


Makalenin Türü : Derleme Makalesi  
Geliş Tarihi : 21.11.2023  
Kabul Tarihi : 29.03.2024



 <https://doi.org/10.29029/busbed.1394113>


## TÜRKİYE’DE ÖLÜMLE SONUÇLANAN İNTİHAR VAKALARININ SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ


Tuğba TÜRKKAN<sup>1</sup>, İbrahim YÜCEL<sup>2</sup>

### ÖZ

Bu çalışmada, 2002 ve 2022 yılları arasında Türkiye’de intihara bağlı olarak meydana gelen ölümler; yaş grubu, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi sosyodemografik değişkenler açısından incelenmiştir. Çalışmada ayrıca intihar nedenleri ve yöntemlerine de yer verilmiştir. Çalışma kapsamında kullanılan veriler Türkiye İstatistik Kurumu’nun resmi internet sitesinde yer alan ve araştırma amaçlı kullanımına izin verilen veri tabanından elde edilmiştir. Çalışma kapsamında 2002 ve 2022 yılları arasında Türkiye’de intihara bağlı ölüm sayılarının yıllar içerisinde arttığı; 15 yaş altı ölümler hariç, tüm yaş gruplarında erkeklerin intihara bağlı ölüm oranlarının kadınlardan yüksek olduğu bulgusu tespit edilmiştir. Eğitim durumu açısından incelendiğinde, 2019 yılına kadar eğitim seviyesi ilkokul olan grubun intihar sonucu ölüm sayısının en yüksek olduğu, ancak 2019 yılından itibaren durumun değiştiği ve son dört yıldır eğitim düzeyi lise ve dengi seviyede bulunan bireylerin risk grubunda yer aldığı görülmüştür. Ayrıca, yaş ilerledikçe ölüm sayıları azalmakla birlikte, 75 yaş ve üstü grupta ölüm sayılarında bir artış olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından incelendiğinde, evli bireylerin 2002-2022 yılları arasında tüm yıllarda en riskli grup olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte hastalık, aile içi uyuşmazlıklar ve maddi geçim zorluklarının en yaygın intihar nedenlerinden olduğu görülmüştür. İntihar oranları, nüfusun psikososyal refahının makro bir göstergesi ve intiharı önleme stratejilerinin etkinliğinin bir değerlendirme kriteridir. Bu çalışmanın bulguları intiharın özellikle gençler arasında, ölüm nedenleri içerisinde yer alan önemli bir unsur olduğuna işaret etmektedir. İntiharın sosyal belirleyicilerindeki değişen kalıpları inceleyen bu çalışmanın, intiharı önleme politikalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.


**Anahtar Kelimeler:** İntihar, İntihar nedenleri, İntihar yöntemleri, Psikososyal faktörler.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, [turkkan83@hotmail.com](mailto:turkkan83@hotmail.com),  <https://orcid.org/0000-0002-3955-6597>

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, [yucelibrahim61@gmail.com](mailto:yucelibrahim61@gmail.com),  <https://orcid.org/0000-0002-9568-8260>

Article Type : Review Article  
Date Received : 21.11.2023  
Date Accepted : 29.03.2024



 <https://doi.org/10.29029/busbed.1394113>

---

## EXAMINATION OF FATAL SUICIDE CASES IN TURKEY IN TERMS OF SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES


Tuğba TÜRKKAN<sup>1</sup>, İbrahim YÜCEL<sup>2</sup>


### ABSTRACT

In this study, it was examined the deaths due to suicide in Turkey between 2002 and 2022 in terms of sociodemographic variables such as age group, education level and marital status. In addition, the causes and methods of suicide were also included in the study. The data used within the scope of the study were obtained from the database on the official website of the Turkish Statistical Institute, which is allowed to be used for research purposes. Within the scope of the study, between 2002 and 2022, the number of suicide-related deaths in Turkey increased over the years. Except for deaths under the age of 15, it was found that suicide-related mortality rates of men were higher than women in all age groups. When examined in terms of educational status, it was seen that the number of deaths by suicide was the highest in the group whose education level was primary school until 2019. Still, the situation has changed since 2019, and individuals whose education level has been at high school and equivalent level for the last four years are at risk. In addition, it was determined that the number of deaths decreased with age, but there was an increase again in the 75 and over age group. When examined in terms of marital status, it was determined that married individuals were the most risky group in all years between 2002 and 2022. However, illness, parental discord and economic difficulties are the most common causes of suicide. Suicide rates are a macro indicator of the psychosocial well-being of the population and an evaluation criterion of the effectiveness of suicide prevention strategies. The findings of this study indicate that suicide is an important factor among the causes of death, especially among young people. It is thought that this study, which examines the changing patterns in the social determinants of suicide, will contribute to suicide prevention policies.

**Keywords:** Suicide, Causes of suicide, Methods of suicide, Psychosocial factors.

---

<sup>1</sup> Assist. Prof. Dr., Gümüşhane University Faculty of Health Sciences, [turkkan83@hotmail.com](mailto:turkkan83@hotmail.com),  <https://orcid.org/0000-0002-3955-6597>

<sup>2</sup> Assist. Prof. Dr., Gümüşhane University Faculty of Health Sciences, [yucelibrahim61@gmail.com](mailto:yucelibrahim61@gmail.com),  <https://orcid.org/0000-0002-9568-8260>

## 1. GİRİŞ

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda kritik bir sorun olarak kabul edilmektedir (WHO, 2013a). İntihar, ölme niyeti ve kasıt içeren kendine yönelik zarar verme eylemi olarak tanımlanır (Crosby vd., 2011). İntihar, her yıl dünya çapında yaklaşık 1 milyon ölüme tekabül eden başlıca ölüm nedenlerinden biridir (Sinyor vd., 2017). Bununla birlikte intihar vakalarının adli makamlar tarafından değerlendirilmesi ve resmi kayıtlara işlenmesi karmaşık bir süreç olduğundan, intihar verilerinin gerçek vaka sayılarını yansıtmadığı bildirilmektedir (Bilsen, 2018). Literatürde intihar ölümlerinin anlaşılabilirliği ya da bir kaza veya başka bir ölüm nedeni olarak yanlış sınıflandırılabilirliği, bazen de intiharın, hassas doğası ve bu olgunun etrafını saran tabular nedeniyle bildirilmeyebileceği vurgulanmaktadır (De Leo, 2015). Buna ek olarak intihar girişimlerinin, yani ölümcül olmayan kendine zarar verme davranışının intihar eylemlerinden çok daha fazla gerçekleştiği ve resmi olarak adli makamlara yansıyan intihar oranlarından yaklaşık 15-20 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (Borges vd., 2010). Ne yazık ki tespit ve kayıta meydana gelen bu önemli sınırlamalar (WHO, 2014), intihara bağlı ölümlerin sayısının hafife alınmasına neden olmaktadır (AbouZahr vd., 2015).

Günümüzde intihar oranları giderek artmaktadır (WHO, 2014). Özellikle genç yaştaki bireylerin intihar oranlarının artması, çok sayıda gencin doğrudan kaybı ile birlikte toplumsal ölçekte yıkıcı psikososyal ve sosyo-ekonomik sonuçlar doğurmaktadır (Bilsen, 2018). Nitekim Durkheim (1966) intiharı, "etkisi bir bütün olarak toplum tarafından hissedilen, kolektif bir fenomen" olarak ele almaktadır. Ayrıca çalışmalarda başarısız bir intihar girişiminden sonra, intiharın yeniden meydana gelme riskinin 5-35 yıllık takipte %10 civarında olduğu belirlenmiştir (Runeson vd., 2010). Bu gerçekler ruh sağlığı uzmanları ve politika yapımcılar arasında artan bir endişeye neden olmaktadır (Martinez-Ales vd., 2020). Buna ek olarak, sevilen birinin intihar nedeniyle kaybedilmesinin hayatta kalan aile üyeleri ve diğer önemli kişiler üzerinde derin ve kalıcı etkileri olduğu da bilinmektedir (Ellis & Patel, 2012). Bu nedenle, intihar girişimlerinin yaşam boyunca boyunca izlediği farklı kalıpları belirlemek ve risk altındaki bireyleri tespit ederek tedavi sağlamak çok önemlidir.

İntihar ile ilgili literatür incelendiğinde, ruh sağlığı bozukluklarının intiharla ilişkili başlıca faktörlerden biri olduğu ancak ruhsal bozukluğu olan kişilerin yalnızca küçük bir kısmının intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir (Conejero vd., 2016; Güleç, 2016). Bununla birlikte intihar girişiminde bulunanların veya intiharı tamamlayanların hepsinde bir ruhsal bozukluk olmadığı da bildirilmektedir (Oquendo vd., 2014). Literatürde çeşitli biyolojik faktörlerin de intihar davranışı ile ilişkili olduğu, fakat intihar girişimindeki varyansın küçük bir bölümünü oluşturduğu belirlenmiştir (Pandey, 2013; Courtet vd., 2004). Bu noktada intihar davranışı üzerinde etkili olabilecek sosyodemografik faktörlerin de önemli olduğu düşünülmektedir. Üstelik bu faktörlerin bazılarının etkisi, doğru politikalar ve halk sağlığı müdahaleleri yoluyla değiştirilebilir. Bu nedenle bu faktörlerin intihar araştırmaları ve önleme çalışmaları açısından önemi büyüktür.

İntihar, karmaşık, çok boyutlu bir etiyojolojiye sahip önemli bir halk sağlığı sorunudur (Liv d., 2011). İntiharın, dünya çapındaki ölümlerin önemli bir nedeni olduğu (Naghavi, 2019) göz önüne alındığında, doğru intihar istatistiklerinin sürekli olarak toplanması ve belgelenmesi, intihar oranlarını ve kalıplarını etkileyen faktörlerin belirlenmesinde ve önleyici yaklaşımların geliştirilmesinde önemlidir. Başka bir deyişle intihar önleme çabalarına bilgi sağlamak için bölge, ülke, yaş ve cinsiyete göre analizler de dahil olmak üzere intihar ölümlerinin seviyeleri ve eğilimlerinin bir muhasebesi gereklidir. Buna ek olarak, sağlık ve sosyal politika tartışmalarına bilgi sağlamak ve ulusal/küresel sağlık geliştirme hedeflerine yönelik ilerlemeyi izlemek için tüm ülkelerin doğru ve zamanında ölüm istatistiklerine ihtiyacı vardır. Bu çalışma kapsamında Türkiye'de 2002-2022 yılları arasında meydana gelen intihara bağlı ölümlerin sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi ve alana yönelik çıkarımlar yapılması amaçlanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve politika yapımcılara yol göstereceği düşünülmektedir.

## 2. TÜRKİYE'DE İNTIHARA BAĞLI OLARAK MEYDANA GELEN ÖLÜMLER

Bu çalışmada 2002 ve 2022 yılları arasında Türkiye'de intihara bağlı olarak meydana gelen ölümler sosyodemografik değişkenler açısından incelenmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan veri seti, Türkiye İstatistik Kurumu'nun resmi internet sitesinde yer alan veri tabanından derlenerek oluşturulmuştur. Veri seti 2002-2022 yıllarını içeren dönemi kapsamaktadır. Bu kurum, verilerinin araştırma amacıyla kullanılmasına izin vermektedir. Çalışmada kullanılan veriler şu şekildedir: İntihar ölümlerinde yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, intihar yöntemi, intihar nedeni. Bu kapsamda, çalışmada elde edilen ilgili bulgular değerlendirilerek, uluslararası literatürde yer alan bulgularla karşılaştırılmış ve çeşitli çıkarımlar yapılmıştır.

Bu kapsamda ulaşılan verilere göre, Türkiye'de 2002-2022 yılları arasında toplam 65545 intihara bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin %64'ü (n= 41974) erkeklere ve %36'sı (n=23571) kadınlara aittir. Aşağıda yaş grubu ve cinsiyete göre intihar verileri sunulmuştur (Tablo 1).



dönemler arasında yer aldığı dikkat çekmektedir. 15 yaş altı ölümler hariç, tüm yaş gruplarında erkeklerin intihara bağlı ölüm sayısının kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 15 yaş altı grupta ise ölümle sonuçlanan intihar oranları açısından kadınların risk altında olduğu görülmektedir. Bu bilgilere ek olarak, yaş ilerledikçe ölüm sayılarının azaldığı, ancak 75 yaş ve üstü grupta yeniden bir artış olduğu dikkat çekmektedir. Çalışma kapsamında intihara bağlı ölüm sayıları eğitim durumu açısından da değerlendirilmiştir. Bu kapsamda ulaşılan veriler Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2.***Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre İntihar Verileri*

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Okuma yazma bilmeyen	Bir okul bitirmeyen	İlkokul	İlköğretim	Ortaokul ve dengi	Lise ve dengi	Yükseköğretim
2022	Toplam	4 146	63	106	643	392	1 116	1 151	635
	Erkek	3 111	24	49	426	329	813	931	504
	Kadın	1 035	39	57	217	63	303	220	131
2021	Toplam	4 194	82	140	715	408	1 077	1 097	622
	Erkek	3 263	37	87	514	356	805	910	517
	Kadın	931	45	53	201	52	272	187	105
2020	Toplam	3 710	93	166	665	395	940	939	474
	Erkek	2 845	40	93	463	338	743	771	367
	Kadın	865	53	73	202	57	197	168	107
2019	Toplam	3 476	70	160	684	709	545	816	460
	Erkek	2 684	28	91	506	597	403	681	356
	Kadın	792	42	69	178	112	142	135	104
2018	Toplam	3 342	75	164	776	626	466	759	420
	Erkek	2 529	27	91	569	524	338	617	322
	Kadın	813	48	73	207	102	128	142	98
2017	Toplam	3 168	93	171	755	627	406	674	389
	Erkek	2 445	30	101	550	525	317	560	321
	Kadın	723	63	70	205	102	89	114	68
2016	Toplam	3 193	120	190	841	615	364	651	382
	Erkek	2 426	56	116	618	491	261	545	316
	Kadın	767	64	74	223	124	103	106	66
2015	Toplam	3 246	117	284	763	695	284	675	382
	Erkek	2 358	30	164	550	535	197	540	315
	Kadın	888	87	120	213	160	87	135	67
2014	Toplam	3 169	105	330	703	797	163	625	272
	Erkek	2 352	36	181	521	601	139	514	231
	Kadın	817	69	149	182	196	24	111	41
2013	Toplam	3 252	105	244	1 018	690	212	424	267
	Erkek	2 382	49	154	768	463	172	339	211
	Kadın	870	56	90	250	227	40	85	56
2012	Toplam	3 287	106	292	1 026	683	141	549	253
	Erkek	2 377	37	177	791	448	124	435	197
	Kadın	910	69	115	235	235	17	114	56
2011	Toplam	2 677	57	243	1 081	354	198	408	181
	Erkek	1 876	27	135	770	220	148	315	148
	Kadın	801	30	108	311	134	50	93	33
2010	Toplam	2 933	101	227	1 006	475	267	488	175
	Erkek	2 073	38	131	750	250	221	398	133
	Kadın	860	63	96	256	225	46	90	42
2009	Toplam	2 898	97	372	1 165	345	171	451	179
	Erkek	2 111	44	203	894	222	144	368	142
	Kadın	787	53	169	271	123	27	83	37
2008	Toplam	2 816	136	350	1 075	396	184	506	169
	Erkek	1 924	51	204	779	225	145	387	133
	Kadın	892	85	146	296	171	39	119	36

Tablo 2. devamı

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Okuma yazma bilmeyen	Bir okul bitirmeyen	İlkokul	İlköğretim	Ortaokul ve dengi	Lise ve dengi	Yükseköğretim
2007	<b>Toplam</b>	<b>2 793</b>	<b>139</b>	<b>188</b>	<b>1 268</b>	<b>376</b>	<b>207</b>	<b>495</b>	<b>120</b>
	Erkek	1 808	47	96	888	152	159	379	87
	Kadın	985	92	92	380	224	48	116	33
2006	<b>Toplam</b>	<b>2 829</b>	<b>171</b>	<b>250</b>	<b>1 266</b>	<b>342</b>	<b>201</b>	<b>488</b>	<b>111</b>
	Erkek	1 782	53	138	855	142	148	358	88
	Kadın	1 047	118	112	411	200	53	130	23
2005	<b>Toplam</b>	<b>2 703</b>	<b>152</b>	<b>161</b>	<b>1 173</b>	<b>493</b>	<b>267</b>	<b>328</b>	<b>129</b>
	Erkek	1 740	67	91	808	228	199	249	98
	Kadın	963	85	70	365	265	68	79	31
2004	<b>Toplam</b>	<b>2 707</b>	<b>277</b>	<b>197</b>	<b>1 213</b>	<b>234</b>	<b>199</b>	<b>440</b>	<b>147</b>
	Erkek	1 681	133	113	771	107	146	305	106
	Kadın	1 026	144	84	442	127	53	135	41
2003	<b>Toplam</b>	<b>2 705</b>	<b>233</b>	<b>236</b>	<b>1 282</b>	<b>109</b>	<b>308</b>	<b>430</b>	<b>107</b>
	Erkek	1 574	80	118	786	48	208	253	81
	Kadın	1 131	153	118	496	61	100	177	26
2002	<b>Toplam</b>	<b>2 301</b>	<b>165</b>	<b>176</b>	<b>1 046</b>	<b>133</b>	<b>227</b>	<b>408</b>	<b>146</b>
	Erkek	1 392	58	93	660	44	160	273	104
	Kadın	909	107	83	386	89	67	135	42

İntihara bağlı ölüm verileri, eğitim durumu açısından incelendiğinde, 2019 yılına kadar eğitim seviyesi ilkökullü olan grubun intihar sonucu ölüm sayısının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak 2019 yılından itibaren durumun değiştiği ve son dört yılda eğitim düzeyi lise ve dengi seviyede bulunan bireylerin risk grubunda yer aldığı görülmektedir. Tablo 2, yine eğitim durumu açısından incelenmeye devam edildiğinde, 2008 yılına kadar çoğunlukla yükseköğretim seviyesinde olan bireylerin intihara bağlı ölüm sayısının ait olduğu yıldaki en düşük oranı oluşturduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, 2008 yılından itibaren bu durumun değiştiği ve okuma yazma bilmeyen grubun en az riskli grupta yer aldığı tespit edilmiştir. Ayrıca okuma-yazma bilmeyen grup dışındaki tüm eğitim seviyelerinde, erkeklerin intihar sonucu ölüm sayısının kadınlardan yüksek olduğu; okuma-yazma bilmeyen grupta ise kadınların intihar sonucu ölüm sayısının tüm yıllarda erkeklerden yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Aşağıda medeni durum ve cinsiyete göre intihar verileri sunulmuştur (Tablo 3).

Tablo 3.

## Yasal Medeni Durum ve Cinsiyete Göre İntihar Verileri

Yıl	Cinsiyet	Yasal medeni durum				
		Toplam	Hiç evlenmedi	Evli	Eşi öldü	Boşandı
2022	<b>Toplam</b>	<b>4 146</b>	<b>1 709</b>	<b>1 824</b>	<b>182</b>	<b>423</b>
	Erkek	3 111	1 324	1 369	105	307
	Kadın	1 035	385	455	77	116
2021	<b>Toplam</b>	<b>4 194</b>	<b>1 705</b>	<b>1 913</b>	<b>188</b>	<b>381</b>
	Erkek	3 263	1 349	1 515	99	295
	Kadın	931	356	398	89	86
2020	<b>Toplam</b>	<b>3 710</b>	<b>1 434</b>	<b>1 692</b>	<b>214</b>	<b>358</b>
	Erkek	2 845	1 121	1 333	121	263
	Kadın	865	313	359	93	95
2019	<b>Toplam</b>	<b>3 476</b>	<b>1 301</b>	<b>1 672</b>	<b>187</b>	<b>311</b>
	Erkek	2 684	1 007	1 334	106	234
	Kadın	792	294	338	81	77
2018	<b>Toplam</b>	<b>3 342</b>	<b>1 239</b>	<b>1 622</b>	<b>174</b>	<b>298</b>
	Erkek	2 529	933	1 282	106	204
	Kadın	813	306	340	68	94
2017	<b>Toplam</b>	<b>3 168</b>	<b>1 160</b>	<b>1 571</b>	<b>158</b>	<b>279</b>
	Erkek	2 445	874	1 260	91	220
	Kadın	723	286	311	67	59
2016	<b>Toplam</b>	<b>3 193</b>	<b>1 199</b>	<b>1 613</b>	<b>150</b>	<b>230</b>
	Erkek	2 426	879	1 283	88	175
	Kadın	767	320	330	62	55

Tablo 3. devamı

Yıl	Cinsiyet	Yasal medeni durum				
		Toplam	Hiç evlenmedi	Evli	Eşi öldü	Boşandı
2015	<b>Toplam</b>	<b>3 246</b>	<b>1 227</b>	<b>1 634</b>	<b>149</b>	<b>233</b>
	Erkek	2 358	862	1 269	77	149
	Kadın	888	365	365	72	84
2014	<b>Toplam</b>	<b>3 169</b>	<b>1 241</b>	<b>1 509</b>	<b>147</b>	<b>227</b>
	Erkek	2 352	914	1 156	79	170
	Kadın	817	327	353	68	57
2013	<b>Toplam</b>	<b>3 252</b>	<b>1 279</b>	<b>1 560</b>	<b>135</b>	<b>179</b>
	Erkek	2 382	938	1 164	82	119
	Kadın	870	341	396	53	60
2012	<b>Toplam</b>	<b>3 287</b>	<b>1 238</b>	<b>1 620</b>	<b>134</b>	<b>192</b>
	Erkek	2 377	875	1 233	74	117
	Kadın	910	363	387	60	75
2011	<b>Toplam</b>	<b>2 677</b>	<b>977</b>	<b>1 341</b>	<b>93</b>	<b>197</b>
	Erkek	1 876	650	983	43	148
	Kadın	801	327	358	50	49
2010	<b>Toplam</b>	<b>2 933</b>	<b>1 099</b>	<b>1 491</b>	<b>106</b>	<b>170</b>
	Erkek	2 073	750	1 087	52	129
	Kadın	860	349	404	54	41
2009	<b>Toplam</b>	<b>2 898</b>	<b>1 009</b>	<b>1 615</b>	<b>102</b>	<b>130</b>
	Erkek	2 111	693	1 235	58	94
	Kadın	787	316	380	44	36
2008	<b>Toplam</b>	<b>2 816</b>	<b>1 033</b>	<b>1 485</b>	<b>128</b>	<b>134</b>
	Erkek	1 924	655	1 071	77	89
	Kadın	892	378	414	51	45
2007	<b>Toplam</b>	<b>2 793</b>	<b>1 146</b>	<b>1 404</b>	<b>131</b>	<b>112</b>
	Erkek	1 808	735	931	69	73
	Kadın	985	411	473	62	39
2006	<b>Toplam</b>	<b>2 829</b>	<b>1 148</b>	<b>1 439</b>	<b>137</b>	<b>105</b>
	Erkek	1 782	690	946	78	68
	Kadın	1 047	458	493	59	37
2005	<b>Toplam</b>	<b>2 703</b>	<b>1 083</b>	<b>1 380</b>	<b>124</b>	<b>116</b>
	Erkek	1 740	676	917	74	73
	Kadın	963	407	463	50	43
2004	<b>Toplam</b>	<b>2 707</b>	<b>1 159</b>	<b>1 300</b>	<b>134</b>	<b>114</b>
	Erkek	1 681	701	834	71	75
	Kadın	1 026	458	466	63	39
2003	<b>Toplam</b>	<b>2 705</b>	<b>1 115</b>	<b>1 355</b>	<b>143</b>	<b>92</b>
	Erkek	1 574	607	853	65	49
	Kadın	1 131	508	502	78	43
2002	<b>Toplam</b>	<b>2 301</b>	<b>928</b>	<b>1 182</b>	<b>93</b>	<b>98</b>
	Erkek	1 392	542	741	57	52
	Kadın	909	386	441	36	46

Tablo 3'te medeni durum ve cinsiyete göre intihar verilerine yer verilmiştir. İntihara bağlı ölüm verileri medeni durum açısından incelendiğinde, evli bireylerin 2002-2022 yılları arasında tüm yıllarda en riskli grup olduğu belirlenmiştir. Eşi ölen ya da boşanan bireylerin ise intihara bağlı ölüm açısından en az riskli grupta yer aldığı görülmektedir. Bununla birlikte, tüm yıllarda yasal medeni durumu evli olan bireyler içerisinde, erkeklerin ölümle sonuçlanan intihar girişiminin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamında 2002-2022 yılları arasında gerçekleşen intiharların nedenleri de incelenmiştir. Nedenlerine göre intihar verileri Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.**  
*Neden ve Cinsiyete Göre İntihar Verileri*

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Hastalık	Aile içi uyumsuzluk	Maddi sorunlar	Ticari başarısızlık	Hissi ilişki ve istediği ile evlenememe	Öğrenim başarısızlığı
2022	Toplam	4 146	1 113	189	300	5	112	12
	Erkek	3 111	775	137	281	4	89	9
	Kadın	1 035	338	52	19	1	23	3
2021	Toplam	4 194	1 085	191	324	5	95	6
	Erkek	3 263	786	148	310	5	79	5
	Kadın	931	299	43	14	-	16	1
2020	Toplam	3 710	973	136	289	7	94	7
	Erkek	2 845	686	107	276	7	69	4
	Kadın	865	287	29	13	-	25	3
2019	Toplam	3 476	747	127	319	7	91	6
	Erkek	2 684	520	97	305	7	67	4
	Kadın	792	227	30	14	-	24	2
2018	Toplam	3 342	673	127	245	6	85	1
	Erkek	2 529	484	95	235	6	61	-
	Kadın	813	189	32	10	-	24	1
2017	Toplam	3 168	651	128	232	6	86	3
	Erkek	2 445	480	95	223	6	67	2
	Kadın	723	171	33	9	-	19	1
2016	Toplam	3 193	680	126	274	7	84	12
	Erkek	2 426	473	86	257	7	74	6
	Kadın	767	207	40	17	-	10	6
2015	Toplam	3 246	955	257	298	8	72	6
	Erkek	2 358	649	169	283	8	54	3
	Kadın	888	306	88	15	-	18	3
2014	Toplam	3 169	549	275	256	40	96	8
	Erkek	2 352	376	198	244	39	74	4
	Kadın	817	173	77	12	1	22	4
2013	Toplam	3 252	522	302	221	62	109	16
	Erkek	2 382	380	205	205	59	81	9
	Kadın	870	142	97	16	3	28	7
2012	Toplam	3 287	560	259	250	67	136	19
	Erkek	2 377	370	176	235	66	99	12
	Kadın	910	190	83	15	1	37	7
2011	Toplam	2 677	519	252	215	60	146	15
	Erkek	1 876	350	156	196	58	98	10
	Kadın	801	169	96	19	2	48	5
2010	Toplam	2 933	595	296	273	62	136	22
	Erkek	2 073	384	195	254	61	97	14
	Kadın	860	211	101	19	1	39	8
2009	Toplam	2 898	559	266	318	90	123	15
	Erkek	2 111	386	174	305	89	89	11
	Kadın	787	173	92	13	1	34	4
2008	Toplam	2 816	648	382	289	119	173	34
	Erkek	1 924	436	213	269	117	112	17
	Kadın	892	212	169	20	2	61	17
2007	Toplam	2 793	581	408	263	60	161	27
	Erkek	1 808	357	199	240	58	113	16
	Kadın	985	224	209	23	2	48	11



Tablo 4. devamı

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Hastalık	Aile içi uyuşmazlık	Maddi sorunlar	Ticari başarısızlık	Hissi ilişki ve istediği ile evlenememe	Öğrenim başarısızlığı
2006	Toplam	2 829	512	373	215	56	154	33
	Erkek	1 782	322	171	193	54	98	19
	Kadın	1 047	190	202	22	2	56	14
2005	Toplam	2 703	474	363	225	63	176	31
	Erkek	1 740	288	181	190	61	101	17
	Kadın	963	186	182	35	2	75	14
2004	Toplam	2 707	482	429	194	60	169	69
	Erkek	1 681	298	213	163	57	108	35
	Kadın	1 026	184	216	31	3	61	34
2003	Toplam	2 705	1 018	580	385	147	266	95
	Erkek	1 574	545	253	330	134	136	50
	Kadın	1 131	473	327	55	13	130	45
2002	Toplam	2 301	895	493	327	91	239	88
	Erkek	1 392	512	249	267	82	145	41
	Kadın	909	383	244	60	9	94	47

Tablo 4'te görüldüğü üzere, diğer ya da bilinmeyen nedenler hariç tutulduğunda hastalık en yaygın intihar nedeni olarak kayıtlara geçmiştir. Bununla birlikte, aile içi uyuşmazlık ve maddi sorunların diğer önemli intihar nedenleri arasında olduğu anlaşılmaktadır. İntihar olayına ilişkin veriler aile içi uyuşmazlık nedeni açısından incelendiğinde, 2003-2008 yılları arasında kadınların ölümle sonuçlanan intihar girişiminin erkeklerden yüksek olduğu, 2008 yılından itibaren ise erkeklerin ölümle sonuçlanan intihar girişiminin kadınlardan yüksek olduğu görülmektedir. Hastalık veya maddi sorunlar nedeniyle intihar sonucu ölen erkeklerin sayısının ise tüm yıllarda kadınların sayısından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışma kapsamında, neden ve cinsiyete göre intihar verilerinin yanında rapor edilen intihar biçimlerine ilişkin veriler de incelenmiştir. İntihar biçimlerine ilişkin verilere Tablo 5'te yer verilmiştir.

Tablo 5.

## Şekline ve Cinsiyete Göre İntihar Verileri

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Asarak	Kimyevi madde kullanılarak	Yüksekten atılarak	Suya atılarak	Ateşli silah kullanılarak	Kendini yakarak	Kesici bir alet kullanılarak	Doğalgaz, tüpgaz vb. kullanılarak	Tren veya motorlu bir araç altına atılarak	atılarak
2022	Toplam	4 146	1 942	353	565	37	1 036	9	81	14	6	
	Erkek	3 111	1 517	144	327	25	939	7	67	11	5	
	Kadın	1 035	425	209	238	12	97	2	14	3	1	
2021	Toplam	4 194	2 045	199	518	55	1 102	13	57	15	13	
	Erkek	3 263	1 604	110	309	44	984	12	50	14	10	
	Kadın	931	441	89	209	11	118	1	7	1	3	
2020	Toplam	3 710	1 736	175	521	61	948	16	34	12	13	
	Erkek	2 845	1 331	114	301	41	847	15	30	10	11	
	Kadın	865	405	61	220	20	101	1	4	2	2	
2019	Toplam	3 476	1 659	123	427	49	956	11	42	17	14	
	Erkek	2 684	1 273	67	240	39	856	10	36	15	13	
	Kadın	792	386	56	187	10	100	1	6	2	1	
2018	Toplam	3 342	1 590	145	382	37	917	12	39	15	8	
	Erkek	2 529	1 222	79	205	22	810	10	29	14	7	
	Kadın	813	368	66	177	15	107	2	10	1	1	
2017	Toplam	3 168	1 492	156	317	35	990	9	47	5	7	
	Erkek	2 445	1 134	88	191	21	874	7	40	5	6	
	Kadın	723	358	68	126	14	116	2	7	-	1	
2016	Toplam	3 193	1 495	174	380	57	880	20	39	20	17	
	Erkek	2 426	1 126	90	234	37	774	15	34	19	13	
	Kadın	767	369	84	146	20	106	5	5	1	4	

Tablo 5. devamı

Yıl	Cinsiyet	Toplam	Asarak	Kimyevi madde kullanarak	Yüksekten atlayarak	Suya atlayarak	Ateşli silah kullanarak	Kendini yakarak	Kesici bir alet kullanarak	Doğalgaz, tüpgaz vb. kullanarak	Tren veya motorlu bir araç altına atlayarak
2015	Toplam	3 246	1 528	208	413	64	873	11	56	14	14
	Erkek	2 358	1 099	118	232	49	729	8	51	11	11
	Kadın	888	429	90	181	15	144	3	5	3	3
2014	Toplam	3 169	1 491	189	352	64	816	13	70	5	13
	Erkek	2 352	1 098	122	191	45	689	11	66	5	11
	Kadın	817	393	67	161	19	127	2	4	-	2
2013	Toplam	3 252	1 632	194	304	71	858	19	28	14	11
	Erkek	2 382	1 206	116	157	47	719	14	23	12	9
	Kadın	870	426	78	147	24	139	5	5	2	2
2012	Toplam	3 287	1 641	164	332	60	838	14	42	11	8
	Erkek	2 377	1 199	82	175	44	701	12	36	10	6
	Kadın	910	442	82	157	16	137	2	6	1	2
2011	Toplam	2 677	1 391	142	270	44	698	6	26	14	12
	Erkek	1 876	948	87	151	32	561	5	24	13	10
	Kadın	801	443	55	119	12	137	1	2	1	2
2010	Toplam	2 933	1 528	204	300	67	693	9	35	13	17
	Erkek	2 073	1 080	103	177	51	574	6	25	11	13
	Kadın	860	448	101	123	16	119	3	10	2	4
2009	Toplam	2 898	1 557	167	253	53	760	7	30	6	12
	Erkek	2 111	1 121	110	136	42	627	6	25	6	8
	Kadın	787	436	57	117	11	133	1	5	-	4
2008	Toplam	2 816	1 392	277	217	53	754	6	42	7	19
	Erkek	1 924	973	122	121	39	583	6	29	7	13
	Kadın	892	419	155	96	14	171	-	13	-	6
2007	Toplam	2 793	1 325	411	216	51	679	6	39	11	19
	Erkek	1 808	888	156	127	29	542	5	22	11	14
	Kadın	985	437	255	89	22	137	1	17	-	5
2006	Toplam	2 829	1 283	444	254	65	667	9	48	14	17
	Erkek	1 782	872	141	140	39	530	3	33	10	8
	Kadın	1 047	411	303	114	26	137	6	15	4	9
2005	Toplam	2 703	1 200	418	262	53	656	18	51	6	23
	Erkek	1 740	813	157	151	33	509	13	32	5	17
	Kadın	963	387	261	111	20	147	5	19	1	6
2004	Toplam	2 707	1 194	437	261	62	628	21	46	6	24
	Erkek	1 681	774	166	139	42	482	14	34	4	13
	Kadın	1 026	420	271	122	20	146	7	12	2	11
2003	Toplam	2 705	1 245	477	240	64	560	19	39	12	17
	Erkek	1 574	784	153	118	29	420	15	26	5	10
	Kadın	1 131	461	324	122	35	140	4	13	7	7
2002	Toplam	2 301	1 022	461	244	39	417	16	44	12	20
	Erkek	1 392	675	169	130	22	313	14	37	9	14
	Kadın	909	347	292	114	17	104	2	7	3	6

Tablo 5’te yer verilen intihar biçimine göre intihar verileri incelendiğinde, kendini asarak intihar etmenin tüm yıllarda en yaygın intihar şekli olduğu görülmektedir. Bunu ateşli silah kullanarak, yüksekten atlayarak ve kimyasal madde kullanarak intihar etme izlemektedir. Ayrıca erkeklerde kendini asma ve ateşli silah kullanarak intihar etme yaygın intihar şekli iken, kadınlarda intihar biçimleri sıklıkla kendini asma, kimyevi madde kullanma ve yüksekten atlama şeklinde gerçekleşmiştir.

### 3.TARTIŞMA VE SONUÇ

2002 ile 2022 yılları arasında Türkiye’de intihara bağlı olarak meydana gelen ölümlerin sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada Türkiye’de yıllar içerisinde intihara bağlı ölüm sayılarının arttığı görülmektedir. Bu bulguyla benzer olarak, Amerika’da yapılan bir araştırmada 2000 ile 2018 yılları arasında intihar oranlarının %36,7 oranında ve endişe verici şekilde arttığı bildirilmektedir (Mann vd., 2021). Literatürde, Doğu Akdeniz Bölgesi ülkelerinde 1990 ile 2015 yılları arasında intihar nedeniyle ölümlerin %100 oranında arttığı belirtilmektedir (Rezaeian & Khan, 2020). Ayrıca 1999 ile 2017 yılları arasında, intihar oranlarında dünyanın birçok ülkesinde benzeri görülmemiş artışlar olduğuna dikkat çekilmektedir (Martinez-Ales vd., 2020). İntihar sayıları ve oranları, nüfusun psikososyal refahının makro bir göstergesi ve intiharı önleme stratejilerinin etkinliğinin bir değerlendirme kriteridir (Varnik vd., 2012). Bu bulgular, ülkelerde intiharı önlemek üzere çeşitli çalışmalar bulunsada önleme stratejilerin yetersiz kaldığını ve intiharı önlemenin yüksek bir önceliğe sahip olmadığını düşündürmektedir.

Bu araştırma kapsamında, intihar sonucunda gerçekleşen ölümlerde erkek olguların sayısının kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde de erkek ve kadın intiharları arasında intihar oranlarında önemli cinsiyet farklılıkları bulunduğu, birçok araştırma sonucunda 15 yaş grubu hariç bu farklılığın erkeklerde kadınlara kıyasla yaklaşık 4-5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Liv vd., 2011, Naghavi, 2019, Patel vd., 2012). Örneğin, Amerika’da 2020’deki tüm intiharların yaklaşık dörtte üçünü (36.551; %79) erkeklerin oluşturduğu ve 2019-2020 döneminde tüm yaş gruplarında erkeklerin kadınlardan daha yüksek intihar oranlarına sahip olduğu ortaya konmuştur (Ehlman vd., 2022). Dünya Sağlık Örgütü de dünyanın birçok yerinde intihar ölümlerinin erkekler arasında kadınlardan daha yüksek olduğunu bildirmektedir. (WHO, 2013b). Kadınların intihar girişimleri daha sık olsa da erkeklerin geri dönüşü olmayan ve ölümcül intihar yöntemlerini kullanma olasılığı kadınlardan daha yüksektir (Azizpour vd., 2016; Mokhtari vd., 2019). Bu bulgu, erkeklerde intihara bağlı ölüm oranlarının neden kadınlardan daha yüksek olduğunu açıklayabilmektedir. Bunlara ek olarak, bu çalışmanın bulgularına paralel olarak literatürde de 15 yaş ve altındaki kızlarda intihar oranlarının arttığı bildirilmiştir (Kolves vd., 2014). Örneğin İran’da intihar girişiminde bulunan 8-16 yaş arası bireylerin epidemiyolojisi ve özellikleri üzerine yapılan bir araştırmaya göre, intihar eden bireylerin çoğu kız çocuğudur (Pajoumand vd., 2012). Erkek ergenler arasında tamamlanmış intiharların mutlak sayısı, kız ergenlerden daha fazladır. Oysa kız ergenler arasında intihar girişimleri daha sıktır. Bu durum literatürde intihar davranışının cinsiyet paradoksu olarak adlandırılır (Mokhtari vd., 2019). Ergenlik döneminin bireylerin hayatındaki önemi düşünüldüğünde, erken müdahale politikalarının daha önemli hale geldiği söylenebilir. Ayrıca bu durum aileler için önleyici tedbirlere odaklanma ihtiyacını da yansıtmaktadır. Bu nedenle etiyolojik çalışmaların yapılması, özellikle kız çocuklarının intiharında ana risk faktörlerine odaklanılarak kapsamlı önleyici faaliyetlerin uygulanması önemli görülmektedir.

Bu çalışma kapsamında, 2002-2022 yılları arasında meydana gelen intihara bağlı ölüm verileri incelendiğinde, 20-24 yaş grubunun en riskli dönemlerden biri olduğu, bununla birlikte 2020-2022 yılları arasında bu durumun değiştiği ve en yüksek ölüm oranının 25-29 yaşları arasında meydana geldiği belirlenmiştir. Japonya Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığının verilerine göre Japonya’da intihar, 20 ila 24 yaş arasındaki toplam ölümlerin %48,1’ini ve 25-29 yaş arasındaki ölümlerin %47’sini oluşturmaktadır (Japonya Sağlık Çalışma ve Refah Bakanlığı, 2018). Bu bulguyla benzer olarak, Amerika’da yapılan yakın tarihli bir çalışmada da intiharın 25-34 yaş arası yetişkinler arasında ikinci önde gelen ölüm nedeni olduğu tespit edilmiştir (ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [CDC], 2020). Genç nesildeki bu keskin intihar oranlarının, intihar eğiliminin çarpıcı yönü olduğu söylenebilir. Genç bireylerdeki yüksek intihar oranları, üniversite ve işe giriş sınavlarına hazırlanma baskısı, uzun süreli ekonomik durgunluk, kalıcı işler için daha az olasılık ve artan gelir eşitsizliği gibi nedenlerin yanında bu neslin geleceğe yönelik umutsuzluğundan kaynaklanabilmektedir. Nitekim yapılan bir çalışmada devam eden ekonomik durgunluk, gençlerin yüksek işsizlik oranı ve katı sosyal kutuplaşma gibi faktörlerin gençlerin intihara karşı savunmasızlığına katkıda bulunduğunu ortaya konmuştur (Park vd., 2018).

Mevcut çalışma kapsamında yapılan incelemelerde, yaş ilerledikçe intihara bağlı ölüm oranlarının azaldığı ancak 75 yaş ve üstü yaş grubunda intihar sonucu ölümlerin belirgin bir şekilde yeniden yükseldiği belirlenmiştir. Amerika’da gerçekleştirilen bir çalışmada, 75-84 yaş grubunda bulunan kişiler arasında intihar oranlarının arttığı tespit edilmiştir (Ehlman vd., 2020). 1986 ile 2015 yılları arasında Japonya ve Kore ülkelerinde gerçekleşen intihar eğilimlerinin incelendiği bir diğer araştırmada da yaşlılık dönemine girmek, yaşam seyri boyunca intihar riskinin yüksek olduğu bir zaman dilimi olarak değerlendirilmiştir. Bu yaş grubunda olan bireylerde, intihar ölümlerinde çarpıcı bir artış olduğu ortaya konmuştur (Kino vd., 2019) Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü de özellikle yüksek gelirli ülkelerde, yaşlı erkeklerin en yüksek intihar oranlarına sahip olduğunu bildirmektedir (WHO, 2014). Yaşın artmasıyla birlikte hastalıkların, ruhsal ve fiziksel sorunların ortaya çıkması ya da artması, eşin ve arkadaşların ölümü, yalnızlık, sosyal izolasyon, uyum sorunları, ekonomik kırılganlık, yetersiz sosyal politikalar gibi sorunların bir araya gelerek kriz yaratması yaşlı bireylerin intihar eğilimlerinin artmasında etkili olabilir. Nitekim literatürde birçok ülkede yaşlılar arasındaki intihar oranlarının gençlerden daha yüksek veya gençlerdeki

kadar yüksek olabileceği vurgulanmakta (Lapierre vd., 2011) ve özellikle fiziksel rahatsızlıkları, depresyonu ve anksiyetesi olan yaşlılarda intihar oranlarının yüksek olduğu ifade edilmektedir (Conwell vd., 2016). Farklı yaş gruplarına göre değişen bu intihar örüntüsü, etkili intihar önleme politikaları geliştirmek için yaşam boyu bir yaklaşıma ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerde kronik hastalıklar için ağrı yönetimi, ruh sağlığı bakımı ve sosyal hizmet müdahalelerinin intiharı önlemek için hayati öneme sahip olduğu kabul edilmelidir.

Çalışma kapsamında intihara bağlı ölüm verileri eğitim durumu açısından incelendiğinde 2019 yılına kadar eğitim seviyesi ilkököl olan grubun toplam ölümler içerisinde en yüksek oranı oluşturduğu, ancak 2019 yılından itibaren eğitim düzeyi lise ve dengi seviyede bulunan bireylerin yüksek risk grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Literatürde, eğitim düzeyinin düşüklüğü intihar girişimleriyle ilişkili risk faktörlerinden biri olarak tanımlanmaktadır (Choi vd., 2022; Li vd., 2011; Pires vd., 2014). Örneğin Amerika’da, 2000 ile 2014 yılları arasındaki intihar oranlarını incelemek amacıyla yürütülen bir çalışmada, üniversite mezunu olan bireylerin en düşük intihar oranlarını, lise mezunu olanların ise en yüksek intihar oranlarını sergilediği belirlenmiştir (Phillips vd., 2017). Bir başka çalışmada da en yüksek intihar girişimi ve tamamlanmış intihar insidansı ortaöğretim düzeyinde öğrenim gören bireylerde bulunmuştur (Azizpour vd., 2016). Gerçekleştirilen diğer araştırmalarda da en düşük tamamlanmış intihar oranının üniversite eğitimi alan kişiler arasında olduğu tespit edilmiştir (Balint vd., 2016; Kimura, 2016). Bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyinin ve bilişsel yeteneklerinin de geliştiği söylenebilir. Bu durum bireyin sorunları daha iyi analiz etmesine ve zorlukları daha akılcı bir şekilde aşmasına yardımcı olur. Bu nedenle eğitim düzeyi intihara karşı caydırıcı bir faktör olarak kabul edilebilir.

Bu çalışmanın bulguları ışığında intihara bağlı ölüm verileri medeni durum açısından incelendiğinde, evli bireylerin 2002-2022 yılları arasında tüm yıllarda en riskli grup olduğu ortaya çıkmıştır. Yine tüm yıllarda evli erkeklerin intihara bağlı ölüm sayılarının evli kadınlardan daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Eşi ölen ya da boşanan bireyler ise intihara bağlı ölüm açısından en az riskli grupta yer almaktadır. İran’da yapılan bir araştırmada, en yüksek intihar girişimi oranının evli kişilerde olduğu belirlenmiştir (Azin vd., 2008). Yine Türkiye’de bir üniversite hastanesinin acil servisinde akut erişkin zehirlenmelerinin özelliklerinin incelendiği boylamsal bir çalışma sonucunda, kasıtlı zehirlenme vakalarının büyük kısmının evli bireylerden (%57) oluştuğu bulgulanmıştır. Bununla birlikte bu konuda literatürde farklı bulgular bulunmaktadır. Örneğin çeşitli çalışmalarda bekâr olmanın intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu ve eşi olmayan bireylerin evlilere göre daha dengesiz koşullarda yaşadığı ve yalnızlık duygusu nedeniyle intihar açısından risk altında olduğu bildirilmiştir (Azizpour vd., 2016; Choi vd., 2022; Pires vd., 2014). Yine Macaristan’da intihar vakalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada, kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerde evliliğin intihara karşı güçlü koruyucu etkisi olduğu bulunmuştur (Balint vd., 2016). Bulgulardaki bu uyumsuzluğun toplumlar arasındaki sosyokültürel, dini ve ekonomik farklılıklarla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda intihar oranlarının azaltılmasında, evlilik süreci öncesi ve evlilik sürecindeki çiftlere sosyokültürel yapıya uyumlu bir şekilde danışmanlık hizmeti verilmesinin, koruyucu-önleyici boyutta etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Bu inceleme sonucunda hastalık ve aile içi uyumsuzluk gibi sorunların, intihar girişimine neden olan önemli risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Literatürde de fiziksel ve nörolojik hastalıkların ve ruhsal bozuklukların özellikle yaşlılarda, artan intihar riskiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Liv vd., 2011; Qin, 2011). Yine yapılan çeşitli çalışmalarda aile içi stres faktörlerinin intiharla yüksek düzeyde ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Lin vd., 2020; Seponsky vd., 2019).

İntihar için atfedilebilir risk faktörlerini incelemek üzere yapılan sistematik bir derleme çalışmasında da sosyoekonomik yoksunluk intihar riskini arttıran iki önemli nedenden biri olarak saptanmıştır (Li, 2011). Yapılan araştırmalarda, intiharla doğrudan ve dolaylı ilişki sergilediği tespit edilen bazı önemli risk faktörleri arasında işsizlik, yüksek borçluluk ve iflastan kaynaklanan mali zorlukların önemli risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (Andoh-Arthur vd., 2018, Oppong-Asante vd., 2017). Örneğin gerçekleştirilen bir çalışma, işsizlik ve intihar arasındaki ilişkinin, akıl hastalığı kontrol edildikten sonra bile istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (Goldman-Mellor, 2010).

Bu çalışmanın bulguları, daha düşük sosyo-ekonomik katmanlara odaklanan önleme stratejilerinin, intiharın önlenmesi ve kontrolünde önemli etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda temel insan haklarını, sosyal güvenliği, eşitlikçi gelişmeyi sağlayan ve destekleyen uygun makroekonomik ve sosyal refah ve sağlık politikalarının intihar oranlarını azaltmaya katkıda bulunabileceğini söylemek mümkündür. Bununla birlikte, stres değerlendirmesinin rutin sağlık kontrolüne entegre edilmesini, çalışma ortamının iyileştirilmesini, yüksek riskli bireyler için uygun şekilde iş yükünün azaltılmasını ve ailelere danışmanlık hizmeti sunulmasını içeren önleme programları oluşturmanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Biçimine göre intihar verileri, kendini asarak intihar etmenin en yaygın intihar şekli olduğunu ortaya koymuştur. Bunu ateşli silah kullanarak ve yüksekten atlayarak intihar etme izlemektedir. Ayrıca erkeklerde kendini asma ve ateşli silah kullanarak intihar etme yaygın intihar şekli iken, kadınlarda intihar biçimleri sıklıkla kendini asma,

kimyevi madde kullanarak kasıtlı zehirlenme ve yüksekte atlama şeklinde gerçekleşmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar bu konuda farklılık göstermektedir. Örneğin İran, Güney Kore, Tayvan, Pakistan, Finlandiya ülkelerinde yürütülen araştırmalar, kasıtlı zehirlenmeyi en yaygın intihar yöntemi olarak tanımlamıştır (Bakhsha vd., 2011; Ghaleiha vd., 2012; Kim vd., 2010; Lin vd., 2008). İskoçya’da yapılan bir çalışmada ise kadınlar arasında en yaygın intihar yönteminin kasten zehirlenme olduğu, erkeklerde ise kendini asma yöntemi olduğu bildirilmiştir (Stark vd., 2004). Bununla birlikte, Amerika’da ateşli silah kullanarak intihar etmenin yaygın bir eğilim olduğu bildirilmektedir. (Martínez-Alés vd., 2020). Avrupa ve Amerika’da gerçekleşen intiharların sistematik incelemesinin yapıldığı bir araştırmada, intihar girişiminde en sık kullanılan yöntemlerin kendini asma ve ateşli silah kullanma olduğu tespit edilmiştir (Cano-Montalbán & Quevedo-Blasco, 2018). Dünya genelinde intihar yöntemlerinin farklılaştığı görülmektedir. Bu durumun topluluklar arasındaki sosyal ve kültürel koşulların farklılığına ve intihar araçlarının erişilebilirliğine bağlı olduğu düşünülmektedir. Burada önemli bir diğer nokta ise ateşli silahlara erişimdeki politikaların yeterliliği hakkında uzmanlar tarafından yeniden değerlendirme yapılması gerektiğidir. Nitekim literatürde ateşli silah bulunan evlerde ve yaşam bölgelerinde intihar oranlarının arttığı tespit edilmiştir (Miller vd., 2007). Bu bağlamda, silah ruhsatı verilme şartlarının ağırlaştırılması ve ruhsat sonrası takip sürecinin daha etkin şekilde yürütülmesi, intihar oranlarının azaltılmasında etkili olabilir. Bununla birlikte ruhsatsız silah kullanımına yönelik denetimlerin artırılması kullanılacak yöntemlerdendir.

İntihar, bireyler, aileler ve topluluklar üzerinde yıkıcı etkisi olan önlenemez bir sorundur. Bu araştırma sonucunda, intiharın özellikle gençler arasında ölüm nedenlerine ulusal ve küresel olarak katkıda bulunan önemli bir unsur olduğu belirlenmiştir. İntihar ve buna bağlı ölüm oranları Türkiye’de ve dünyanın diğer birçok ülkesinde dikkat çekici şekilde artmaktadır. Bu durum, intiharın nedenleri ve intihara nasıl daha iyi müdahale edilebileceği konusunu daha önemli hale getirmektedir. Bu nedenle intiharın sosyal belirleyicilerindeki değişen kalıpların, intiharı önleme politikalarının güçlendirilmesi bağlamında sürekli değerlendirilmesi ve yorumlanması önemlidir. Bu doğrultuda mevcut incelemenin intiharı önleme çalışmaları konusunda literatüre katkı sağlayacağı umut edilmektedir. Bununla birlikte, çalışmanın çeşitli sınırlılıkları vardır. İlk olarak bu çalışmanın veri seti, Türkiye İstatistik Kurumu verilerine dayanmaktadır. Bu nedenle veriler yıllık intihar ölüm raporlarında verilen bilgilerle sınırlı olup derinlemesine bilgidir. Ayrıca, yukarıda ifade edildiği gibi resmi makamlara yansıyan kayıtlarda çeşitli eksiklikler ve sınırlamalar olabilmektedir. Çalışma kapsamında ortaya koyulan bulgular bu doğrultuda değerlendirilmelidir.

Karmaşık bir süreç olarak intiharın yaşam boyunca ortaya çıktığı sosyal, ekonomik ve politik ortamları yakalamak ve çoklu organizasyon düzeylerini dahil etmek için daha geniş kavramsal modellerle çalışmalar yürütmek gelecek araştırmalar için önemli görünmektedir. Ayrıca bireyleri intihara sürükleyen nedensel faktörlerin derinlemesine anlaşılması için niteliksel araştırmalarla bir tasvir sağlamak, intihara yönelik göstergelerin anlaşılması ve önlemeye yönelik müdahalelerin şekillendirilmesi açısından faydalı olacaktır.

## KAYNAKÇA

- AbouZahr, C., de Savigny, D., Mikkelsen, L., Setel, P. W., Lozano, R., & Lopez, A. D. (2015). Towards universal civil registration and vital statistics systems: The time is now. *Lancet*, 386(10001), 1407–1418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60170-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60170-2)
- Andoh-Arthur, J., Knizek, B. L., Osafo, J., & Hjelmeland, H. (2018). Suicide among men in Ghana: The burden of masculinity. *Death studies*, 42(10), 658–666. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1426655>
- Avsarogullari, L., Senol, V., Akdur, O., Akin, A., Durukan, P., & Ozkan, S. (2012). Characteristics of acute adult poisonings in a university hospital emergency department in central Turkey: A three-year analysis. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(2), 129–133.
- Azin, S. A., Shahidzadeh -Mahani, A., Omidvari, S., Ebadi, M., & Montazeri A. (2008). Self poisoning with suicidal intent-Part 1. *Payesh Health Monitor*, 7(2), 97–106.
- Azizpour, Y., Asadollahi, K., Sayehmiri, K., Kaikhavani, S., & Abangah, G. (2016). Epidemiological survey of intentional poisoning suicide during 1993-2013 in Ilam Province, Iran. *BMC Public Health* 16, 902. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3585-9>
- Bakhsha, F., Behnampour, N., & Charkazi, A. (2011). The prevalency of attempted suicide in Golestan province, North of Iran during 2003-07. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 13(2), 79-85.
- Bálint, L., Osváth, P., Rihmer, Z., & Döme, P. (2016). Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 190, 777–783. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.011>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: Risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 540.

- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Beautrais, A., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Hu, C., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., ... Kessler, R. C. (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(12), 1617–1628. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
- Cano-Montalbán, I., & Quevedo-Blasco, R. (2018). Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A systematic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 15-25. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a2>
- Choi, M., Sempungu, J. K., Lee, E. H., Chang, S. S., & Lee, Y. H. (2022). Single and combined effects of marital status, education attainment, and employment status on suicide among working-age population: A case-control study in South Korea. *SSM- Population Health*, 19, 101246. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101246>
- Conejero, I., Lopez-Castroman, J., Giner, L., & Baca-Garcia, E. (2016). Sociodemographic antecedent validators of suicidal behavior: A review of recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 18(10), 94. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0732-z>
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451–ix. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Courtet, P., Picot, M. C., Bellivier, F., Torres, S., Jollant, F., Michelon, C., Castelnaud, D., Astruc, B., Buresi, C., & Malafosse, A. (2004). Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts. *Biological Psychiatry*, 55(1), 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.07.004>
- Crosby, A.E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, *centers for disease control and prevention*. National Center for Injury Prevention and Control.
- De Leo, D. (2015). Can we rely on suicide mortality data?. *Crisis*, 36(1), 1–3. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000315>
- Durkheim, E. (1966). *Suicide: A study in sociology*. Free Press.
- Ehlman, D. C., Yard, E., Stone, D. M., Jones, C. M., & Mack, K. A. (2022). Changes in Suicide Rates- United States, 2019 and 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 71(8), 306–312. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7108a5>
- Ellis, T. E., & Patel, A. B. (2012). Client suicide: What now? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.004>
- Ghaleiha, A., Afzali, S., Bazyar, M., Khorsand, F., & Torabian, S. (2012). Characteristics of hospitalized patients following suicide attempt in hamadan district, Iran. *Oman Medical Journal*, 27(4), 304–309. <https://doi.org/10.5001/omj.2012.75>
- Goldman-Mellor, S. J., Saxton, K. B., & Catalano, R. C. (2010). Economic contraction and mental health: A review of the evidence, 1990-2009. *International Journal of Mental Health*, 39(2), 6–31. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411390201>
- Güleç, G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 9(3), 21-25.
- Kim, M. H., Jung-Choi, K., Jun, H. J., & Kawachi, I. (2010). Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Social Science & Medicine*, 70(8), 1254–1261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.01.004>
- Kimura, T., Iso, H., Honjo, K., Ikehara, S., Sawada, N., Iwasaki, M., & Tsugane, S. (2016). Educational levels and risk of suicide in Japan: The Japan Public Health Center study (JPHC) Cohort I. *Journal of Epidemiology*, 26(6), 315–321. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20140253>
- Kino, S., Jang, S. N., Gero, K., Kato, S., & Kawachi, I. (2019). Age, period, cohort trends of suicide in Japan and Korea (1986-2015): A tale of two countries. *Social Science & Medicine*, 235, 112385. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112385>
- Kölves, K., & De Leo, D. (2014). Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: Changes in the past two decades. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(4), 283–285. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144402>

- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P., & International Research Group for Suicide among the Elderly. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88–98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 72(4), 608–616. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>
- Lin, J. J., & Lu, T. H. (2008). Suicide mortality trends by sex, age and method in Taiwan, 1971-2005. *BMC Public Health*, 8, 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-6>
- Lin, W., Wang, H., Gong, L., Lai, G., Zhao, X., Ding, H., & Wang, Y. (2020). Work stress, family stress, and suicide ideation: A cross-sectional survey among working women in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, 277, 747–754. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.081>
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: A systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Martínez-Alés, G., & Keyes, K. M. (2019). Fatal and non-fatal self-injury in the USA: Critical review of current trends and innovations in prevention. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 104. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1080-6>
- Martinez-Ales, G., Hernandez-Calle, D., Khauli, N., & Keyes, K. M. (2020). Why are suicide rates increasing in the United States? Towards a multilevel reimagination of suicide prevention. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 46, 1–23. [https://doi.org/10.1007/7854\\_2020\\_158](https://doi.org/10.1007/7854_2020_158)
- Miller, M., Lippmann, S. J., Azrael, D., & Hemenway, D. (2007). Household firearm ownership and rates of suicide across the 50 United States. *The Journal of Trauma*, 62(4), 1029–1035. <https://doi.org/10.1097/01.ta.0000198214.24056.40>
- Ministry of Health, Labor and Welfare. (2018). National plan for prevention of suicide. <https://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/about.html>
- Mokhtari, A. M., Gholamzadeh, S., Salari, A., Hassanipour, S., & Mirahmadizadeh, A. (2019). Epidemiology of suicide in 10-19 years old in southern Iran, 2011–2016: A population-based study on 6720 cases. *Journal of Forensic And Legal Medicine*, 66, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.06.018>
- Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: Systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *BMJ*, 364, 194. <https://doi.org/10.1136/bmj.194>
- National Center for Health Statistics. (2021). About multiple cause of death 1999–2020. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://wonder.cdc.gov/mcd.html>
- Oppong Asante, K., Kugbey, N., Osafo, J., Quarshie, E. N., & Sarfo, J. O. (2017). The prevalence and correlates of suicidal behaviours (ideation, plan and attempt) among adolescents in senior high schools in Ghana. *SSM- Population Health*, 3, 427–434. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.005>
- Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 128–130. <https://doi.org/10.1002/wps.20116>
- Pajoumand, A., Talaie, H., Mahdavinejad, A., Birang, S., Zarei, M., Mehregan, F. F., & Mostafazadeh, B. (2012). Suicide epidemiology and characteristics among young Iranians at poison ward, Loghman-Hakim Hospital (1997-2007). *Archives of Iranian Medicine*, 15(4), 210–213.
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524–541. <https://doi.org/10.1111/bdi.12089>
- Park, S., Song, Y. J., Kim, J., Ki, M., Shin, J. Y., Kwon, Y. M., & Lim, J. (2018). Age, period, and cohort effects on suicide mortality in South Korea, 1992–2015. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1580. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081580>
- Patel, V., Ramasundarahettige, C., Vijayakumar, L., Thakur, J. S., Gajalakshmi, V., Gururaj, G., Suraweera, W., Jha, P., & Million Death Study Collaborators (2012). Suicide mortality in India: A nationally representative survey. *Lancet*, 379(9834), 2343–2351. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60606-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60606-0)

- Phillips, J. A., & Hempstead, K. (2017). Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000-2014. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.010>
- Pires, M. C., Silva, T.deP., Passos, M. P., Sougey, E. B., & Bastos Filho, O. C. (2014). Risk factors of suicide attempts by poisoning: Review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(2), 63–74. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0044>
- Qin P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45(11), 1445–1452. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.002>
- Rezaeian, M., & Khan, M. M. (2020). Suicide prevention in the Eastern Mediterranean Region. *Crisis*, 41(Suppl 1), S72–S79. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000669>
- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., & Langstrom, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *BMJ*, 341(jul13 1), c3222–c3222. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3222>
- Seponski, D. M., Somo, C. M., Kao, S., Lahar, C. J., Khann, S., & Schunert, T. (2019). Family, health, and poverty factors impacting suicide attempts in Cambodian women. *Crisis*, 40(2), 141–145. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000548>
- Sinyor, M., Tse, R., & Pirkis, J. (2017). Global trends in suicide epidemiology. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 1–6. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000296>
- Stark, C., Hopkins, P., Gibbs, D., Rapson, T., Belbin, A., & Hay, A. (2004). Trends in suicide in Scotland 1981-1999: Age, method and geography. *BMC Public Health*, 4, 49. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-4-49>
- Värnik, P., Sisask, M., Värnik, A., Arensman, E., Van Audenhove, C., van der Feltz-Cornelis, C. M., & Hegerl, U. (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: Developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*, 18(5), 321-325. <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040070>
- World Health Organization. (2013a). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*.
- World Health Organization. (2013b). *Preventing suicide: A global imperative*.
- World Health Organization.(2014). Mental health: Suicide prevention. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/)

### ÇALIŞMANIN ETİK İZİNİ

Yapılan bu çalışmada “Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi” kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Yönergenin ikinci bölümü olan “Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler” başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbiri gerçekleştirilmemiştir. Bu çalışma etik kurul izni gerektirmemektedir.

### ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI

Yazarlar, çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

### ÇATIŞMA BEYANI

Araştırmada herhangi bir kişi ya da kurum ile finansal ya da kişisel yönden bağlantı bulunmamaktadır. Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.