta yaptığı çalışmada ise özkıyım girişimlerinin mart ayından başlayarak arttığı, haziran ayında ise pik yaptığı ortaya konmuştur (171), ki bu da araştırmanın yapıldığı bölgeye, mevsime, şehre ya da olgu sayısına göre sonuçların değişkenlik gösterdiğini düşündürmektedir.

Ergenlerde özellikle okulların kapanma dönemlerinde okul başarısındaki düşüşlerin özkıyım girişimi için bir risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir.(149,173).

Ayrıca öğrencilerde özkıyım girişimlerinin ilkbahar aylarından başlayarak yaz aylarına girerken artmasının nedeni olarak, sınav stresinin yanında havaların ısınmasıyla birlikte başlayan karşı cinsle yaşanan duygusal etkileşim gösterilebilir.

Özkıyım Saati

Çalışmamızda; ulaşılabilen verilere göre il geneli özkıyım girişimlerinin en fazla saat 19.00’da (n:21), ikinci sıklıkta saat 22.00’de (n:20) meydana geldiği; gün içerisinde ise en çok girişimin 19.00-24.00 saatleri arasında (n:93) gerçekleştiği saptanmıştır. Özkıyım girişimlerinin en az olduğu saatler ise 08.00 (n:1) ve 09.00 (n:2) olarak belirlenmiştir.

KTÜF özkıyım girişimlerinin ise en fazla 23.00'de (n:9) meydana geldiği, gün içerisinde ise en çok girişimin 19.00-24.00 saatleri arasında (n:35) gerçekleştiği saptanmıştır.

Özkıyım saatinin seçimi; bireyin yaşına, kararlılığına, seçeceği yöntem şekline göre değişkenlik göstermektedir. Ölüm düşüncesi olmadan yapılan özkıyım girişimlerindeki temel amaç, yakın çevrenin dikkatini çekmek, çözümleyemediği bireysel sorunlarda son noktaya geldiğini göstermek, kısaca yardım çağrısında bulunmaktır. Bu nedenle aile bireylerinin de müdahale edebileceği saatlerin, özellikle akşam saatlerinin, ergenler tarafından daha sık tercih edildiği görülmektedir. Yurt içi ve yurt dışı kaynaklı birçok çalışmada, ergenlerin büyük çoğunluğunun 18.00-24.00 saatleri arasında özkıyım girişiminde bulunduğu gösterilmiştir. (138,149,150).

Güloğlu ve arkadaşlarının yaptığı, 1281 olguyu incelediği çalışmada özkıyım girişimlerinin büyük çoğunluğunun (%26,6) 18.00-24.00 saatleri arasında gerçekleştiği saptanmıştır (173). Yine Söğüt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da özkıyım girişimlerinin %31,8'inin 18.00-24.00 saatleri arasında gerçekleştiği saptanmıştır (149).

Taktak ve arkadaşlarının İstanbul'da meydana gelen, tamamlanmış özkıyım olgularını incelediği çalışmada, özkıyım girişiminin %70.2 oranında gündüz saatlerinde meydana geldiği ortaya konmuştur. Bu sonucu, olguların gün doğumuyla beraber kendilerini son fiziksel eylem için daha güçlü hissediyor olabileceklerine ya da altta yatan depresyon varlığına bağlı olarak özkıyım meyilli oldukları en sıkıntılı saatlerin sabah saatleri olabileceği düşünülmüştür (174). Burdan da anlaşılacağı üzere planlanmış olan özkıyım girişimlerinde daha çok sabah saatleri tercih edilmektedir.

Depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk gibi psikolojik rahatsızlığı olan hastaların özellikle sabah saatlerini daha sıkıntılı geçirdiği bilinmektedir (175). Hormonal sistemin de bunun üzerine etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Hipotalamo-pitüiter-adrenal aksın (HYPAC) önemli hormonlarından biri olan kortizolün diurnal ritmi sonucu sabah saatlerinde, akşam saatlerine oranla 10 katına çıkması, bu saatlerin özkıyım açısından daha seçkin olmasına neden olmaktadır (176).

Kortizolün canlılık, duygusal işlevler, stimulus alışkanlığı ve sensitizasyonu, ağrı, uyku, enerji depolanması ve tekrar kullanılması üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. Kortizolün santral etkileri için temel nöroanatomi bölge, limbik orta beyin ve asendan retiküler aktive edici sistem arasında yer almaktadır (177).

HYPAC'ın mental durum üzerindeki birleştirici etkilerini ortaya koyan nonkimyasal mekanizmalar karışıktır, CRH salınımı noradrenerjik sistemle inhibe edilebildiği gibi, stimulator olarak kolinerjik ve serotoninerjik sistemler ile regüle edilebilir ve GABA-erjik, opioid ve diğer peptik sistemler ile de etkileşim içerisinde (177).

Depresyon veya anksiyete bozukluğu varlığında kortizolün diurnal ritminde bozulmalar olduğu ve buna bağlı olarak hastalarda normal bireylere oranla daha yüksek ACTH ve kortizol düzeylerinin saptandığı gösterilmiştir (178). Kronik stress ve depresif bozukluk arasındaki şaşırtıcı ilişki, psikiyatrik sendromların, gerçekte bir hastalık olmaktan çok, normal fonksiyonun bir sapması olarak ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir (177).

Özkıyım Yeri

Çalışmamızda il genelinde olguların 487'sinin (%92,1) evde, 15'nin (%2,8) okulda, 25'inin (%4,7) yurttan, 2'sinin de (%0,4) dış ortamda özkıyımında bulunduğu belirlenmiştir. KÜTF özkıyım olgularının ise 80'i (%84,2) evde, 5'i (%5,2) okulda, 7'si (%7,3) yurtbakım evinde, 2'si (%2,1) arkadaş/akraba evinde, 1'i (%1) ise sokakta meydana gelmiştir.

Özkıyım girişimlerinin %92 oranında evde meydana gelmesi, olguların büyük çoğunluğunun ise orta ergenlik dönemindeki kız olgular olması; dikkat çekmek ya da aile içinde kendini daha değerli hissetmek adına, aile fertlerinin müdahale edebileceği ev ortamının bilerek seçildiği sonucunu güçlendirmektedir.

Ülkemizde ergen özkıyımı üzerine yapılan çalışmalarda ergenin aktif uğraşının olmadığı ve yalnız kalabildiği saatlerin evde geçirdiği akşam saatleri olduğu, bu nedenle özkıyım girişimi için yaşadığı yerin daha çok tercih edildiği öne sürülmüştür (152,153).

Kültürel ve toplumsal alışkanlıklarımızı göz önünde bulundurduğumuzda erkeklerin kızlara oranla dış ortamda daha fazla vakit geçirebildiklerini görmekteyiz. Bu durum erkeklerin özkıyım girişimi için dış ortamı daha fazla tercih edebileceklerini düşündürmüştür. Ancak çalışmamızda her iki cinsiyet arasında özkıyım yeri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Özkıyım Yöntemi

Çalışmamızda il geneli olguların özkıyım yöntemlerini irdelediğimizde her iki cinsiyette de en sık kullanılan yöntemin ilaç alımı (n:472,%89,2), ikinci sıklıkta ise kesici alet kullanımı (n:35,%6,6) olduğu saptanmıştır.

Diğer yöntemlere baktığımızda sırasıyla 14'ü (%2,6) madde alımı (temizlik malzemesi, tarım ilacı, fare zehiri, uyuşturucu madde), 5'i (%0,9) yüksekten atlama, 2'si (%0,4) ateşli silah kullanımı ve 1'i (%0,2) kendisini asma şeklindedir. KÜTF özkıyım olgularının ise %87,4 ilaç içerek, 8'inin (%8,4'ü) madde alımı ile, 2'sinin %2,1 yüksekten atlayarak, 1'inin kesici alet ile ve 1'inin (%1,1) de kendisini asarak girişimde bulunduğu saptanmıştır. İlaç alan olguların büyük çoğunluğunun (%89,4) 14-16 yaş aralığında olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Özkıyım girişim yöntemlerini şiddet içeren ve içermeyen olarak iki grupta incelediğimizde; ası, yüksekten atlama, kendisini yakma, kesici alet ve ateşli silah kullanımı şiddet içeren yöntemler; madde alımı (temizlik malzemesi, böcek ilaçları, tarım ilaçları, uyuşturucu madde), ilaç alımı veya gazla yapılan girişimler ise şiddet içermeyen yöntemler olarak tanımlanmaktadır (180). Bireyin özkıyım girişimindeki kararlılığı seçilen yöntemi etkilemektedir (56,149). Ergenlerin özkıyım girişiminde bulunmasının temelinde yatan ana neden ölme isteğinden çok kendini ifade etme biçimi, dışavurum davranışı, yardım arama girişimi ya da etrafındakilerin ilgisini çekmek olabilir. (141). Bu bağlamda ergenin öldürücü olmayan yöntemleri seçmesi beklenen bir bulgudur.

DSÖ'nün 2012 yılında yayımladığı rapora göre; sadece 76 ülkenin özkıyım yöntemleri bilgisine ulaşılarak değerlendirmeye alınmıştır. Buna göre 2005-2011 yılları arasında tüm dünyada meydana gelen özkıyım girişimlerinin sadece %28'inin özkıyım yöntemi bilinmektedir. Bunların %50'si ası, %30'u ilaç ve insektisid içimi ve %18'i de ateşli silah kullanımı olarak belirlenmiştir. Bu rapora göre özkıyım yöntemlerinin tercihi ülkeden ülkeye değişmektedir. ABD'nin bazı eyaletlerinde ateşli silah kullanımı %46'ya ulaşırken, düşük gelirli ülkelerde en sık tarım ilacı içiminin tercih edildiği saptanmıştır. Çin, Hong Kong ve Singapur gibi ülkelerde yüksekten atlama daha çok tercih edilirken, Japonya'da Hidrojen Sülfid gazı kullanılabilir. Özkıyım

yöntemlerinin yaşa göre dağılımında ergenlerin sıklıkla ilaç içimini tercih ettikleri belirtilmiştir (38).

Yurt dışında ve yurt içinde yapılan birçok çalışmada ergenlerin en sık ilaç olarak özkıyım girişiminde bulunduğu ortaya konmuştur (30-33,46,54,58,149-154). Benzer çalışmalara baktığımızda, Poyraz ve arkadaşlarının Tokat ilinde yapmış olduğu çalışmada tüm özkıyım olgularının %83'ünün ilaç olarak girişimde bulunduğu, bu oranın ergen yaş grubunda %91'e çıktığı, ikinci sıklıkta ise kesici aletlerin kullanıldığı saptanmıştır (150).

Deniz ve arkadaşlarının üniversitemiz acil servisinde, 2009 yılında yapmış olduğu çalışmada özkıyım amacı taşıyan girişimlerde, özellikle genç yaş grubu kadınların yüksek risk taşıdığı ve bu amaçla en yaygın yöntem olarak ilaç alımının kullanıldığı saptanmıştır (179). Toplam 112 olgunun dahil edildiği başka bir çalışmada özkıyım girişimlerinin %71,4'ü 15-24 yaş aralığındadır ve biri hariç olguların tamamı ilaç olarak girişimde bulunmuştur (168). Ülkemizde özkıyım girişimlerinin incelendiği bazı çalışmalarda, olguların çoğunun 15-24 yaş aralığında olması ve bu olguların en sık ilaç olarak girişimde bulunması dikkat çekmektedir (83,149,169,173).

Şiddet içeren yöntemler tamamlanmış özkıyım olgularında daha sık tercih edilmektedir. Erkeklerde tamamlanmış özkıyımın daha fazla görülmesinin nedenlerinden birisi de, ölümle sonuçlanabilecek bu yöntemlerin kadınlara oranla daha sık tercih edilmesidir (81,127). Çalışmamızda il genelinde 3 olgunun özkıyım nedeniyle hayatını kaybettiği saptanmıştır. Bu olgulardan ikisi erkek biri kız cinsiyette olup; ikisinin ateşli silah kullanarak birinin ise kendisini asarak özkıyım girişiminde bulunduğu dikkat çekmektedir.

Taktak ve arkadaşlarının tamamlanmış özkıyım olguları üzerinde yaptığı çalışmada en sık tercih edilen ilk üç özkıyım yönteminin ası, ateşli silah ve yüksekten atlama olduğu gösterilmiştir (174). Ası ve yüksekten atlama gibi yöntemlerin her yerde kolayca ulaşılabilecek yöntemler olması daha sık tercih edilmesine neden olmaktadır. Literatüre baktığımızda ise ateşli silah, kesici alet kullanımı, kendini yakma gibi aşırı şiddet içeren yöntemlerin eskiye oranla daha az tercih edildiği sonucuna ulaşılmaktadır (83,127).

Özkıyım anında alınan ilaçlar ve türlerinin değerlendirilmesi

Çalışmamızda il geneli olguların özkıyım girişimi esnasında hangi ilaçları içtiği bilgisine ulaşılamamıştır. KÜTF özkıyım olgularının ise özkıyım girişimi için en sık kullandıkları ilaç grupları sırasıyla analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar, antidepresanlar, antipsikotikler ve kardiyak ilaçlardır. Bu olgular içinde, evde meydana gelen özkıyım girişimlerinde, evde sık bulunan ilaçların yani analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar, antibiyotikler ve kardiyak ilaçların daha çok tercih edildiği saptanmıştır. Çalışmamızın diğer sonuçlarına baktığımızda mevcut hastalığına bağlı düzenli ilaç kullanan 30 özkıyım olgusu belirlenmiştir. Düzenli ilaç kullanımı olan olgularda özkıyım anında kullanılan ilacın farklı olup olmadığı değerlendirilmiş, antidepresan ya da antipsikotik ilaç kullanan olguların özkıyım anında da çoğunlukla bu ilaçları kullandıkları; evde daha sıklıkla bulunan analjezik, antibiyotik grubu ilaçların düzenli ilaç kullanmayan olgular tarafından daha sık tercih edildiği gösterilmiştir.

Buna göre özkıyım anında alınan ilaçları grup 1 (analjezik, antibiyotik, kardiyak ilaçlar) ve diğerlerini de grup 2 (antidepresan ve antipsikotik ilaçlar) olarak sınıfladığımızda, düzenli ilaç kullanmayan olguların daha çok grup 1 ilaçları tercih etmesi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada antidepresan ve antipsikotik ilaçların özkıyım esnasında en sık tercih edilen ilaçlar olduğu saptanmış ve bu ilaçlara kolay ulaşımın nedeni olarak kişinin kendisinin yada aile bireylerinden birinin kullanıyor olması gösterilmiştir (68).

Ergenlerin özkıyım girişiminde bulunurken en sık kullandığı yöntemin ilaç alımı olduğu bilinmektedir. Özellikle orta ergenlik dönemi olarak tanımladığımız 14-16 yaş grubunda yüksek doz ilaç alımının en sık tercih edilen yöntem olduğu bir çok çalışmada ortaya konmuştur (68,76,81,83,127,141,170).

Özkıyım anında alınan ilaç türleri genellikle evde sık bulunan yada kolay elde edilen ilaçlardır. Bunlar analjezik-antiinflamatuvar ilaçlar, antibiyotikler, mide ilaçları, kardiyak ilaçlar, antidepresan ve antipsikotik ilaçlardır (68,173).

Deniz ve arkadaşları tarafından yapılan, KÜTF acil servisine 2005-2009 yılları arasında başvuran tüm zehirlenme olgularının incelendiği araştırmada, 11 yaş ve üzeri ilaç alımlarının %87'sinin özkıyım amaçlı olduğu, bu olguların % 67,5'unun kız olduğu ve en sık gastrointestinal ilaçların tercih edildiği saptanmıştır. Bu çalışmada saptanan

tüm özkıyım olgularının %73,3'ünü (n:85) 11-25 yaş aralığındaki ergenlerin oluşturduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada özkıyım amaçlı birden çok ilaç alımlarımda en sık analjezik-antiinflamatuvar ilaçların tercih edildiği gösterilmiştir (179).

Çalışmamız sonuçları ile benzer şekilde özkıyım girişimi için kullanılan ilaçların büyük çoğunluğunu analjezikler ve psikoaktif ilaçlar oluşturmaktadır. Bu nedenle ülkemizde bu grup ilaçların satışının da daha sıkı denetim ve gözetimle kontrol altında tutulması gerektiği vurgulanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, tüm dünyada ilaçların %50'sinden fazlası uygun olmayan şekilde reçetelenmekte ve satılmaktadır. Tüm hastaların yarısı da ilaçlarını doğru şekilde kullanmamaktadır (181). Böylece bireylerin kendi evlerinde kolayca ulaşabildiği ilaç yığınları oluşmaktadır. Doğu avrupa ülkelerinde antibiyotik tüketim miktarının ve sıklığının araştırıldığı uluslararası yapılan kapsamlı bir çalışmada, 42 ülke arasında en fazla antibiyotik kullanımının ülkemizde olduğu saptanmıştır (182). Ülkemizdeki sağlık harcamalarının büyük bir kısmını ilaç ithalatı oluşturmaktadır. Ekonomik açıdan ilaç ithalatının ülke bütçesine büyük bir yük oluşturduğu bilinmektedir (183).

Sağlık Bakanlığının son yıllarda yaptığı yayınlarda ve bildirimlerde “Akılcı İlaç Kullanımı”nın önemi vurgulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı kapsamında yürütülen “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017'ye” göre özellikle antibiyotik kullanımının ve gereksiz reçete edilmesinin engellenmesi planlanmaktadır (184).

Ülkemizde; ilaç satımı ve temin edilmesi alanında yapılacak yeni uygulamalar ile, acil servislerde hergün rastladığımız çocuklarda kaza ile ilaç içiminin ya da özkıyım amaçlı aşırı dozda ilaç alımını önüne geçilmesi planlanmalıdır.

Özkıyımı Haber Vermek

Ergenlerin günümüz teknolojisini daha sık kullandıklarını varsayarsak, mektup yazmak yerine özkıyım öncesi aile bireylerinden birine ya da bir arkadaşına mesaj göndererek haber vermiş olması beklenen bir durumdur. Özkıyım öncesi bırakılan notlar; mektup yazmak, telefonla mesaj yazmak ya da internet üzerinden not bırakmak şeklinde olabilmektedir (185). Gelişen teknoloji ile birlikte genç popülasyonun not

birakmada SMS (Short Message Service) veya sosyal paylaşım sitelerini daha sık kullandıkları belirlenmiştir (186). Özkıyım notları bazen af dileme ve geride kalanları vicdani yükümlülükten kurtarma amacıyla yazılmaktadır; bazen de aile fertlerini cezalandırma, sevgili ya da eşe karşı olan isyanı içerebilmektedir. Ergenlerin özkıyım notu olarak bıraktıkları mesajların genellikle Allah'tan af dileme, aileden özür dileme, sevgili ya da arkadaşlara vedayı içerdiği ortaya konmuştur (187). Literatürde ergenlerin özkıyım öncesi %10-25 oranında yazılı not bıraktıkları belirtilmiştir (174).

Karbeyaz ve arkadaşlarının Eskişehir'de intihar notlarının analizi üzerine yaptığı çalışmada not bırakan 168 özkıyım olgusunun 95'inin mektup yazdığı, 69'unun SMS ile, 4'ünün ise sosyal paylaşım sitesini kullanarak not bıraktığı saptanmıştır. Ayrıca 17-25 yaş aralığındaki olguların %60'ının SMS veya internet yoluyla not bıraktığı ortaya konmuştur (187).

Çalışmamızda KÜTF özkıyım olgularının 23'ünde (%24,2) özkıyım girişimi öncesi öndüşüncesinin olduğu ancak sadece bir olgunun yazılı not bıraktığı saptanmıştır. Elimizdeki bu verinin yetersiz olması, hastanın ilk başvurusu esnasında alınan anemnezde özkıyım notunun sorgulanmamasından kaynaklanmaktadır.

Özkıyım Nedeni

Ergeni özkıyımına sürükleyen nedenleri ortaya koymak ve altta yatan sorunları irdelemek bu alanda yapılan birçok çalışmanın temel amacıdır. Özkıyım nedenleri yaşa ve cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. Türkiye'de kadınlarda özkıyım nedenleri sırası ile en sık psikolojik nedenler, aile içi geçimsizlik ve şiddete maruz kalma, aile baskısı, psikiyatrik hastalıklar ve fiziki rahatsızlıklarken, erkeklerde ise en sık ekonomik nedenler, psikolojik nedenler ve aile ile ilgili problemlerdir (45,54).

Özkıyım nedenlerinin cinsiyete göre dağılımında hem il geneli olgularda hem de KÜTF özkıyım olgularında, kızlarda birinci sırada psikolojik nedenler özkıyımına neden olurken ikinci sırada aile ile ilgili sorunların yer aldığı görülmektedir. Erkeklerde ise birinci sırada psikolojik nedenler yer alırken ikinci sırada karşı cinsle yaşanan sorunlar yer almaktadır. Buna bağlı olarak çalışmamızda cinsiyetler arasında özkıyım nedenine bağlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır.

Olguların eğitim durumuna göre özkıyım nedenlerinin dağılımında okul ile ilgili problemlerin öğrenci olanlarda ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Benzer çalışmalara baktığımızda Tokat'ta yapılan çalışmada kızlarda en sık özkıyım nedeninin ailevi problemler, erkekler de ise psikolojik problemler olduğu saptanmıştır (150).

Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada özkıyım girişimi olan 121 ergen değerlendirilmiş, en sık özkıyım sebeplerinin aile içi problemler, karşı cinsle yaşanan sorunlar ve okuldaki başarısızlık olduğu gösterilmiştir (83). Şimşek ve arkadaşlarının Manisa ilinde yapmış olduğu çalışmada 15-24 yaş aralığındaki özkıyım olgularının en sık aile ile ilgili problemler, ikinci sırada ise psikolojik problemler nedeniyle girişimde bulunduğu saptanmıştır (123). Yine Van'da yapılan bir çalışmada ergenlerin %62,2'sinin aile içi problemler nedeniyle özkıyım girişiminde bulunduğu ortaya konmuştur (168). Ergenlik dönemini ayrı olarak ele aldığımızda ise, aile içi problemler, psikolojik sorunlar, okul ile ilgili problemler ve arkadaş ya da karşı cins ile yaşanan problemlerin ilk sıralarda yer aldığını görmekteyiz (121,141,150).

Psikolojik Nedenler

Çalışmamız sonuçları hem il geneli hemde KÜTF özkıyım olgularının özkıyım nedenleri arasında ilk sırada psikolojik nedenlerin yer aldığını göstermektedir. Çocuktan alınan öyküde, neden olarak iç sıkıntısı, mutsuzluk, umutsuzluk, suçluluk hissi, yalnızlık ve yaşamdan zevk alamama şeklinde verilen cevaplar psikolojik nedenler olarak değerlendirilmiştir. Bu sonucu literatürle karşılaştırdığımızda yapılan birçok çalışmada benzer bulgular ortaya konmuştur (48,56,71,188,189).

Günümüzde hemen hemen tüm yaş gruplarında karşımıza çıkan mutsuzluk, umutsuzluk ve yaşamdan zevk alamama nedeniyle yaşamın sorgulanması, bulaşıcı bir hastalık gibi yaygınlaşmaktadır. Tüm dünyada özellikle genç bireyler; sosyal yaşamın sadece teknolojik aletlerle devam ettirildiği bir dönemi yaşamaktadır. Karşılıklı iletişimin ve ortak yapılan sosyal aktivitelerin azalması, özellikle ergenlerin içe kapanmasına, kendisini yalnız hissetmesine ve karşılaştığı sorunlarla tek başına mücadele etmesine neden olmaktadır.

Yakın ve destekleyici kişiler arası ilişkilere sahip olmak, özkıyım davranışına karşı koruyucu bir faktördür (190). Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin, girişimde

bulunmayanlara göre daha az sayıda yakın ilişkilerinin olduğu, bu ilişkilerinde daha fazla çatışma yaşadıkları ve daha az doyum sağladıkları belirtilmektedir (191).

Eskin ve arkadaşlarının, 959 lise öğrencisini incelediği çalışmada; her üç gençten birisinin keyifsizlik ve durgunluk, gündelik işlerden zevk alamama, karar vermede güçlük ve kendilerini sürekli stres altında hissetme gibi şikayetlerinin olduğu saptanmıştır (48). Toplam 1334 ergen üzerinde yapılmış bir başka çalışmada ise, ailesi ve arkadaşları ile kolay iletişim kuran kız ve erkeklerin özkıyım düşüncesinin, zor iletişim kuranlara göre daha az olduğu saptanmıştır (107).

“*Psikolojik sağlamlık*”, günümüzde önemle üzerinde durulan bir kavramdır. Psikolojik sağlamlık, oldukça zor koşullara rağmen, bireyin bu koşulların üstesinden başarıyla gelebilme ve uyum sağlayabilme yeteneğidir (97). Çocuğun psikolojik olarak yeterli hale gelmesi için; gelişimsel görevleri başarması, çevresi ile olumlu sosyal ilişkiler kurması, duygusal sorunlarını çözümlenebilmesi, okula devam etmesi, yaşa uygun spor yapması, sosyal çalışmalara katılması, arkadaşları tarafından kabul görmesi ve yakın arkadaşlık ilişkileri kurabilmesi ve bütün bunların sonucunda yaşamdan doyum alması gerekmektedir (97).

Ayrıca çocuğun sağlıklı bir şekilde ergenlik dönemine geçişi için aile ortamında bir birey olarak desteklenmesi ve sevgi görmesi de çok önemlidir. Ergenin biyopsikososyal açıdan sağlıklı yetişkin olması için aile ve çevre ortamının, bireyin gelişimine katkı sağlayacak şekilde düzenlenmesi, kişiler arası iletişim becerilerinin geliştirilmesi, etkili problem çözme becerilerinin öğretilerek sorunlar karşısında kullanılması ve başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesi sağlanmalıdır (50). Ancak bu şekilde karşılaşılabilecek olumsuzlukların üstesinden gelebilir ve özkıyım eylemi bir çözüm yolu olmaktan çıkabilir.

Ailesel Nedenler

Çalışmamızda ikinci sırada aile içi problemler yer almaktadır. Olguların 124'ünün (%23,4) ailevi nedenlerle özkıyım girişiminde bulunması ailenin işlevselliğinin özkıyım için ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Ebeveyn ve çocuk arasındaki karmaşık ilişkinin özellikleri, ilerleyen dönemde gencin davranış kalıbını şekillendirmektedir (192).

Anne, baba ve çocuk arasında oluşan güvenli bağlanma ve sevgi alışverişinin yeterli düzeyde olması, çocukların hayata bakış açılarını temelden etkilemektedir. Öte yandan ailede oluşan tüm negatif duyguların çocuğa aktarılması; gencin gelecekte bunu içselleştirmesine, dışlanmış ve yalnız hissetmesine, suçluluk duygusuyla birlikte kendisine zarar vermesine neden olabilmektedir (193).

Şiddeti öğrenme ve şiddet davranışının aile içindeki döngüsü de gencin sorunlarıyla baş etmede 'kendine yönelik şiddeti-özkıyımı' tercih etmesiyle sonuçlanabilmektedir (189). Aile ve arkadaş desteği ile ergenin yaşama nedenleri arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (194). Bireyin, anne/babası tarafından reddedilme ya da terk edilmesi, yaşadığı güçlükler karşısında yalnız bırakılması; özbenliğinin zedelenmesine, hissettiği kaygı ve güvensizliğin derinleşmesine, umutsuzluğa kapılmasına neden olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, özellikle ebeveyn kaybının depresyon ve özkıyım riskini belirgin oranda arttırdığı saptanmıştır (49,66,195). Aile desteğinin bir şekilde ortadan kalkması veya yetersiz olması yalnızlık, umutsuzluk, karamsarlık gibi özkıyımaya neden olan duyguların da yoğunlaşmasına neden olabilmektedir (56,196). Çelik ve arkadaşları, özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde aile ile çatışma halinde olunması ve buna bağlı oluşan iletişim güçlüğüne en önemli stres etkeni olduğunu öne sürmüşlerdir (141). Özellikle annede varolan depresyon, anksiyete, duygu durum bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklar, küçük yaşlardan itibaren çocukta ruhsal problemlere yol açabilmektedir (68).

Özetle ailenin işlevselliği, çocuğun ileriki yaşamında karşılaşacağı zorluklarla baş edebilmede ve psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasını önlemede belirleyici olabilmektedir (194,195). Aile ortamında ortaya çıkan olumsuzluklar, ergende özkıyım davranışının meydana gelmesinde öncü bir faktör olabilir (68,189,194).

Ergeni temelden etkileyen ailesel olaylar (54);

- Anne ve babanın boşanmış olması,
- Anne,baba ve/veya kardeş ölümü,
- Aile içerisinde ergenin yaşadığı sorunlarla başbaşa kalmasına neden olan iletişim eksikliği varlığı,
- Anlayışsız, düşmanca anne /baba tutumlarına ya da şiddete maruz kalınması,
- Ailede psikiyatrik hastalık varlığı,

- Ailede alkol ya da madde bağımlılığının olması,
- Ailede özkıyım girişiminde bulunanların olması.

Ülkemizde yapılan çalışmalar ve çalışmamız sonuçları, ailevi problemlerin ve psikolojik sorunların birbirini etkilediğini ve bu iki temel faktörün genç bireylerde özkıyım nedenlerinin başında geldiğini göstermektedir (23,26,197,198).

Ebeveyn ayrılığı, aile fertlerinde özkıyım girişim öyküsünün varlığı veya ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunması özkıyım için önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır (123,199). Ülkemizde yapılan çalışmalarda özkıyım girişiminde bulunan olguların ailesi içinde daha önceden özkıyım girişimi öyküsünün bulunması; İstanbul'da %15 (143), Trabzon'da %18,3 (23), Manisa'da %16 (205) ve Sivas'ta %10 (206) olarak gösterilmiştir.

Dağılmış ailelerden gelen çocuklarda, normal popülasyona göre, özkıyım riskinin önemli oranda arttığı gösterilmiştir (200-202). Özkıyım davranışı gösteren ergenlerin anne ve babasının eğitim düzeylerinin düşük, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranlarının ise yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (68,201,203,204).

Çalışmamızda KÜTF özkıyım olgularının beşinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ikisinde ebeveyn ayrılığı, ikisinde ebeveyn ölümü ve yine ikisinde de ailede özkıyım girişimi öyküsü olduğu saptanmıştır. Ancak bu bilgiler aile fertlerinin eksik bilgilendirmesi nedeniyle doğru oranda kayıt altına alınamamaktadır. İl geneli özkıyım olgularının aile bilgilerine ulaşamadığı için bu faktörü irdelenecek yeterli değerlendirme yapılamamıştır.

Tüm dünyada ve ülkemizde çocuk istismarı giderek artmaktadır. Çocuğun ya da ailesinin olayı bildirmemesi gerçek oranların gün yüzüne çıkmasını engellemektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde cinsel ya da fiziksel istismarın, hayat boyu özkıyım riskini arttırdığı bildirilmektedir (207).

İstismar öyküsü bulunan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, özkıyım riskinin çok yüksek olduğu ve bu olguların hayatın bir döneminde mutlaka özkıyım girişiminde buldukları gösterilmiştir (208). Ülkemizde lise öğrencilerinde istismar ve kendisine zarar verme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen geniş örneklemlili bir anket çalışmasında, ergenlerin %34.8'inin travmaya maruz kaldığı, %10.7'inin cinsel

istismara uğradığı ve cinsel istismara uğrayan olguların %25.2'sinde ise özkıyım girişimi öyküsünün olduğu belirlenmiştir (209).

Ruhsal yapılanmanın henüz tamamlanmadığı ergenlik döneminde cinsel istismar gibi çocuğun ruhsal ya da fiziksel bütünlüğüne tehdit oluşturabilecek olayların çocukta suçluluk, kaygı, depresif belirtiler ve olaylarla baş etmede güçlük yaratabileceği ve çocuğun çıkış yolu olarak özkıyım davranışına yönelebileceği düşünülmektedir (210).

Ayrıca istismara maruz kalmanın, istismar öncesinde bulunan ruhsal sorunların şiddetini ağırlaştırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Ek olarak, cinsel istismarın şiddetinin de özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu; dokunma içermeyen cinsel istismarda özkıyım girişimi sıklığının % 3.3, dokunma içerende bu oranın %8.3 ve cinsel ilişkinin eşlik ettiği istismarda ise % 15.2 olduğu öne sürülmektedir (211).

Çalışmamızda, il geneli özkıyım olgularının fiziksel ya da cinsel istismar öyküsünün olup olmadığı hakkında bir bilgiye ulaşılamamıştır. KÜTF özkıyım olguları içerisinde ise 4 olgunun fiziksel ya da cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir. İstismara uğrayan olguların tamamı kızdır.

Okul Kaynaklı Nedenler

Eğitim sistemimizde hemen her yıl meydana gelen farklı müfredat uygulaması ya da sınav içerik ve yapılarındaki değişikliklerin, öğrenciler üzerinde büyük bir stres kaynağı oluşturduğu görülmektedir. Eskin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada lise öğrencilerinde ortaya çıkan psikolojik problemlerin kaynağının üniversite sınavında başarısız olma kaygısının olduğu ortaya konmuştur (48). Yine Eskin tarafından yapılan başka bir çalışmada 966 lise öğrencisinin %25,7'sinin en az bir defa özkıyım düşündüğü saptanmıştır (213).

Çalışmamızda olguların 108'inin (%20,4) okul ile ilgili sorunlar nedeniyle özkıyım girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Okul başarısızlığı hem özkıyım girişiminde hem de ergende depresyon oluşumunda önemli bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır (68).

Okul ve dersler ile ilgili sorunlar ya da devamsızlık özkıyım davranışı riskini arttırmaktadır (202-204). Özfırat ve arkadaşlarının 2005-2006 yılında 9042 lise son sınıf öğrencisinde yaptığı çalışma bu görüşü destekler niteliktedir. Bu çalışmada, okul

başarısızlığı olan öğrencilerin %64,2'sinin ve başarılı olan öğrencilerin ise %36,8'inin depresif bozukluk belirtisi gösterdiği saptanmıştır (212).

Sosyal Çevre Kaynaklı Nedenler

Ergenin ailesi kadar sosyal çevresi de özkıyım teşebbüs için önemli bir risk faktörüdür. Bu dönemde karşı cinsle yaşanan duygu alışverişinin uç noktalarda olması ergenin, ufak olayları bile içselleştirmesine neden olabilmektedir.

Bazı ergenlerde ortaya çıkan platonik bağlanma; karşısındaki bireyin insan üstü algılamasına, günlük yaşantıdaki ikili ilişkilerde olan duygu aktarımına yanlış anlamlar yüklemesine ve duygusal problemlere neden olabilmektedir. Günümüz medyası da bu durumda büyük rol oynamaktadır. Ünlülerin sıradışı yaşantıları, aşırılıkları bir çok televizyon (TV) programında göz önünde tutulmaktadır (214).

Ergenlerin evde aktif TV izledikleri saat dilimlerinde gösterilen dizilerin konu içerikleri, bazı dizilerdeki aktörlerin ilaç alarak özkıyımında bulunması ergenler için rol model olmaktadır (215). Popüler dizilerdeki ünlülere platonik bağlanmalar da ergenlerde, duygudurum bozukluğuna veya gerçek ile hayal ürünü ayırımında algı bozukluğuna neden olabilmektedir (215).

Çalışmamızda il geneli olgularda belirlenen diğer özkıyım nedenlerine baktığımızda; olguların 20'sinin (%3,8) arkadaş ile ilgili sorunlar, 49'unun (%9,3) karşı cinsle yaşanan sorunlar, 41'inin (%7,8) ise diğer nedenler (hastalık, maddi sıkıntı, yakın akraba ile ilgili sorunlar) nedeniyle özkıyımında bulunduğu belirlenmiştir.

Depresyon ve Diğer Psikolojik Hastalıklar

Çalışmamızda; KÜTF özkıyım olgularının 41'inde (%43) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Bu olguların cinsiyete göre dağılımında 34'ünün (%82,9) kız olması psikiyatrik hastalıkların erkeklere oranla kadınlarda daha sık görüldüğünü destekler bir bulgudur (26,51,71-74). Bu olguların 32'sinin (%33,6) depresyon tanısı aldığı saptanmış olup, literatürle karşılaştırıldığında bu oran yüksek bulunmuştur (72,73,114,212). Ergenlik döneminde birey stresli yaşam olayları ile baş etmeye çalışırken depresyon, duygulanım ve anksiyete bozukluğu gibi ruh sağlığı problemleri ortaya çıkabilmektedir (48). Depresyon ile özkıyım girişimi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (26,51,53,71,74,114).

Psikiyatrik hastalıklar arasında depresyon; özellikle orta ve geç ergenlik döneminde %4-20 oranında görülmektedir (48,71). Ergenlik döneminde ortaya çıkan depresyonun altta yatan sebeplerine bakıldığında aile içi problemler, ebeveyn ayrılığı, aile üyelerinden birisinde psikiyatrik bozukluk varlığı, okulda başarısızlık, kronik hastalık varlığı en çok göze çarpan nedenlerdir (50-54, 67,68,74).

Çalışmamızda depresyona neden olan problemlere yönelik bilgilere ulaşamamıştır ancak bu olguların özkıyım nedenlerine bakıldığında 19'unun (%59,3) yaşamdan zevk alamama, umutsuzluk, karamsarlık gibi psikolojik nedenlere bağlı girişimde bulunduğu saptanmıştır.

Literatüre baktığımızda ergenlerdeki depresif belirtilerden; umutsuzluk, karamsarlık gibi bazı bilişsel yönlerin, özkıyım ile daha yakından ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (48,56,196) Özkıyım eğilimli olan ergenlerin sorunları çözümsüz olarak gördüğü, bu ergenlerde varolan bilişsel işleme ve sorun çözme becerilerindeki bozuklukların olumsuz duygulanım, öfke ve duygudurum bozukluklarına yol açtığı ortaya konmuştur (51,66).

Ayrıca umutsuzluk duygusunun varolan depresyonun şiddetini ve özkıyım riskini büyük oranda arttırdığı öne sürülmektedir (196). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; umutsuzluk düzeyinin en yüksek olduğu grubun, özkıyım girişimi olan hasta grubu olduğu, bunu depresif hastaların izlediği bildirilmektedir (56).

Özkıyım girişiminde bulunan ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda öfke ve dürtüsellik sağlıklı ergenlere oranla daha fazla görüldüğü ortaya konmuştur (67,76) Ergenlerin kendisine zarar verme davranışları çoğunlukla dürtüsel ve bu ergenlerin büyük kısmı dürtü ve öfke kontrolünde sorun yaşamaktadır (81).

Yalaki ve arkadaşlarının özkıyım girişiminde bulunan 141 ergen üzerinde yaptığı çalışmada Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeğine göre bu ergenlerde %60 oranında depresif bulgular saptamıştır (68). Bu çalışmaya katılan ergenlerin daha önceden psikiyatrik bozukluk tanısı olanlarının %86,8'inde özkıyım girişiminde bulunduğu dönemde depresif belirtiler gösterdiği ortaya konmuştur. Aynı zamanda psikiyatrik bozukluk tanısı olan ergenlerin %73,7'sinin annesinde de depresif

belirtiler gözlenmiştir. Bu durumda ergen ve ailedeki depresif belirtilerin, aile içi problemlerin birbirlerini etkilediğini göstermektedir (68).

Depresyonun en önemli komplikasyonu özkıyım girişimidir. Depresyonda olan bir bireyde özkıyım riskinin genel popülasyondan 20-30 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (216). Bu açıdan bakıldığında ergenlerde depresyonun ortaya çıkması önlendiğinde, özkıyım girişimlerinin de azalması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda tüm özkıyım olguları değerlendirildiğinde her iki cinsiyette de psikolojik nedenlerin özkıyım nedenleri arasında ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bu sonuç ergenlik döneminde koruyucu ya da tedavi edici psikiyatrik desteğin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Özkıyım girişiminde olan ya da olmayan ancak evde, okulda ya da arkadaşlarıyla birlikteyken yaşadığı problemleri dışarıya vuran her ergenin psikiyatrik desteğe ihtiyacı olduğu önemli bir çıkarımdır.

Çalışmamızda özkıyım olgularının 17'sinin (%17,9) daha önceden de özkıyım girişiminde bulunduğu ve bu olguların 16'sında psikiyatrik bir hastalığı olduğu belirlenmiştir. Birden fazla özkıyım öyküsünün olmasının, psikiyatrik hastalık varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu ortaya konmuştur. Deveci ve arkadaşlarının yaptığı 1086 özkıyım olgusunun değerlendirildiği çalışmada, hastaların %24'ünün daha önceden de özkıyım girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (205).

Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüselliğin araştırıldığı başka bir çalışmada ise bu oran %40 olarak bulunmuştur (67). Çalışmamızda özkıyım girişimi sonrası acil serviste alınan ilk öykünün yetersizliği ve psikiyatriye sevk edilmesine rağmen hastanın bu görüşmelere gitmemesi nedeniyle bu oranın gerçekte daha yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Özkıyım girişimleri sıklıkla hastane acil servislerinde nöbet koşullarında değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme özkıyım girişiminin risk faktörlerinin belirlenmesinde çok önemlidir, bu nedenle ilk anamnezin yeterli sürede ve uygun ortamda alınması gerekmektedir. Bireyin alacağı ruhsal yardımı, tedaviyi ve uzun izlemdeki seyri doğru belirlemek altta yatan nedenlerin çözümlenmesini, psikiyatrik bozuklukların tedavisini ve sonuç olarak tekrarlayan özkıyım girişimlerinin

engellenmesini sağlayacaktır. Özkıyım girişiminde bulunmuş kişi bu konuda mutlaka yönlendirilmelidir.

Araştırmamızda incelediğimiz olguların hastane kayıtlarına bakıldığında, büyük çoğunluğun özkıyım girişimi sonrası hastanemizin psikiyatri bölümüne ait giriş ya da kaydının bulunmadığı saptanmıştır. Bu sonuç özkıyım olgularının uzun dönemde morbidite ve mortalite açısından izlenmediklerini düşündürmektedir. Ergenlerin özkıyım girişimi sonrası yaklaşık %2-3'nin tıbbi bakım aldığı, %50'den azının acil servislerde görüldükten sonra psikoterapiye gönderildiği ve tedaviye başlananların çoğunun tedavilerini tamamlamadığı öne sürülmektedir (168). Yapılan bir çalışmada özkıyım girişimi sonrası olguların %15-%21 oranında tekrar girişimde bulunabileceklerini belirttikleri ortaya konmuştur (217). Bu nedenle bu bireylerin psikiyatrik izlemlerinin/kontrollerinin düzenli yapılması gereklidir. İzlem/kontrol için erişilemeyen olguların aile fertlerine ulaşılarak durumun ciddiyeti hakkında bilgilendirme yapılmalı ve bu bireylerin psikiyatrik yardım almaları sağlanmalıdır.

Tek görüşme sonrası kontrollere gelmeyen hastaların ne kadarının tedaviyi reddettikleri için gelmediği, ne kadarında özkıyım girişimine neden olan durumun düzeldiği sorusu irdelenmelidir (123). Ekici ve arkadaşları tamamlanmış özkıyımlarda iki önemli risk etkeninin fiziksel hastalık varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi olduğunu göstermiştir (53).

Özkıyımdan koruyucu merkezler; telefonla yardım, kriz merkezleri özgül sağaltım kuruluşlarıdır (mak özkıyım girişim doğası). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1989 yılında kurulan "Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi" ülkemizdeki ilk kriz merkezidir (218). Özkıyım ve özkıyımı önleme gibi temel konularda ülke genelinde öncü kurum olan kriz merkezi Dünya Sağlık Örgütü tarafından referans kurum olarak kabul edilmektedir (218).

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından 2004 yılında başlatılan ve 32 pilot ilde uygulamasına geçilen "Acil Serviste Özkıyım Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" özkıyım girişimlerini önleme ve azaltma çalışmaları açısından ülkemizde atılan önemli bir adımdır (219). Bu programın amacı özkıyım girişimlerini acil servislerde kayıt altına almak ve bir veri bankası oluşturmak, özkıyım girişimleri ve diğer kriz durumlarında bu kişilere ve ailelerine uygun zamanda, gerekli psikososyal desteğin verilmesidir.

Ergen ya da erişkin tüm özkıyım olgularının ilk değerlendirilmeleri ve gerekli müdahaleler acil hekimi tarafından yapıldıktan sonra psikososyal destek birimine yönlendirilmekte gerekli görülen olgular psikiyatri ile konsülte edilmekte, ihtiyaç halinde hasta yakınları da sürece dahil edilmektedir. Özkıyım girişimi sebebi ile acil servise başvuran her olgu “özkıyım girişim geri bildirim formu” doldurularak kayıt altına alınmaktadır (219).

Özkıyım olgularının acil servise başvurusunda hasta ve yakınlarının verdiği bilgiler sıklıkla yetersiz veya yanlış olabilmektedir. Ergeni özkıyımına sürükleyen nedenlerin araştırılması için psikiyatri bölümünün ve acil servisin ortak çalışması önem kazanmaktadır. Ülkemizde acil servislere başvuran özkıyım girişimlerinin kayıtlarının eksik tutulması, ortak bir dil kullanılmaması özkıyım nedenlerinin tam olarak anlaşılmasını güçleştirmektedir.

Özkıyım girişimi açısından ergenlerin yüksek risk grubu içinde olduğu düşünülürse özellikle okul sağlığı hizmetlerinin ve oluşturulan ergen sağlığı birimlerinin yaygınlaştırılması ve işlerliğinin artırılması bu girişimlerin önlenmesinde çok önemlidir. Ev ve okul ziyaretleri, yaşadığı yerdeki sosyal incelemeler özkıyım girişiminde bulunan ergenin olası ihmal ya da istismara uğradığını belirlemede yardımcı olabilir.

Özkıyım eylemine karar verip harekete geçmeden evvel birçok olgunun özkıyım düşüncelerini açıkça veya ima yoluyla çevrelerine aktardıkları ve bu dışı vurumların okulda veya aile içinde yakınları tarafından ciddiye alınması gerektiği bilinmelidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kırıkkale İlinde, 2010-2015 yılları arasında 11-19 yaş grubu tüm adli olayların sayısı 4502 olup, 952'si (%21,1) mala karşı işlenen suçlar (hırsızlık, gasp, yağmalama, yangın), 3550'si (%78,9) şahsa karşı işlenen suçlardır (adam öldürme, darp, yaralama, cinsel istismar, özkıyım girişimi, genel adaba, aile nizamına ve şahıs hürriyetine karşı işlenen suçlar, devlet idaresine karşı işlenen suçlar, narkotik suçlar). Türkiye geneli adölesan yaş grubu adli olayların nüfusa oranı 0,009 iken Kırıkkale'de bu oran 0,014 bulunmuştur. Buna göre ilimizde suça sürüklenen çocuk oranı yüksektir.

Adli olaylar içerisinde 529 olgunun (%11,8) özkıyım girişimi olduğu saptanmıştır. Bunlardan üçü özkıyım nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Aynı tarihler içinde hastanemize 95 özkıyım olgusunun başvurduğu saptanmıştır. İl geneli özkıyım olguları, adli olaylar içinde azımsanmayacak bir yere sahiptir. Örnek çalışmalarla karşılaştırıldığında il geneli özkıyım girişimlerinin yüksek olduğu görülmektedir.

Hem il geneli hem de hastane başvurularında en fazla olgunun 14-16 yaş aralığında (orta ergenlik döneminde) olduğu belirlendi. Özkıyım olgularının büyük çoğunluğunun 14-16 yaş aralığındaki kız olgular (%58,2) olması, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre orta ergenlik dönemindeki kız çocuklar, özkıyım girişimi için en riskli grubu oluşturmaktadır. Bu bağlamda ortaöğretimdeki öğrenciler hem rehber öğretmenler hem de aileleri tarafından daha yakın takibe alınmalı, riskli olduğu düşünülen ergenler için psikiyatrik destek planlanmalıdır. Özkıyım girişimi açısından bütün ergenlerin yüksek risk grubu içinde olduğu düşünülürse özellikle okul sağlığı hizmetlerinin ve oluşturulan ergen sağlığı birimlerinin yaygınlaştırılması ve işlerliğinin artırılması bu girişimlerin önlenmesinde çok önemlidir. Ev ve okul ziyaretleri, yaşadığı yerdeki sosyal incelemeler özkıyım girişiminde bulunan ergenin olası ihmal ya da istismara uğradığını belirlemede yardımcı olabilir.

Eğitim durumuna göre değerlendirme yapıldığında olguların 434'ünün (%82,1) halen öğrenci olduğu, 95'inin (%17,9) ise okulu bıraktığı belirlendi. Bu olguların eğitimine devam etmemiş olmaları büyük bir sorundur. Araştırmamızda ele aldığımız 11-19 yaş aralığı, temel eğitimin aktif devam etmesi gereken bir zaman dilimidir. Milli Eğitim Bakanlığı'nın denetiminde yeni düzenlemeler ve projeler ile çocukların okulu bırakmalarına neden olan faktörler saptanmalı ve bunlara yönelik önlemler alınmalıdır.

İl geneli özkıyım girişimlerinin en fazla ilkbahar aylarında meydana gelmiş olması; ilimizde okulun kapanma dönemine yakın ilkbahar aylarının özkıyım girişimi için en riskli dönem olduğunu ortaya koymaktadır. Bu dönemde öğrencilerin, okuldaki derslerin yanı sıra liselere ve üniversiteye hazırlık sınavlarına da hazırlanıyor olmaları önemli bir stres faktörüdür.

Hem il geneli hem de hastaneye başvuran özkıyım girişimlerinin en fazla 19.00-24.00 saatleri arasında gerçekleştiği, ayrıca il geneli özkıyım olgularının %92,1'inin, KÜTF özkıyım olgularının ise %84,2'sinin evde girişimde bulunduğu saptanmıştır. Ergenin, ölme isteğinden çok bir birey olarak farkına varılmak ya da kendini değerli hissetmek adına aile üyelerine kolayca ulaşabilecekleri bir ortamda girişimde buldukları düşünülmüştür. Bu nedenle özellikle ebeveynlerin bu yaş grubu çocuklarla daha yakın ilişki kurmaları, onları bir birey olarak kabul etmeleri ve özgürlük alanlarını daraltmadan bilişsel ve sosyal gelişimlerine yardımcı olmaları önemlidir.

Olgulardan 472'si ilaç alımı ile özkıyım girişiminde bulunmuştur. KÜTF özkıyım olgularının girişim esnasında en sık tercih ettiği ilaç grubu (%34,5) analjezik-antiinflamatuvar grubu ilaçlardır. Evde meydana gelen özkıyım olaylarında evde sık bulunan ilaçlar daha çok tercih edilmektedir. Bu nedenle evde bulunan ilaçların kontrol altında tutulması, olası zehirlenme ya da özkıyım girişimlerini önlemede yardımcı olacaktır.

Özkıyım nedenleri değerlendirildiğinde sırasıyla psikolojik nedenler, aile ile ilgili sorunlar ve okul ile ilgili sorunlar ön sırada yer almaktadır. Ergenlerdeki psikolojik problemlerin daha erken tanınması ve yakın takibinin yapılması özkıyımı büyük ölçüde önleyebilir. Türk toplumunun geleneksel yapısı nedeniyle kız çocuklara büyük sorumluluklar yüklenebilmektedir. Bu nedenle kızlarda aile içi problemlerin erkeklere oranla daha fazla özkıyımına neden olduğu düşünülmektedir.

Özkıyım olgularının 43'ünde tanıli bir kronik hastalık öyküsü vardır. Bu olguların %78'i depresyon tanısı almıştır ve bu olguların 17'sinin daha önceden de özkıyım girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca birden fazla özkıyım girişim öyküsü olmasının, psikiyatrik hastalık varlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, psikiyatrik hastalık varlığının KÜTF özkıyım olgularında yüksek olması ve birden fazla özkıyım girişiminin olması bu olguların psikiyatri bölümünde daha yakın takibe alınması gerekliliğini ortaya koymuştur.

Her özkıyım girişimi adli bir olgudur. Bu nedenle adli tutanağı mutlaka tutulmalı ve hastane polisine haber verilmelidir. Elektronik sisteme hastanın girişi yapılırken özkıyım girişimini belirten doğru tanılar kullanılmalıdır. İzlem/kontrol için erişilemeyen olguların aile fertlerine ulaşılarak durumun ciddiyeti hakkında bilgilendirme yapılmalı ve bu bireylerin psikiyatrik yardım almaları sağlanmalıdır.

Ergen ya da erişkin tüm özkıyım olgularının ilk değerlendirilmeleri ve gerekli müdahaleler acil hekimi tarafından yapıldıktan sonra psikososyal destek birimine yönlendirilmeli, gerekli görülen olgular psikiyatri ile konsülte edilmeli, ihtiyaç halinde hasta yakınları da sürece dahil edilmelidir. Bireyin alacağı ruhsal yardımı, tedaviyi ve uzun izlemdaki seyri doğru belirlemek; altta yatan nedenlerin çözümlenmesini, psikiyatrik bozuklukların tedavisini ve sonuç olarak tekrarlayan özkıyım girişimlerinin engellenmesini sağlayacaktır.

Ergeni özkıyıma sürükleyen nedenlerin araştırılması için psikiyatri bölümünün ve acil servisin ortak çalışması önem kazanmaktadır. Ülkemizde acil servislere başvuran özkıyım girişimlerinin kayıtlarının eksik tutulması, ortak bir dil kullanılmaması özkıyım nedenlerinin tam olarak anlaşılmasını güçleştirmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO, World report on violence and health: Definition and typology of violence, 2017.
2. Şiddet Kavramı ve Kökeni, Türkçe sözlük. 10. Baskı, Ankara. Türk Dil Kurumu Yayınları, 2005.
3. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 31(1): 25-29.
4. Gürkan A., Saral S. TSK hastaneleri acil servis hemşirelerinin adli olgulara ilişkin yaklaşımları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. İstanbul, 2008.
5. Doğan, M.B. Adli Vakalarda Olay Yerine Müdahaleye Giden Sağlık Ekiplerinin Olay Yerine ve Delillere Yaklaşımı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.
6. Özkıyım (İntihar) Anlamı, Yeni Türk Ansiklopedisi, Ötüken Yayınları, İstanbul, 1985 4: 1480.
7. Şiddet kelimesinin kökeni, Etimoloji Türkçe, Türkçe etimolojik kelime incelemeleri, [https://www.etimolojiturkce.com/\(13/01/2017\)](https://www.etimolojiturkce.com/(13/01/2017)).
8. Parlaz E., Tekgül N. Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci, The Journal of Turkish Family Physician, cilt3,sayı 2,2012
9. T.C. Başbakanlık Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu (Türk Dil Kurumu), Ergenlik tanımı ve kökeni, [http://www.tdk.gov.tr,\(27/09/2017\)](http://www.tdk.gov.tr,(27/09/2017)).
10. World Health Organization (WHO), Promoting the health of young people in Custody p.7. <http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf, 30/09/2017>.
11. Fromm E., Sahip Olmak ya da Olmak. 3. Baskı, İstanbul, Arıtan Yayınevi. 1991.
12. Güleç H., Topaloğlu M., Ünsal D., Altıntaş M. Bir Kısır Döngü Olarak Şiddet-Violence as a Vicious Cycle. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry 2012;4(1):112-137.
13. Tel H., Gizli sağlık sorunu: Ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları., C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2002, 6(2): 1-9.
14. Dursun Y. Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir?. Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi (FLSF), 2011, Güz; 12:1-18.
15. Türkdöğen O. Sosyal şiddet ve Türkiye gerçeği, Timaş yayınları, 1996, İstanbul, s 342.
16. Ergil D. Şiddetin Kültürel Kökenleri, Bilim ve Teknik, Sayı 399, Şubat 2001. s.40-41.
17. Lorenz K. Saldırganlığın Spontanlığı, Cogito. sayı 6-7. Kış-Bahar, 1996 s.165-168.

18. Backman CW, Secord PF, Social Psychology, 2nd Ed. Mcgraw-Hill Tokyo, 1974.
19. Aziz A., Kadın, Şiddet ve İletişim, Dünya’da ve Türkiye’de Güncel Sosyolojik Gelişmeler, Sosyoloji Derneği Yayınları. Ankara, 1994.
20. Kocacık F. Şiddet olgusu üzerine, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,2001;2(1):1-7.
21. Aksoy E, Çoltu A, Ege B, Günaydın G, İnanıcı MA., Karali H., Karagöz M., Ötker C., Yemişçigil A. Adli travmatoloji, www.ttb.org.tr, (10.03.2017).
22. Sayıl I., Doğan O., İntihar davranışı epidemiyolojisi, Psikiyatrik epidemiyoloji, Ege psikiyatri yayımları, 1995 s;118-23.
23. Sayar K., Bozkır F., İntihar girişiminde bulunan ergenlerde özkıyım niyeti ve ölümcüllüğün belirleyicileri, Yeni sempozyum, 2004; 42:28-36.
24. Uçan Ö., Sayıl I., Türkiye’ de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması, Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
25. Weis M. Suicide In: A Handbook of Psychiatry, Editör: S. Arieti. Newyork: Basic Books Inc. Publishers, 1974, 743-765.
26. Yektaş Ç., Bildik T., Depresyon tanılı kız ergenlerde intihar davranışının doğası ve gelişimsel bağlamı: kimlik duygusu, ergen-ebeveyn ilişkileri ve duygusal özerklik, EÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İzmir, 2013.
27. Eskin M., İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme, Hekimler Yayın Birliği Basım, Yayın 249, Psikoloji ve Psikiyatri Dizisi 63, 2012, Ankara.
28. Hill R, Castellanos R, Pettit J. Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. Clinical Psychology Review 31,2011, 1133–1144.
29. Özgüven D.H., Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. Can J Psychiatry,48: 324-329, 2003.
30. 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 (6) 444-454 s 445.
31. Bridge JA., Goldstein TR., Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2006;47:372- 94.
32. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. Clin Psychol Rev. 2004;24(8):957-979.
33. Eaton DK and et al. Youth Risk Behavior Surveillance -United States, 2011. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2012. 61(4).
34. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye İntihar İstatistikleri, 2011, <http://www.tuik.gov.tr> (10.08.2017).

35. Paycı SO, Suicidal Thought and Behavior in High School Students in Adana, Turkey. *Suicidal Thought and Behavior in Adolescents*, Coll. Antropol. 29 (2005) 2: 527–531.
36. Eskin M., Ertekin K., Dereboy Ç. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol 28(3), 2007, 131-139.
37. Toprak S, Cetin I, Güven T. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students *Psychiatry Research* 187, 2011, 140–144.
38. World Health Organization (WHO), Preventing suicide a resource for general physicians. http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf; p.17, Genova. (erişim 10.09.2017)
39. Arpi D., Boudreaux E., Wang N. et. al. National Study Of Us Emergency Department Visits For Attempted Suicide And Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Annals Of Emergency Medicine*. 2005;46: 369-75.
40. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinions in Pediatrics*. 2009; 21:613–619.
41. Collett B., Myers KM. Suicidality and youth: identification, treatment, and prevention. İn: Cheng K, Myers KM. *Child And Adolescent Psychiatry The Essentials*, Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 299-320.
42. Parellada M, Saiz P, Moreno D Et. Al. Is Attempted Suicide Different İn Adolescent And Adults, *Psychiatry Research*. 2007; 30 : 1-7.
43. Phillips M., Li X., Zhang Y. Suicide Rates İn China, 1995-99. *Lancet*. 2002; 359: 835-40.
44. Kapur N., Gask L. Introduction To Suicide And Self-Harm. *Psychiatry*, 2006; 5:259- 62.
45. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye İntihar İstatistikleri, 2015, <http://www.tuik.gov.tr> (10.08.2017).
46. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalance, risk faktors, and clinical implications. *Clinical Psychology science and practice* 1996;3:25-36.
47. Suvarlı M.K., Çocuklarda ve Adolesans Çağında İntihar: Araştırmalar, Önlemler ve Çözüm Önerileri, KD, C.3, S.1-2, Ankara, 1995, s.89.
48. Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2000; 3: 228–234.r.
49. Palabıyıkoglu R. İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi <http://dergiler.ankara.edu.tr> 21/64/598pdf (22/08/2017).
50. Eryüksel G.N. Ana-baba ve ergen ilişkilerinin davranışsal- aile sistemleri kuramına göre değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1996 11 (38), 1-17.
51. Eryüksel G.N., Akün E. Depresyonu olan ergenlerin ile ana-babalarının ve aile ilişkilerinin ve bilişsel çarpıtmalarının incelenmesi, 2003.

52. Guleç G., Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan genlerin sosyodemografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin araştırılması. New yeni sempozyum 2006;44:3.
53. Ekici G., Savaş H.A., Çıtak S., Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt: 11, Sayı: 3, İstanbul, 2001, s.168-169.
54. Kozatepe E. “İntihar Ve İntihara Teşebbüs Yöntemleri, Nedenleri Ve Çözüm Yolları” Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2015.
55. Aktepe E., Kandil S., Göker Z., K. Sarp, M. Topbaş, E. Özkorumak. “İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk Ve Ergenlerde Sosyodemografik Ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi” TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006: 5 (6) 444-454, s 445.
56. Batıgün A.D. İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. Türk Psikoloji Dergisi, Aralık 2008, 23 (62), 65-75.
57. Saraçoğlu U., Acil Servise Zehirlenme Sonucu Gelen Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Psikiyatrik Analizi, ÇÜ, Tıp Fakültesi Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2011, s. 7.
58. Öztop D.B., Özdemir Ç., Ünal D., Akgül H., Şahin N., İntihar Girişiminde Bulunan 6-16 Yaş Grubuna Ait 2002-2006 Yılları Başvuru Kayıtlarının Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009, Cilt:4, Sayı:11.
59. Brent D.A., Baugher M., Bridge J., Chen T., Chiappetta L. Age-and sexrelated risk factors for adolescent suicide. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999;38:1497-505.
60. Ceyhun A.G., Ceyhun B. Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2003; 6:217-24.
61. Fidaner H., Fidaner C., Türkiye’de İntihar Epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, İstanbul,1987, s.311.
62. Ekici G., Savaş H.A., Çıtak S., İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler, APD, C.2, S. 4, Sivas, 2001, s.205.
63. Balcıoğlu İ., Çitken A., Stres, İntihar ve Adli Psikiyatri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açısından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No:47, İstanbul, 2005, s. 214.
64. Gürkan B., Dirik G. Üniversite Öğrencilerinde İntihar Düşünce ve Davranışları ile İlişkili Faktörler: Yaşamı Sürdürme Nedenleri ve Baş Etme Yolları Türk Psikoloji Yazıları, Aralık 2009, 12 (24), 58-69 s.60
65. Batıgün A.D. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: öfke/ saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. Kriz Dergisi 2004;12:49-62.

66. Öncü B., Sakarya A., Ergen özkıyımlarında bilişsel etmenler ve çarpıtmanın rolü, Role of cognitive factors and distortions in adolescent suicides; *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2013;5(2):232-245.
67. Akin E., Berkem M., İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik, Anger and Impulsivity in Adolescents Attempting Suicide.; *Marmara Medical Journal* 2012; Vol. 25 Issue 3, p148-152. 5p. 3 Charts.
68. Yalaki Z., Çakır İ., Taşar M., Yalçın N., Bilge Y. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi; Relationship of depressive symptoms in mothers and adolescents with adolescent suicides; *Dicle Medical Journal*;2012,39(3): 350-358.
69. Uysal S. “Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Genç Erişkin Hastalarda İntihar Girişimi Olan Ve İntihar Girişimi Olmayanların Klinik Tanıları, Borderline Kişilik Özellikleri, Mizaç Ve Karakter Özellikleri Açısından Karşılaştırılması”. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2010.
70. Bakım B., Özçelik B., Karamustafaloğlu O., *Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları*, *Düşünen Adam Dergisi*, C.20, S.1, İstanbul, 2007, s.44.
71. Eskin M., Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(4):382-389.
72. Rutter, M. (2007). Psychopathological development across adolescence. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 101–110.
73. Hallfors, D. D., Waller, M. W., Ford, C. A., Halpern, C. T., Brodish, P. H., & Iritani, B. Adolescent depression and suicide risk: Association with sex and drug behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27, 224–231.
74. Soylu N. Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Düşüncesini Etkileyen Sosyal, Emosyonel Ve Kognitif Faktörlerin Araştırılması, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa, 2009.
75. Ağaoğlu B. Depresif Bozukluklar İçinde: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. 373-381.
76. Gözden Ş., Üneri Ö.Ş., Ergenlerdeki intihar davranışının dürtüsellik, öfke ifadesi ve aile özellikleri açısından değerlendirilmesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
77. Carroll-Ghosh T, Victor BS, Bourgeois JA, Suicide, in *Textbook of Clinical Psychiatry*, 4th edition. Ed by hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2003, pp1457-1483.
78. Maris RW, Berman AL, Silverman MM, *Comprehensive Textbook of suicidology*. The Guilford Press, New York, 2000.
79. Hawton K., *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Oxford University Press.2005.

80. Toros, F., Bilgin, N.G., Buğdaycı R., Sasmaz T., Kurt O., Camdeviren H. Prevalence of depression as measured by the CBDI in a predominantly adolescent school population in Turkey. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 2004, 19(5), 264–71.
81. Kara M.Z., İntihar Girişimi Olan Ve Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Gösteren Ergenlerde Gelişimsel Ve Psikiyatrik Özellikler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.
82. Blake SM, Ledsy R, Lehman T, Goodenow C, Sawyer R, Hack T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: the benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *Am J Public Health* 2001;91:940-6.
83. Gökçen C., Köylü R., Acil servisten intihar girişimi nedeniyle psikososyal destek birimine yönlendirilen 18 yaş altı olguların değerlendirilmesi; Evaluation of cases under 18 years admitted for attempted suicide to the emergency service and transferred to the psychosocial support unit; *Journal of Academic Emergency Medicine*, Mart 2011: 18-21.
84. Hawton K, Bergen H, Kapur N, Cooper J, Steeg S, Ness J, Waters K. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2012.
85. WHO. Definition of quality of life, The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), Comprehensive mental health action plan 2013–2020, [http://www.who.int/mental_health/en/\(26/08/17\)](http://www.who.int/mental_health/en/(26/08/17)).
86. Özalp E., İntihar Davranışının Genetiği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009; 20(1):85-93.
87. Walther DJ, Peter JU, Bashammakh S et al. Synthesis of serotonin by a second tryptophan hydroxylase isoform. *Science*, 2003, 299: 76.
88. Courtet P, Picot MC, Bellivier F et al. Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts. *Biol Psychiatry*, 2004, 55:46–51.
89. Yörükoğlu A. Gençlik Çağı Ruh Sağlığı ve Sorunları. İstanbul: Özgür Yayın Dağıtım, 1989.
90. Aydın B. Çocuk ve Ergen Psikolojisi. Marmara Üniversitesi Yayınları No:1, İstanbul, 1997, syf 148-149.
91. Rudolph CD, Abraham MR., Lister GE, First LR, Gershon AA, Principles of Adolescent Care, *Rudolph's Pediatrics*, 22nd Edition. syf 270-273.
92. Uytun M.Ç., Öztıp D.B., Eşel E., Ergenlik ve Erişkinlikte Bağlanma Davranışının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* , 2013, syf 177-189.
93. Erikson EH, Identity: Youth and Crisis. New York, 1968, (Çev: Füsün Akkoyun) W.W.Norton.
94. Ok F., Atak H. İnsan Yaşamında Yeni Bir Dönem; Beliren Yetişkinlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2010, 39-50.

95. Tanner JM "Growth at Adolescence". With a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity. Oxford, Blackwell Scientific, 2nd ed. 1962; 325.
96. Ercan O. Adolesanın Fiziksel Gelişimi. "Adolesan Sağlığı, II. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri" Sempozyum Dizisi No: 63. İstanbul, Aksu Basım Yayın. 2008;13-18.
97. Kulaksızoğlu A., Ergenlik Psikolojisi, İstanbul: 3. Basım, Remzi Kitapevi, 2002.
98. Pataki CS. Normal Ergenlik "Kaplan&Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry" içinde. (çeviri Aydın H, Bozkurt A). Cilt 4. 8. baskı. Ankara, Güneş Kitabevi. 2007; 3035-3043.
99. Atak H. Kimlik Gelişimi ve Kimlik Biçimlenmesi: Kuramsal Bir Değerlendirme Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2011, 163-213.
100. Özlem C., Yavaş G. Orta Ve Geç Ergenlik Dönemindeki Ergenlerde Tutum Ve Davranış Farklılıkları, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012, s 113-138.
101. Quintana H. Cognitive development. In Textbook of Adolescent Psychiatry (Ed R. Richard):171-180. New York: Oxford University Press, 2003.
102. Özçelik B, Karamustafaloğlu O. Ergenlik dönemi ve ergenlerde intihar açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2002; 15:68-76.
103. Koç M. Gelişim Psikolojisi Açısından Yaşlılık Döneminde Ruhsal Gelişim. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2002, 287-304.
104. Özmete E., Yavuz S., Türkiye’de genç bireyler ve ebeveynleri arasında yaşanan sorunların "aile yapısı araştırması" sonuçlarına göre değerlendirilmesi, Sosyal Politika Çalışmaları, Cilt: 7 Sayı: 29 Temmuz-Aralık 2012, ISSN: 1303-0256.
105. Karaman D., Durukan İ. Suicide in children and adolescents, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013; 5:30-47.
106. Bettridge BJ, Favreau OE The dependency needs and perceived availability and adequacy of relationships in female adolescent suicide attempters. Psychology of Women Quarterly, 1995;19, 517-531.
107. Park HS, Schepp KG, Jang EH, Koo HY, Predictors of suicidal ideation among high school students by gender in South Korea. Journal of School Health, 2006; 76 (5), 181-188.
108. Allan WD, Kashani JH, Dahlmeier JM et. al. "Anxious suicidality": A new subtype of childhood suicide ideation? Suicide and life-threatening, Behavior, 1998; 28: 251-260.
109. Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J, The prevalence of suicidal phenomenon in adolescents: A systematic review of population-based studies. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2005, 35, 239-250.
110. Page RM, Yanagishita J, Suwanteerangkul J, Zarco EP, Mei-Lee C ve Miao NF Hopelessness and loneliness among suicide attempters in school-based samples of

- Taiwanese, Philippine and Thai Adolescents. *School Psychology International*, 2006, 27, 583-598.
111. Costa PT, Terracciano A ve McCrae RR Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2001, 81, 322-331.
112. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL ve Chiles JA Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51 (2), 276-286.
113. Pinto A, Whisman MA ve Conwell Y Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 1998; 21, 397-405.
114. Öztop D., Öztürk A., Ünal D., Lise öğrencilerinde depresyon ve davranış sorunlarının yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2011; 12:204-211.
115. Chang EC, Predicting Suicide Ideation in an Adolescent Population Examining the Role of Social Problem Solving as a Moderator and a Mediator Personality and Individual Differences, 2002, 32(7) 1279-1291.
116. Clum GA, Patsiokas A ve Luscomb R, Emperically Based Comprehensive Treatment Program for Parasuicide *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 937-945.
117. Özen Ş., Güloğlu C., İlaçla özkıyım girişiminde bulunan ergen ve gençlerde depresif belirti farklılıkları, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:159-166.
118. Ayas S., İşsizlik ve Eğitim Seviyesinin İntihar Üzerindeki Etkisi: TÜİK Verileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma, *Yönetim Bilimleri Dergisi / Journal of Administrative Sciences*, 2016, Cilt / Volume: 14, Sayı / N: 28, ss. / pp.: 101-119.
119. Bilici M, Bekaroglu M, Hocaoglu C et al. Incidence of completed and attempted suicide in Trabzon, Turkey. *Crisis* 2002;23(1):3-10.
120. TÜİK, Göç İstatistikleri, İllere göre göç istatistikleri, www.tuik.gov.tr (11.02.2018).
121. Başaran E., Kütahya'da İntihar Olgusu: Merkez İlçe Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Kütahya – 2011.
122. TÜİK, Güvenlik Birimine Gelen veya Getirilen Çocuklar-(2016-01.08.2017 tarihlerini kapsamaktadır), www.tuik.gov.tr/PdfGetir.doid=24680, (14/03/2018).
123. Şimşek H., Dönmez G., Binbay T., Manisa İli'nde özkıyım girişimlerine ilişkin özellikler: Beş yıllık verinin değerlendirilmesi, *Turk J Public Health* 2014;12(1)
124. World Health Organization Website [homepage on the Internet]. Suicide rates per 100,000 by country, year and sex 2011. Available from: www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/ (14/03/2018).
125. Amerikan Foundation for Suicide Prevention Website [homepage on the Internet]. Suicide rates and facts in 1993-2010. Available from: http://www.afsp.org/index.cfm?page_id=04ea1254-bd31-1fa3c549d77e6ca6aa37 (14/03/2018).

126. Akın E, Berkem M., İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. Fırat Tıp dergisi 2012;17(4):228-232.
127. Ercan EE., Varan A., Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2000;7:81-91.
128. Şener Ş., Şenol S. İntihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi ve kısa süreli izlemi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4: 100-107.
129. Zalsman G, Huang Y, Oquendo M, Ainsley B, Hu X, Brent D, et al. Association of a Triallelic Serotonin Transporter Gene Pro-moter Region (5-HTTLPR) poly-morphism with stressful life events and severity of depression. Am J Psychiatry 2006; 163:1588-1593. 10.
130. Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, et al. Gene environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. Mol Psychiatry 2004; 9:908-915.
131. Sher L. Brain-derived neurotrophic factor and suicidal behavior in adolescents. World J Pediatr 2001; 7:197-198.
132. Traskman-Bendz L, Mann JJ. Biological aspects of suicidal behaviour. The international handbook of suicide and attempted suicide (ed. Hawton K, van Heeringen K.), 1. Basım. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, 2000, s. 65-77.
133. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008;30:133-154.
134. Bakım B., Özçelik B., Karamustafaloğlu O., Psikiyatrik bozukluklarda gözlenen intihar davranışları. Düşünen Adam;2007;20(1):38-47.
135. Sherwin BB. Estrogen and cognitive functioning in women. Endocr Rev 2003; 24(2):133-51.
136. Kim B, Kang ES, Fava M, Mischoulon D, Soskin D, Yu BH, et al. Follicle-stimulating hormone (FSH), current suicidal ideation and attempt in female patients with major depressive disorder. Psychiatry Res 2013; 210(3):951-6.
137. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Perez-Rodriguez MM, Navarro-Jimenez R, Lopez-Castroman J, et al. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. J Psychiatr Res 2010, 44(4): 209-14.
138. Johnson GR, Krug G ve Potter LB, Suicide among adolescents and young adults: A cross-national comparison of 34 countries. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2000, 30 (1), 74-82.
139. Lester D. Testosterone and suicide. Personality and Individual Differences, 15, 1993,347-348.
140. Yasan A, Danis R, Tamam L et al. Socio-cultural features and sex profile of the individuals with serious suicide attempts in southeastern Turkey: a one-year survey. Suicide Life Threat Behav 2008;38:467-80.

141. Çelik G., Yıldırım V., Metin Ö., Özkıyım girişimi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2011; 12:280-286.
142. Durak BA. İntihar olasılığı: yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:29-39.
143. Sayar K., Öztürk M., Acar B., Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2000. 10:133-138.
144. Atlı A., Bulut M., Beşaltı S., Kaya MC., Güneş M., Bez Y., Sır A., 2012. Şanlıurfa’da bir devlet hastanesi aciline intihar nedeniyle başvuranların değerlendirilmesi, 48. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 09-13 Ekim 2012, Atatürk Kongre Kültür Merkezi, Bursa.
145. Berber S., “Özkıyım (İntihar)”, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 1*, Haz: Orhan Öztürk, Aylin Uluşahin, Tuna Matbaacılık, 2008, Ankara.
146. Harmancı P., Dünya’daki Ve Türkiye’deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi, *Hacettepe University Faculty of Health Sciences journal*, vol1, 2015.
147. Teğın N., Kızmaz Z., Siirt İlinde İntihar Girişimi Ve İntihar Olayları Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Elazığ-2014.
148. Kesebir S. vd. “Özkıyım Girişimlerinin Doğası”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002, Cilt:3, Sayı:2, ss.88-94.
149. Söğüt Ö, Sayhan M., Gökdemir M., Türkiye’nin Güneydoğusunda, Şanlıurfa ve Çevresinde Özkıyım Girişimlerinin Değerlendirilmesi, *JAEM* 2011: 8-13.
150. Poyraz R., İntihara teşebbüs vakalarının çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenler açısından ayrıntılı çözüm odaklı incelenmesi: Tokat İl Örneği (2010 ve 2011 yılları), Gaziosmanpaşa Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Biyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2014.
151. Günderci A., Karatay G., Tunceli’de 2005-2015 yılları arasında gerçekleşen intiharlarla ilişkin epidemiyolojik bir inceleme, *Klinik Psikiyatri* 2017;20:121-128, DOI: 10.5505/kpd.2017.86580
152. Aktepe E., Kandil S., Göker Z. ve ark., İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi, *TAF Prev Med Bull* 2006; 5(6): 444-54.
153. Yalaki Z., Taşar M.A., Yalçın N., Dallar Y. Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi, *Ege Tıp Dergisi* 2011; 50(2): 125-8.
154. Siyez D. Ergenlik döneminde intihar girişimleri: Bir gözden geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2006; 14(2): 413-20.
155. Bronisch T, Höfler M, Lieb R. Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders*, 2008;108:135-145.
156. Batıgün DA. Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni ve Alkol/Madde Bağımlılığında İntihar. *Türk Psikoloji Yazıları* 1999;2(4):43-72.

157. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups, Dan Med Bull, Nov 2007; 54 (4): 306-69.
158. Mırsal H., Pektaş Ö., Kalyoncu A., Mırsal N., Alkol bağımlılığında intihar davranışının araştırılması. Bağımlılık Dergisi, 2001, Cilt: 2, Sayı: 1.
159. Christodoulou C, Efstathiou V, Bouras G, Korkoliakou P, Lykouras L, 2012. Seasonal variation of suicide, Encephalos, 49, 73-79.
160. Çam B., Karlıdere T., Aytekin S., İntihar girişimi, sosyodemografik özellikler ve mevsimsellik. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2012, 22 (Ek Sayı 1): s. 158.
161. Volant E, İntiharlar Sözlüğü, 2000. Çev: Turhan Ilgaz, Sel Yayıncılık, İstanbul.
162. Madness Ingram, Melancholia And Death İn 18th Century, London; Oktik, a.g.e., s.40.
163. Woo JM, Okusaga O, Postolache TT, 2012. Seasonality of suicidal behavior, Int. J. Environ. Res. Public Health, 9, 531-547, USA.
164. Partonen T, Haukka J, Nevanlinna H, Lönnquist J. Analysis of the seasonal pattern in suicide. J Affect Disord 2004; 81:133-139.
165. Rocchi MB, Sisti D, Cascio MT, Preti A. Seasonality and suicide rate in Italy: amplitude is positively related to rates. J Affect Disord 2007; 100:12-36.
166. Türker M., Beyaztaş FY., Boz B., 1994-1996 Yılları arasında Sivas'ta görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 2000, 39 (2): 79-83.
167. Şevik A.E., Özcan H., Uysal E., İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2012; 15:218-225.
168. Köse A., Eraybar S., Köksal Ö., Patients Over the Age of 15 Years Admitted for Attempted Suicide to the Emergency Department and the Psychosocial Support Unit, The Journal of Academic Emergency Medicine, JAEM 2012; 11: 193-6.
169. Dilbaz, N., Şengül, C.B., Çetin, M.K., Şengül, C., Okay, T., Yurtkulu, F., Duman, T. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi, 2003; 13(2): 1-10.
170. Alptekin K., Duyan V., Demirel S., Adıyaman'da intihar girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006, 7:150-156.
171. Sönmez İ., Akbirgün A., Bozkurt A., Kuzey Kıbrıs'ta ilaçla özkıyım girişimi üzerine bir araştırma: 2002-2012 yıllarının veri analizi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 16:173-179.
172. Abddel-Khalek, A, Lester D. The psychometric properties and correlats of the Reynolds' Suicide Ideation Questionnaire with Kuwaiti and American students. Arch Suicide Res 2007; 11:309-319.
173. Güloğlu C, Gökhan Ş, Üstündağ M, Orak M. Acil Servise Başvuran Olguların Kullandıkları Yöntemler ve Demografik Verilerinin Mortalite ile İlişkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2009; 9: 109-14.

174. Taktak Ş., Üzün İ., Balcıoğlu İ., İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012, 13:117-124.
175. Yüksel N., İntiharın Nörobiyolojisi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA, 3. Biyolojik Psikiyatri Kongresi, 18-20 Haziran, 2001.
176. Kesebir S., Şimşek Y., Akbaş S. Özkıyım girişiminde mizaç: Kortizolün aracı rolü, *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11:293-298.
177. Balcıoğlu İ., Endokrinoloji ve Psikoloji İlişkisi, İstanbul : Hiperlink, 2006.
178. Mathew SJ, Coplan JD, Goetz RR, Feder A, Greenwald S, Dahl RE, et al. Differentiating depressed adolescent 24 h cortisol secretion in light of their adult clinical out-come. *Neuropsychopharmacology* 2003; 28:1336-1343.
179. Deniz T., Kandış H., Saygun M., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Olgularının Analizi, *Düzce Tıp Dergisi* 2009;11(2):15-20.
180. Gökhan Ş., Güloğlu C., Özkıyım Nedeni İle Acil Servise Başvuran Olguların Demografik Verilerinin Özkıyım Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Uzmanlık Tezi, 2008.
181. WHO, The role of pharmacist in encouraging prudent use of antibiotics and averting antimicrobial resistance: a review of policy and experience, World Health Organization 2014, Regional Office for Europe UN City, Marmorvej 51. DK-2100 Copenhagen.
182. WHO, Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *Lancet Infect Dis.* 2014 May;14(5):381-7 /Supplementary).
183. Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, Türkiye Odalar Ve Borsalar Birliği Türkiye İlaç Sanayi Meclisi, TOBB. Yayın Sıra No: 2008/76, ISBN : 978-9944-60-383-6.
184. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, <http://www.akilciilac.gov.tr/>, (23.03.2018).
185. Kuwabara H, Shioiri T, Nishimura A, Abe R, Nushida H, Ueno Y, Akazawa K, Someya T. Differences in characteristics between suicide victims who lefts notes or not. *J Affect Disord* 2006; 94:145-149.
186. Haines J, Williams CL, Lester D. The characteristics of those who do and do not leave suicide notes: is the method of residuals valid? *Omega (Westport)* 2011; 63:79-94.
187. Karbeyaz K., Akkaya H., İntihar Notlarının Analizi: Eskişehir Deneyimi, *Nöropsikiyatri Arşivi* 2014; 51:275-279.
188. Karacaoğlu, E., Keten, A., Akçan, R., İçme, F., Karagöl, A., Avcı, E., 2012. Bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi / Journal of Forensic Medicine, Cilt / Vol.:27, Sayı / No:1, Ankara.*
189. Çelik G., Yıldırım V., Metin Ö., Özkıyım girişimi olan ergenlerde ruhsal bozukluklar, benlik ve aile işlevselliği, *Anatolian Journal of Psychiatry* 2011; 12:280-286.

190. Cole DE, Protinsky HO and Cross LH. An empirical investigation of adolescent suicidal ideation. *Adolescence*,1992, 27, 813-818.
191. Bettridge BJ ve Favreau OE, The dependency needs and perceived availability and adequacy of relationships in female adolescent suicide attempters. *Psychology of Women Quarterly*, 1995, 19, 517-531.
192. Maughan A, Cicchetti D. Impact of child maltreatment and inter-adult violence on children's emotionregulatory abilities and socioemotional adjustment. *Child Devel* 2002; 73:1525-1542.
193. Pfeffer CR. Assessing suicidal behavior in children and adolescents. RA King, A Apter, (Eds.), *Suicide in children and adolescents*. Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2003, p.211-226.
194. Karacabey Ç., 2012. Ortaöğretim Öğrencilerinin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ile İntihar Olasılığı Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Yeditepe Üniversitesi,Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
195. Palabıyıköğlü R., Azizoğlu S., Özayar H., Ercan A. 1993. İntihar girişiminde bulunanların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, Cilt 1:2, 69-75.
196. Arsel C.O., İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Cinsiyet Rollerini, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi. Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2010.
197. Arslan M.M., Duru M., Kuvandik G., Bozkurt S., Kaya E., Hatay'da intihar girişiminde bulunan olguların analizi. *Adli Tıp Dergisi/Journal of Forensic Medicine*, 2008; 22 (3): 9-14, Ankara.
198. Dilsiz A. ve Dilsiz F., İntihar girişiminde belirtilen nedenler. *Kriz Dergisi*, 1993; 1(3): 124-128.
199. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Lange T. A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. *PLOS ONE* 2012; 7: e51585.
200. Çuhadaroğlu F., Sonuvar B. Adolesan İntiharları: Risk Faktörleri üzerine bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3:222-6.
201. Beautris AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:420-36.
202. Akbas S., Boke O., Karabekiroğlu K., ve ark. Hastane başvurusu intihar girişimi ile olan ve olmayan depresif çocuk ve ergenlerin ayırt edici özellikleri. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2008;10:2.
203. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik sosyokültürel ve aile özelliklerinin araştırılması. *Yeni sempozyum* 2006;44:3.
204. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 1155-62.

205. Deveci A., Taşkın O., Dündar P. E., Demet M. M., Kaya E., Özmen E., Dinç G., Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005;16 (3): 170-178.
206. Yılmaz, N., Sivas İlinde İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikopatoloji ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. (Uzmanlık Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi. Tıp Fakültesi, Sivas, 2010.
207. Bebbington PE, Cooper C, Minot S, et al. Suicide attempts, gender, and sexual abuse: data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2009;166:1135-40. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09030310.
208. Grilo CM, Sanislow CA, Fehon DC, Lipschitz DS, Martino S, McGlashan TH. Correlates of suicide risk in adolescent inpatients who report a history of childhood abuse. *Compr Psychiatry* 1999;40: 422-8.doi:10.1016/S0010-440X(99)90085-8.
209. Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak B.Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001;2: 69-78.
210. İmren S.G., Ayaz A.B., Yusufoglu C., Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri, *Marmara Medical Journal* (2013) 26:11-16, DOI: 10.5472/MMJ.2012.02518.1.
211. Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse & Negl* 2005;29:45–58. doi:10.1016/j.chiabu.2004.06.014.
212. Özfirat Ö, Pehlivan E, Özdemir F. Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009; 16(4): 247-55.
213. Eskin M., Gender and cultural differences in the 12- month prevalence of suicidal thoughts and attempts in Swedish and Turkish adolescents. *Journal of Gender, Culture and Health*, 1999, 4: 187-200.
214. Arslan D.A., Medyanın Birey, Toplum Ve Kültür Üzerine Etkileri, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* ISSN: 1303-5134.
215. Erjem Y.,Çağlayandereli M., Televizyon Ve Gençlik: Yerli Dizilerin Gençlerin Model Alma Davranışı Üzerindeki Etkisi, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* Mayıs 2006 Cilt : 30 No:1 15-30.
216. Aydemir Ç, Vedin Temiz H, Göka E. Major depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(1): 33-9.
217. Hvid M, Vangborg K, Sorensen HJ et al., Preventing repetition of attempted suicide-II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2010;65:292-298.
218. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, <http://krizmerkezi.ankara.edu.tr/> (04.02.2018).

219. Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek Ve Krize Müdahale Programı, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, 2004.



EKLER

EK-1

ÖZKIYIM NEDENİ İLE KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN OLGULAR İÇİN DOSYA İNCELEME FORMU

Yaşı:

Cinsiyeti: Erkek() Kız()

Başvuru Tarihi:

HİKAYESİ:

Özkıym şekli:

İlaç içimi varsa miktarı ve türü:

Özkıym nedeni:

Girişim saati:

Girişim yeri:

Özkıym öncesi özkıym düşüncesi: VAR () YOK ()

Özkıym öncesi sözlü yada yazılı mesaj: VAR () YOK ()

ÖZGEÇMİŞ:

Daha önceden intihar girişim öyküsü:

Psikiyatrik tanı yada takip: EVET () HAYIR ()

Sigara kullanımı: EVET () HAYIR ()

Alkol kullanımı: EVET () HAYIR ()

Madde kullanımı: EVET () HAYIR ()

Kronik hastalık öyküsü: VAR () YOK ()

Kronik ilaç kullanım öyküsü: VAR () YOK ()

Sosyo-ekonomik düzey: İYİ (), ORTA (), KÖTÜ ()

Eğitim Düzeyi: OYD (), OY() ise İLKÖĞRETİM (), LİSE(), YÜKSEKOKUL ()

İstismar Öyküsü: VAR () YOK ()

Arkadaş ilişkisi: İYİ (), ORTA (), KÖTÜ ()

SOYGECMİŞ:

Ailenin oturduğu yerleşim birimi: Köy(), Kasaba (), İlçe(), Şehir merkezi()

Ebeveyn Ayrılığı varlığı: VAR () YOK ()

Ailede İntihar girişimi: VAR () YOK ()

Yakın çevrede intihar girişimi: VAR () YOK ()

Ailede psikiyatrik bozukluk: VAR () YOK ()

Anne yada baba ölümü : VAR () YOK ()