

Yaşlılarda İntihar Davranışı

Suicidal Behavior in Elderly

Murat Aslan, Çiçek Hocaoğlu

Özet

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfusun oranı hızla artmaktadır. Buna paralel olarak, ileri yaşta görülen psikiyatrik hastalıklar ve intihar önem kazanmaktadır. Yaşlı intiharları çok ciddi bir halk sağlığı sorundur. Yaşlılık dönemi intihar davranışları ölme isteğinden tamamlanmış intiharlara kadar geniş bir çerçevede izlenmektedir. Yaşlı nüfusta intihar için risk faktörleri erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal izolasyon, umutsuzluk ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerinin olması, psikiyatrik ve/veya fiziksel hastalıkların varlığı ve geçmişte intihar davranışlarının bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Tüm intiharlarda olduğu gibi yaşlı intiharlarının da en yaygın nedeni tedavi edilmemiş depresyondur. Yaşlılarda intiharin önlenmesinde başta depresif bozukluk olmak üzere psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi, krize müdahale girişimleri ve ileri yaşta sosyal izolasyonun önlenmesi dikkat edilmesi gereken noktalar. Bu gözden geçirme yazısında yaşlılık dönemi ve intihar davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, intihar, risk faktörleri.

Abstract

The size of the elderly population has dramatically increased recently in Turkey similar to worldwide changes. In accordance with these demographic changes, psychiatric disorders in late life, including suicide becomes much important. Elderly suicide is a very serious public health problem. Suicidal behavior in old age exists as a spectrum ranging from death wishes to completed suicide. Risk factors for suicide in old age are male sex, lower socioeconomic status, social isolation, having personality traits like hopelessness and dependency on others etc., the presence of psychiatric and physical disorders and previous suicidal behavior. The most common cause for elderly suicide, as for all suicides, is untreated depression. The treatment of depressive disorder and other psychiatric disorders in late life, counseling in crisis situations and prevention of social isolation in elderly people are the major points for the prevention of suicide in old age. The aim of this review article is to investigate the relationship between elderly people and suicidal behavior.

Key words: Elderly, suicide, risk factors.

İLERİ YAŞLARDA ruhsal bozuklukların ortaya çıkışında, biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlar arasında karşılıklı etkileşim vardır. Yaşlıların güç ve yeti kayıpları, var olan kronik hastalıklar, toplumdaki rolleri ve bu rollerdeki değişiklikler, ekonomik sıkıntılar ve giderek çevreye bağımlı hale gelmeleri, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte görülen sorunlardır.[1] Yaşlılık döneminde karşılaşılan psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı hakkındaki veriler büyük oranda farklılık göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalar bazı farklılıklara rağmen her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığını göstermekte-

dir. Araştırmalar bu artışın 65 yaştan sonra daha da hızlandığını ve 75 yaşından sonra en yüksek orana ulaştığını göstermektedir.[2]

Yaşlılarda intihar için başlıca risk faktörleri arasında erkek olma, eş ve yakınlarını kaybetme, yalnız yaşama, zayıf dini ve aile bağları, azınlıkta olma, yaşlanmayla birlikte gelişen ekonomik ve sosyal statü kaybı, fiziksel ve ruhsal hastalıkların varlığı sayılabilir.[1,3] Depresif belirtiler yaşlılıkta en önemli intihar nedenlerinden birisidir. Bu belirtilerin tedavi edilmesinden bağımsız olarak devam eden umutsuzluk duygusu ve kişinin yaşamını sürdürmesi için gerekli nedenlerin azlığı intihar riskini arttıran bağımsız etkenlerdir.

Bu çalışmada, yaşlılarda intihar davranışının olası nedenlerinin ve risk faktörlerinin araştırılması ve yaşlı hastaları intihar davranışına sürükleyen etmenlere ışık tutarak, bu alanda yapılan araştırmalara katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Yaşlanmanın Tanımı

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tümünü kapsayan fizyolojik bir süreçtir.[4] Yaşlanma süreci doğumla birlikte başlar ve her çeşit organizma doğumundan ölümüne kadar çok sayıda değişikliğe uğrayarak yaşlanır. Yaşlanma sabit bir süreç değildir ve bireyler arasında farklılıklar gösterir. Bu sürecin son bölümü ise yaşlılık olarak isimlendirilmektedir.

Yaşlılığın başlangıcı toplumdaki topluma ve hatta aynı toplum içinde yıllar içinde, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik koşullar, fizyolojik ve psikolojik yaşa göre de kişisel farklılıklar gösterir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1998'de yaşlılıkla ilgili olarak yayınladığı sağlık raporuna göre yaşlılık; özürüllüklerin artması ve başkalarına daha çok bağımlı olma şeklinde tanımlanmış ve yaşlılık sınırı 65 yaş olarak belirlenmiştir.[4]

Yaşlanmanın Biyolojik Etkileri ve Yeti Yitimi

Yaşlanmayla birlikte insanların biyolojik yapılarında değişiklikler olur. Kalp, damar ve endokrin bezlerinde birtakım değişimler, beyinde nöron sayısında azalma, kas-iskelet, dolaşım, sindirim sistemi ve diğer sistemlerde fonksiyonel yetersizlikler, üreme yeteneğinin kaybolması, duyu organlarındaki fonksiyonel kayıplar ve genel vücut direncinde azalma görülür. Yaşlanmayla birlikte meydana gelebilen yetiyitimi tüm dünyada ve ülkemizde birey, aile ve toplumu ciddi bir şekilde etkilemekte, sosyal ve ekonomik açıdan yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Yetiyitimi temel fiziksel, ruhsal ve mental fonksiyonlardaki gerilemelerin bir sonucudur ve yetiyitiminin ortaya çıkmasında bu fonksiyonların her biri ayrı önem taşımaktadır. Mobilite, hareket etme yeteneğiyle ilişkili bir kavramdır ve fiziksel fonksiyonların önemli bir bileşenidir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, yaşlılarda en fazla zorluk yaşanan günlük yaşam aktivitelerinin yürüme, ev dışına çıkma, merdiven çıkma, alışveriş yapma ve ulaşım gibi mobilite yetisine bağlı aktiviteler olduğu bildirilmiştir.[5,6]

Yapılan birçok çalışmada, çok sayıda yaşlıda yaşın ilerlemesiyle birlikte mobilitede bir düşüş yaşandığı, bu düşüşün bir sonucu olarak daha ileri düzeyde ve tüm alanlarda yetiyitimi gelişme olasılığında artış izlenmiştir. Mobilite değerlendirilmesinin yeti yitiminin preklinik evresindeki yaşlıların tespit edilmesinde önemli olduğu gözlenmiştir.[7,8] Ayrıca, yeti yitiminin erken evreleri değiştirilebilir özellikte olup prognoz fonk-

siyonel iyileşmeye ya da kalıcı yeti yitimine doğru ilerleyebilir. Bu dönemde yaşlılara yönelik yapılan tıbbi ve sosyal girişimlerin yeti yitimi prevelansını azalttığı görülmüştür.

Yaşlanma sürecinde organ sistemlerinde ortaya çıkan belirtiler, yaşlanmanın biyolojik mekanizmalarına göre daha iyi açıklanabilmektedir. Bunun sebebi, yaşlanma belirtilerinin 'gözle görülebilir' ve takip edilebilir olmasıdır. Genel olarak biyolojik yaşlanma belirtileri, tüm vücut sistemlerinde yıpranma ve gerileme olarak gözlenir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaya başlar.[9] Örneğin, ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun % 90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve dörtten daha fazla kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatış oranı %17.3 civarında iken, yaşlılarda bu oran kronik hastalıkların da varlığıyla birlikte %31'e çıkmaktadır.[10]

Yaşlılıkta bilişsel işlevlerde genel olarak bir kayıp olmakla birlikte bu kayıp herkeste aynı düzeyde değildir. Hatta her bireyde farklı bilişsel işlevler farklı oranlarda etkilenirler. Yaşlanmayla birlikte dikkat, algılama ve problem çözme yeteneğinde azalma, bellekte kayıt ve hatırlama işlevlerinde, bilgiyi hızlı işleme, yürütücü işlevler, görsel-uzamsal beceri, öğrenme ve düşünme hızında yavaşlama görülür. Özellikle yürütücü işlevler, yapılacak işlerin öncelik sırasına göre belirlenmesi ve bunların belli bir sıra dahilinde yapılmasından sorumludurlar ve bireyin bağımsız bir şekilde hayatını devam ettirebilmesinde etkilidirler. Doğuştan itibaren varolan beyin dokusu ve sinaps yoğunluğu eğitim ve öğrenime bağlı olarak artar ve bilişsel rezerv oluşur. Bu yapıda genetik faktörler önemli bir yer tutmakla birlikte yüksek zihinsel yetenekler, gelişmiş bağetme mekanizmaları, akademik başarı ve sağlıklı yaşam gibi birçok faktör yer almaktadır. Gelişmiş bir bilişsel rezervin bilişsel işlevlerdeki kayıpta koruyucu rol aldığı düşünülmektedir.[11] Buna karşın yaşlanmayla birlikte bireyin yaşam tecrübesinde, kelime dağarcığında ve entellektüel birikiminde artış da gözlenir.

Yaşlanmanın Psikolojik Etkileri

Geçen yüzyılda gerçekleşen tıbbi ilerlemeler ve yaşam koşullarındaki gelişmeler sonucunda daha fazla sayıda insan ileri yaşlara ulaşmaya başladı. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda yaşlılarda ruhsal bozukluklar, erişkin yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında daha az sıklıkta gözlenmiştir.[12] Yaşlılarda psikiyatrik hastalıkların erişkinlerden daha farklı klinik bulgular vermesi, başta demans ve depresyon gibi hastalıkların klinik belirtilerin yaşlılığın doğal seyrinde 'normal' olarak algılanması ve özellikle yaşlı popülasyonu da kapsayan epidemiyolojik çalışmaların yetersizliği yaşlı hastalarda tanı koymayı güçleştiren faktörlerdir. Ayrıca, psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırması) ve ICD (International Classification of Diseases- Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması) tanı ölçütleri erişkin hastalar dikkate alınarak hazırlanmıştır. Yaşlıların klinik belirtileri DSM ve ICD tanı ölçütleri ile uyumsuz olabilir ve bu ölçütlerin yaşlılarda uygulanmaya çalışılması varoldan daha düşük oranlarda psikiyatrik hastalık tanısı konulmasına sebep olabilir.[12]

Major depresyon, anksiyete bozuklukları, madde bağımlılıkları ve psikotik bozukluklar gibi yaygın hastalıkların daha genç yaş gruplarına oranla yaşlılarda daha az olduğunu izlenmiştir.[11] Son dönemde yapılmış bir çalışma, yaşlıların, erişkinlere göre üzüntü, öfke ve korku gibi olumsuz duyguları daha az, mutluluk, sevinç gibi olumlu duyguları daha çok deneyimlediklerini ortaya koymuştur. Dahası, bir başka çalışmada

fiziksel rahatsızlıkları olan yaşlılar arasında olumsuz duygulardan çok olumlu duyguların var olduğu gözlemlenmiş, hatta ilerlemiş yaşın ve hastalığın bu insanların bakış açılarındaki olumsuzluğa yol açması gerektiği görüşü daha çok destek bulmuştur. Hayatının son dönemine geldiğini bilen ve ölümün daha çok farkında olan yaşlı bireylerin, duygusal olarak anlamlı ilişkilerini korumak için daha büyük bir motivasyonları olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu verileri açıklamak için yaşlılığın olumsuz duygusal durumlara ket vurma becerilerini artırdığını ve olumlu duygusal durumları koruduğunu öneren bir duygusal kontrol modeli önermişlerdir.[11]

Yaşlılık Dönemi Sorun Alanları

Yaşlılık döneminde emeklilik, kuşaklar arası değer çatışmaları, kronik hastalıklar, eş, akraba ve arkadaşların ölümü sonucu kişiler arası ilişkilerde değişim, yalnızlık ve umutsuzluk gibi belli başlı alanlarda sorunlar baş gösterir. Bu alanlardaki sorunlarla yaşlı bireyin nasıl baş edeceği ve bu değişen koşullara nasıl uyum sağlayacağı konularında araştırmacılar tarafından teoriler geliştirilmiştir. Bu teorilerden en çok kabul görenlerden birisi George Vaillant tarafından ortaya atılmıştır. Vaillant erkek deneklerden oluşan bir grubu 25 yıl süreyle izlemiş ve yaşamlarındaki kriz durumlarını ve bu durumlara verdikleri tepkileri incelemiştir. Çalışmasının sonucunda hayata uyum sağlamada en çok başarılı olan bireyler mizah gibi olgun savunma yöntemini kullananlar, en az başarılı olanlar da yansıtma ve entellektüelleştirme gibi olgunlaşmamış ve nörotik savunma yöntemlerini kullananlar olmuştur. Ayrıca, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerin daha fazla olgunlaşmış savunma düzeneklerini kullandıklarını ve sonuçta sorunlarla daha kolay başa çıktıklarını belirtmiştir. Kaliteli bir yaşam için belli bir amaç doğrultusunda yaşama, aile ve diğer bireylerle yakın ilişkiler kurma ve kendini olumlu kabul etmenin gerektiğini savunmuştur. [11]

Günümüz toplumlarında yaşlanma ile birlikte gelen en önemli rol kayıplarından bir tanesi de emekliliktir. Emekliliğe verilen anlam topluma ve kişiye göre değişkenlik gösterir. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte emeklilik yaşıyla ölüm arasındaki süre önemli miktarda artmıştır. Emeklilik bir taraftan hayatın alışılmış yaşam sürekliliğini ve ritmini bozarken diğer taraftan kişinin sosyal kimliğinin ve ilişkilerinin değişikliğe uğramasına sebep olur. Emekli olan yaşlıların birçoğu ekonomik yönden üretken bireyler olma, otorite ve saygınlık gibi birçok toplumsal rollerini kaybetmektedirler. Sosyal kimliklerini yalnızca mesleği ile eşdeğer tutan, rekabetçi, yüksek derecede başarı beklentisi olan, mesleği dışında ailesi ve sosyal ilgi alanları kısıtlı olan ya da mesleki kariyerini istediği şekilde sonlandıramayan bireylerde emeklilik olumsuz bir olgu, hatta felaket olarak algılanır.[9] Ailenin geçimini sağlayan ve çocuk yetiştiren bireyler olma gibi roller zamanla kaybedilmekte, ilerleyen dönemlerde yaşanan ebeveyn çocukları tarafından geçimi ve bakımı sağlanan birey haline gelebilmektedir. Bu role soyunan çocuklarla yaşlıların rollerinin kesişmesinden ve beklentilerin çakışmasından dolayı yeni rol dağılımıyla ilgili birçok çatışma yaşanabilir.[9,13]

Mesleki kariyerini başarıyla sonlandırmış, geniş ilgi alanları olan, sosyal konumu, eğitimi yüksek olan ve toplumsal bütünleşmesini sağlayan bireylerde emekliliğe bakış olumludur ve bu döneme daha kolay uyum sağlarlar. Göreceli olarak pasif bir yaşama geçilen bu dönemde yaşlı bireyin mutlu ve huzurlu bir yaşam sürebilmesi ve sosyal çevreye uyum sağlayabilmesi adına onu aktifleştirecek yeni uğraş alanları ve sosyal roller bulunmalıdır. Kişi sahip olduğu rolleri ilerleyen yaşa göre uyarlayabildiği ölçüde yaşam-

dan zevk alır. Yaşlı birey aile ve dostluk ilişkilerine yoğunlaşıp onlarla daha fazla zaman geçirip hayatının bu yeni dönemine uyum sağlayabilir. Bu dönemde 'büyükanne' ya da 'büyükbaba' olma bu anlamda özellikle ülkemizde kazanılmış önemli bir rol olarak değerlendirilebilir. Böylece yaşlılar bebeklerin ve çocukların yetiştirilmesinde aktif rol oynayabilmekte, üretken bireyler olma özelliklerini devam ettirebilmektedirler. Nesiller arasındaki iletişimin devamı ve yaşlıların çocuklarıyla birlikte yaşayabilme olasılıkları da artmaktadır.[9]

Emekliğin kadın ve erkek cinsiyetler üzerine de farklı etkileri vardır. Kadınların sosyal toplumda genellikle mesleki rolleriyle birlikte evde annelik ve ev kadınlığı rolü vardır. Eğer mesleğini sadece ekonomik bir kazanç kapısı ve sosyal ilişki kurmak için bir araç olarak görüyorsa ve asıl rolünün annelik ve ev kadınlığı olduğunu düşünüyorsa emekliliği olumlu karşılar. Bu dönemde kadınlar anne, baba ve çocuk gibi düşey ilişkilerine eş ve kardeş gibi yatay ilişkilerinden daha fazla önem vermeye başlarlar. Geniş ailenin içinde daha etkin rol almaya başlayabilirler. Yalnız yaşayan kadınlar da 40-50 yaşlarında genellikle kişisel bir yaşam ortamı kurarlar ve emeklilik döneminde daha mutlu olurlar. Yaşlı erkeklerle eşlerinin aile içinde güç kazanmasından dolayı onlardan uzaklaşabilirler ve torunlarıyla kuşaklar arası ilişkilerini arttırırlar.[9,14]

Emeklilikle birlikte kişi, birçok sorumluluğundan kurtulmuş olarak yeni ve daha özgür bir hayata başlayabilir. Seyahat etmek, gazete ve kitap okumak, farklı sosyal ve sanatsal etkinliklere katılmak, düzenli egzersiz ve yürüyüş yapmak, zamanla genişlemiş olan ailesine ve arkadaşlarına vakit ayırmak gibi yaşamını zenginleştiren aktivitelerde bulunabilir. Yaşlılık dönemindeki en önemli sorunlardan birisi de eş kaybıdır. Demografik bulgulara göre; yaşlı kadınların %51'i ve yaşlı erkeklerin %14'ü hayatlarında en az bir kez eşlerini kaybetmektedirler.[11] Bu dönemde emeklilik ve kronik hastalıklar gibi nedenlerle sosyal bir geri çekilme yaşanır ve aile ve eş ilişkileri önem kazanır. Yıllar boyunca birlikte yaşanan eşle birbirine bağlanma, kenetlenme ve iç içe geçmiş roller mevcuttur. Eşin ölümüyle birlikte diğer eşin dengesi bozulabilir. Eşin ölüm nedeni, hastalık süreci ve geçmiş hayatlarındaki olumsuz ilişkiler ölen eşe karşı ambivalan duyguların beslenmesine neden olabilir. Kişi bir taraftan eşinin kaybına alışmakta zorlanırken diğer taraftan içten içe eşi tarafından terk edildiği için öfke duyulabilir.[11]

Eş kaybı kadın ve erkekler üzerinde farklı etkilere sahiptir. Kadınlar eş kaybı sonrası tek başına veya çocuklarıyla birlikte yaşamaya daha kolay uyum sağlarlar. Erkekler de ise eş kaybı daha büyük bir yıkım oluşturur. Özellikle yaşlı erkeklerin eşlerinden aldıkları duygusal destek daha fazladır. Bu desteğin kaybı sonucu erkekler, yalnız veya çocuklarıyla yaşamaya kadınlar kadar kolay adapte olamazlar. Bu yüzden eş kaybı sonrası yeniden evlenme oranları erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 5 kat fazladır. Normal şartlar altında eşini kaybeden bireyin ortalama 1 yıl sonra olağan hayatına geri dönmesi beklenir. Ancak, eşiyile aşırı bağımlı ilişkisi ve ambivalan duyguları olan bireylerde depresif belirtiler, anksiyete, alkol ve sigara kullanımında artış, daha sık hastalanma ve hekime başvurma ve intihar düşüncelerinde artış gözlemlenebilir.[9,15]

Eş kaybı, emeklilik, ekonomik kayıplar, ailevi ve toplumsal çevrenin sınırlı olması, kişisel ilişkilerin ve ilgi alanlarının kısıtlı olması gibi birçok sebep yaşlı bireyin yalnız kalmasına sebep olabilir. Modern yaşamın bir sonucu olarak gelişen yalnızlık, bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile olmasını istediği, beklediği sosyal ilişkiler arasındaki farklılığı algılaması sonucu oluşan bir kavram olarak tanımlanabilir. Yalnızlık hissini içerdiği kişinin var olan sosyal ilişkileri ile değil, ilişkileri ile ilgili beklentileri tarafından belirle-

nir. Bu his ile tekdüze, hareketsiz yaşam tarzı ve can sıkıntısı arasında bir ilişki söz konusudur. Hayatta ulaşacak belirli hedefleri, geleceğe yönelik planları olmayan ve yaşamlarından hoşnut olmayan yaşlılar yalnızlıktan daha çok yakınır. Yeni toplumsal roller ve ilgi alanları oluşturulduğunda bu yakınmalar ortadan kalkar. Ancak, bu ilgi alanlarındaki aktiviteler belirli bir ritim içerisinde gerçekleştirilemezse can sıkıntısı ve yalnızlık tekrar ortaya çıkabilir.[9]

Yaşlı Nüfus Oranları

Dünyada Yaşlı Nüfus Oranları

Günümüzde tüm dünyada ortalama yaşam süresinin artması ve doğum hızının azalması ile birlikte, hem yaşlı nüfusun sayısı hem de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı artmıştır. Gelecek yıllarda yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki payının giderek artacağı ve yaşlı bireylerin sayıca özellikle de gelişmiş toplumlarda artacağı öngörülmektedir. Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan raporlara göre 1800'lü yıllarda dünya nüfusunun 1 milyar, 2000 yılında 6.1 milyar olduğu, 2100 yılında 9.5 milyara ulaşacağı, sonrasında bir azalma sürecine gireceği tahmin edilmektedir. Bu dönemde Avrupa kıtasının nüfusunun giderek azalacağı, Asya, Afrika ve Amerika kıtalarının nüfuslarında giderek artış olacağı tahmin edilmektedir.[16]

1950'de dünya nüfusunun %5.1'i yaşlılardan oluşmakta iken, bu oran 2000 yılında %6.9'a çıkmıştır. [17] Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Nüfus Sayımı Bürosu'nun 2012 yılı verilerine göre Dünya nüfusu 7 milyarı aşmıştır ve yaklaşık 550 milyon yaşlı insan vardır. Dünya nüfusunun %8'ini yaşlılar oluşturmaktadır. Bu kurumun tahminlerine göre 2050'de dünya nüfusu yaklaşık 9.3 milyara, yaşlı sayısı da yaklaşık 3 kat artarak 1.8 milyara ulaşacak ve dünya nüfusunun % 15'i yaşlılardan meydana gelecektir. Yaşlı grupların kendi aralarındaki artış oranlarına bakıldığında ise 85 yaş üstü insan sayısında yaklaşık 10 katlık bir artış beklenmektedir. Dünya nüfusu 2012 yılında yaklaşık %1.1 oranında artarken yaşlı nüfusun yıllık artış hızı %2,1'dir.[18]

1955 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 48 yıl iken, 1975'de 59'a, 1995'de 65'e yükselmiştir. Dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi 2012 yılı için ortalama 69'dur. Bu değer en yüksek olduğu ülkeler arasında ilk 3 sırayı Japonya (83.7), Avustralya (82.1) ve İtalya (82) almıştır. Buna karşın Mozambik (51), Afganistan (49.3) ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti (48.9) bu değer en düşük olduğu üç ülkedir. 2050 yılında ise doğumda beklenen yaşam süresinin en yüksek olacağı tahmin edilen ülkeler arasında Japonya (87,4 yıl), İsviçre ve Avustralya (86 yıl) gelmektedir. Bu dönemde doğuştan beklenen yaşam süresinin en düşük olacağı tahmin edilen ülkeler arasında ise Çad (63.2 yıl), Afganistan (62.8 yıl) ve Lesoto (58 yıl) yer almaktadır. Yine ABD Nüfus Sayımı Bürosu'nun 2012 yılı verilerine göre 2025'te dünyada doğumda beklenen yaşam süresi 71'e, 2050'de 76'ya yükselecektir.[18]

Türkiye'deki Yaşlı Nüfus Oranları

Yaşlanma sürecinin hızla arttığı ülkelerden biri olan Türkiye'de 1950 yıllarından bu yana 65 yaş üzeri nüfusta giderek artış saptanmıştır.[19] Genel nüfus içindeki yaşlı nüfus oranı 1955 yılında %3.4 olup, bu oran 1990 yılında %4.3'e, 2000 yılında %5.5'e yükselmiştir.[20] 2012 yılı sonu itibarıyla 75 milyona yaklaşan nüfusta yaklaşık 5.7 milyon yaşlı sayısı nüfusun %7.5'ini oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yılı veri-

lerine göre ülkemiz nüfusunun 2050 yılına kadar yavaş bir şekilde artış gösterip 93.5 milyona en tepe noktasına ulaşılacağı, sonrasında azalma gösterip 2075 yılında yaklaşık 89 milyona düşeceği tahmin edilmektedir. Ülkemizdeki yaşlı nüfusun 2023 yılında 8.6 milyon ile %10.2'ye, 2050 yılında 19.5 milyona yaklaşan yaşlı nüfusuyla %20'ye ve 2075 yılında ise 24.7 milyon ile %27.7'ye çıkacağı tahmin edilmektedir.[21]

Ülkemizde de dünyadaki verilerle paralel bir şekilde zaman içersinde ortalama yaşam sresinde bir artış gözlenmiştir. 1950'li yıllarda 48.1 yıl, 1995'te 68 yıl, 2012'de ise 74.6 yıl olarak tespit edilmiştir. 2025 yılı için ortalama yaşam süresinin 76'ya, 2050' de ise 80 yıla ulaşacağı tahmin edilmektedir.[18]

Yaşlılarda İntihar ve İntihar Düşüncesi

Yaşam dönemleri açısından incelendiğinde intiharın yoğunlaştığı evrelerden birisi de yaşlılık dönemi­dir. Tamamlanmış intiharların hızı yaş ile orantılı olarak artmaktadır. Yaşlı erkeklerin intihar hızları genel ortalamadan 3-4 kat fazladır. İntihar düşüncesi, intihar davranışıyla kıyaslandığında oldukça yaygındır ve toplumda intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %13.5-35 kadardır.[22] Bir kısım insanlar hayatlarının hiçbir döneminde eyleme dökülmemiş intihar düşüncelerine sahipken bazıları intihar girişiminden günler ve aylar öncesinde plan kurarken bazıları da herhangi bir planı olmaksızın impulsif bir şekilde intihar ederler. Gelip geçici intihar düşünceleri genellikle impulsif bir intihar girişimi ve ölüm riski oluşturmazlar ancak ısrarlı, yineleyici, yoğun ölüm ve intihar düşünceleri yüksek ve acil risk içerirler. Bu düşünceler uzun süredir devam ettiğinde, ayrıntılı olduğunda, açık ve somut intihar planları içerdiğinde ve kişi tarafından çevresindeki kişilere açıkça söylenmeye başladığında risk artmaktadır. Ayrıca, kişinin vasiyetini hazırlama, intihar notu bırakma, yakınlarıyla vedalaşma gibi intihara yönelik hazırlıklar yapması anlamlı yüksek risk göstergeleridir.[23]

Ergenlerde ve yetişkinlerde çok yaygın olan intihar düşüncelerinin yaşlanmayla birlikte azaldığı, yaşlılarda genel topluma göre düşük oranda olduğu grlmştir. Depresyonu olan yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi, intihar girişimi ve ölme isteği sıklığı araştırılmış ve yaşlılarda %39.2 ölme isteğinin olduğu, ancak intihar düşüncesi ve intihar girişimi oranlarının %1.5 ve % 4.6 oranında kaldığı tespit edilmiştir. lme isteğinin yüksek olmasına rağmen intihar düşüncesi ve intihar girişiminin düşük oranda kalması güçlü aile bağları, dini ve kültürel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Yaşlılarda intihar düşüncesinin daha az olmasına karşın ölüm isteğinin fazla olduğunu sonucuna varılmıştır. [24]

Yaşlı İntiharlarının Epidemiyolojisi

Toplumlar arasındaki bazı farklılıklara rağmen epidemiyolojik çalışmalar, her toplumda intiharların yaşla birlikte arttığını göstermektedir. Araştırmalar bu artışın 75 yaş ve üstünde en yüksek orana ulaştığı bildirmektedir. Fuse, yaş ile intihar hızları arasındaki ilişkiyi tanımlamış ve sınıflandırmıştır. Sonuç olarak 3 model ileri srmştir:

1. Macar Modeli: İntihar hızı yaşın artması ile birlikte doğrusal bir artış gösterir.
2. Japon Modeli: Yaş ile intihar oranları yaşam boyunca iki tepe noktası yapar. Daha düşük olan birinci tepe noktası genç yetişkinlikte, daha yüksek olan ise yaşlılık döneminde­dir.

3. İskandinav Modeli: Bu modelde orta yaşta intihar hızı tepe noktasına ulaşır ve yaşlılıkta bu hız düşer.[25]

Tamamlanmış intihar hızları ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermekle birlikte özellikle son 30 yılda dalgalı bir seyir izlemiş ve intihar hızlarında önemli bir değişiklik kaydedilmemiştir. DSÖ, intiharın özellikle genç yaşlardaki ölüm nedenlerinin en sıklarından biri olduğunu, dünyada yılda yaklaşık 800 000 kişinin intihar sonucu öldüğünü ve dünyada tamamlanmış intihar hızının ortalama yüz binde 10-12 olduğunu bildirmektedir.[22] İntihar bütün yaşlar için önde gelen ölüm nedenleri arasında 8. ile 12.sırada yer alırken, lise çağındaki ergenlerde 2. ya da 3. sıradaki ölüm nedenidir.

Dünya'da bölgeler açısından bakıldığında ise en yüksek intihar oranları Orta ve Kuzey Avrupa'da gözlenmiştir. Bu oran Litvanya'da yüz binde 45.6, Rusya'da 41.5, Finlandiya'da 33.8 ve Macaristan'da ise 32.9'dur. Akdeniz'e komşu olan Yunanistan, İspanya, İtalya ve Mısır gibi ülkelerde ise dünya ortalaması olan yüz binde 10' un altındadırlar.[26] Uzak Doğu'da intihar oranlarının yüksek olduğu bölgelerden bir tanesidir. Sri Lanka'da yüz binde 33.2, Çin'de 28.7 ve Japonya'da ise 16.4' tür. Kuzey Amerika kıtası incelendiğinde ise ABD'de ve Kanada'da yüz binde 12 civarında intihar oranları tespit edilmiştir. ABD'de her yıl ortalama 30 000 kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir.[27]

Ülkemizde intihar istatistiklerine ait veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından, 1962 yılından itibaren tüm yerleşim yerlerinden toplanmakta ve 1974'den bu yana düzenli olarak yılda bir kez kitapçık halinde yayımlanmaktadır. Bu verilerin kaynağı intihar olaylarında polis ya da jandarma tarafından doldurulan 'İntihar İstatistik Formları'dır. Fakat ülkemizde hem intiharı hem de intihar girişimlerini gizleme ve resmi kayıtlara geçirmeme eğilimi yaygın olduğundan hastane ve polis kayıtlarının güvenilirliği düşüktür. 1974 yılında kaba intihar hızları erkeklerde yüz binde 1.76, kadınlarda yüz binde 1.28 iken, 1998 yılında erkeklerde yüz binde 3.9'a, kadınlarda yüz binde 2.7'e ulaşmıştır.[22] 2011 yılı sonu itibarıyla Türkiye'de 1876 erkek, 801 kadın olmak üzere toplamda 2677 intihar vakası gerçekleşmiştir. Erkeklerde intihar hızı 5.0, kadınlarda 2.15 ve toplam ortalama ise 3.62 olarak saptanmıştır. Yaşlılar açısından durum incelendiğinde, 65-74 yaş aralığında erkeklerde intihar hızı yüz binde 8.06, kadınlarda 1.61, 75 ve üstü yaşta erkeklerde 13.42 ve kadınlarda ise 3.07 ile en yüksek değerlere ulaşmaktadır. Ülkemizdeki coğrafi bölgeler açısından intihar hızlarına bakıldığında ise Doğu Anadolu Bölgesi yüz binde 4.69 ve Ege Bölgesi 4.63 ile ilk iki sırada yer alırken, Doğu Karadeniz bölgesi 2.66 ile son sırada yer almaktadır. [28]

Tamamlanmış intiharların demografik özellikleri incelendiğinde intiharların Dünya genelinde erkeklerde 45, kadınlarda ise 55 yaş üzerinde arttığı görülmektedir. Çin ve Kuveyt hariç olmak üzere erkeklerde tamamlanmış intiharlarının sayısı kadın intiharlarından fazladır. Son 20-30 yıllık dönemde ergenler ve genç erişkinler arasında intiharın hızla arttığı bildirilmekte olup 15-24 yaş aralığında en yüksek sayısal değere ulaştığı izlenmiştir. Yaş gruplarında belli bir nüfusa göre intihar oranları incelendiğinde ise yaşın artmasıyla birlikte intihar oranlarının bir artış eğiliminde olduğu ve en büyük artışın da yaşlılık döneminde olduğu izlenmiştir.[22]

Türkiye'de tamamlanmış intiharlar, Avrupa ülkeleri ve ABD'den farklı olarak kadınlarda 15-29 yaş grubunda, erkeklerin ise 15-34 yaş grubunda yoğunlaşmaktadır. İntihar eden erkeklerin yaklaşık %31'i, kadınlarınsa %53'ü 30 yaşından daha küçüktür.[28] İntihar için kullanılan yaklaşık 160 yöntem belirlenmiştir. Bu yöntemler genel-

likle şiddet içeren ve şiddet içermeyen yöntemler olarak sınıflandırılır. Şiddet içeren yöntemlere; ası, yüksekten atlama, ateşli silah, derin kesiler ve gaz inhalasyonu dahildir. Şiddet içermeyen yöntemlere ise yüksek doz ilaç ve kimyasal madde alımı, yüzeysel bilek kesisi dahildir.[29]

İntiharda kullanılan yöntemler zamanla ve intihar anındaki imkânlarla göre değişiklik gösterebilmektedir. Seçilen intihar yöntemi kişinin acıdan, çirkinlikten, yaşamaktan veya ölmekten kaçma isteğine, yaşına, cinsiyetine ve yaşadığı yere göre değişiklik gösterebilir. Örneğin; kırsal kesimde tarım ilaçları ile intihar şekli dikkat çekerken, büyük şehirlerde yüksek binalardan atlama ile araba, metro ve tren yoluna atlayarak gerçekleştirilen intihar yöntemleri göze çarpmaktadır. Şiddet içeren yöntemler yaşam boyu daha yüksek bir şiddet eğilimi ve dürtüsellik düzeyiyle ilişkilendirilir ve kadınlara göre çoğunlukla erkekler tarafından uygulanır. Ayrıca, şiddet içeren yöntemler sıklıkla yaşam boyu madde suistimali veya bağımlılığı ve psikotik bozukluklarla ilişkilidir.[30]

ABD'de tamamlanmış intiharlarda erkeklerin en sık kullandıkları yöntemler ateşli silahlar (yaklaşık %60), ası ve yüksekten atlamaktır. Erkeklerin intiharda kullandıkları yöntemler kadınlara göre daha şiddet içerikliken kadınlar daha çok ilaçlar ya da başka kimyasal maddeler ile intihar etmektedirler. İntihar girişimlerinde Dünya'da ve ülkemizde en sık kullanılan yöntem ise ilaç ve kimyasal madde kullanımındır.[22]

Ülkemize bakıldığında ise kullanılan intihar yöntemleri açısından durum farklılık arz etmektedir. Tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan ilk iki yöntem her iki cinsiyette de ası ve ateşli silah kullanımındır.[31] 2011 yılı sonu itibariyle erkeklerde tamamlanmış intiharların %50.3'ü ası, %29.9'u ateşli silahla, kadınlarda ise %55.3'ü ası ve %17.1'i ateşli silahla gerçekleştirilmiştir. İntihar araçlarının ulaşılabilirliğinin azalması ile intihar hızının düştüğü görülmüştür. En sık kullanılan yöntem olan ateşli silahların ulaşılabilirliğinin azaltılması ile intihar girişimlerinin toplam sayısı azalması bile intihar sonucu ölümlerin azaltılabileceği söylenebilir. ABD'de ateşli silah kullanımının kanunlarda sıkı kontrolünün yapıldığı eyaletlerde intihar hızının daha düşük olduğu görülmüştür. Kömür gazı yerine toksik olmayan gazların kullanılması, ilaç kutularındaki ilaç miktarının toksik dozun altına çekilmesi ve depresyon hastalarında sıklıkla tercih edilen trisiklik antidepressan ilaçların kullanımının azalması, daha güvenli ilaçlara geçilmesi gibi yöntemlerle intihar hızı düşmüştür.[22]

Ülkemizde 1990 yılında silah bulundurma ve taşıma ruhsatı almaya yönelik kanunlar esnetilmiş ve kolaylaştırılmıştır. 1989-1998 yılları arasındaki dönemde tamamlanmış intiharlar erkeklerde %56, kadınlarda %41 artmıştır. Ayrıca, intihar yöntemi olarak ateşli silahların kullanımı da bu yıllar arasında artma göstermiştir. Bu artışın tek nedeni, doğrudan silahlara ulaşabilmenin kolaylaşması olmasa bile artışta etkili olduğu açıktır.[22] 2011 yılı sonu itibariyle ülkemizde tamamlanmış intiharların toplamda %27'si ateşli silahla, %5.3'ü kimyasal madde kullanılarak gerçekleştirilmişken, 2002'de %18.1'inde ateşli silah ve %20'sinde kimyasal madde kullanıldığı görülmüştür.[28]

İntihar girişimlerinin epidemiyolojik özellikleri tamamlanmış intiharlar kadar iyi aydınlatılamamış ve bu alanda yapılan araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin; bazı çalışmalara göre 1970'li yıllarda Avrupa'da izlenen tamamlanmış intiharlardaki artışın benzeri intihar girişimlerinde de gözlenmiştir fakat bunun aksini bildiren araştırmalar da mevcuttur.[32] Bu konuda DSO'nün katkılarıyla 1989-1992 yılları arasında Avrupa'da yapılan çalışmada ortalama intihar girişimi hızı erkeklerde yüz binde 167, yüz binde 222'dir. Avrupa'da en yüksek intihar girişimi hızı yüz binde 314 ile

Helsinki'de, en düşük intihar girişimi hızı ise yüz binde 45 ile Guipuzcoa'da saptanmıştır.[33]

Gençlerde intihar girişimleri tamamlanmış intiharlara göre çok daha sıktır. Yaşlılarda intihar girişimlerinin sıklığı gençlerden daha düşüktür fakat intihar girişiminin ölümlü sonuçlanma olasılığı gençlerden ve genel toplumdan çok daha yüksektir. Bir çalışmada gençlerde tamamlanmış intiharların intihar girişimlerine oranı ortalama 1/200, yaşlılarda ise 1/4 olarak bulunmuştur.[34] Avrupa'da yapılan bir çalışmada erkeklerde 15-44 yaş aralığı, kadınlarda ise 25-44 ve 65-74 yaş aralıkları intihar girişimlerinin en sık gözlemlendiği yaş aralıkları olarak bulunmuştur.[35] Türkiye'de belli bölgelerde yapılan çalışmalarda intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralıkları hem kadınlarda hem erkeklerde 15-24 ve 25-34 olarak saptanmıştır.[36,37]

İntihar girişimleri hakkında Türkiye geneline ait kayıtlara dayalı, geniş kapsamlı bilgiler mevcut değildir. Ancak DSÖ'nün desteklediği Ankara'nın Mamak bölgesinde 1998-2005 yıllarını kapsayan çalışma sonucuna göre intihar girişimlerinin hızı erkeklerde yüz binde 53.8, kadınlarda ise yüz binde 136.7'dir. Bu hız, Avrupa'daki diğer merkezlerde saptanan hızla göre daha düşük olmakla birlikte, intihar girişimi hızlarında ciddi bir artış eğilimi vardır. Bu 8 yıllık izlem sürecinde intihar girişimi hızları, şaşırtıcı bir biçimde, kadınlarda %116.83, erkeklerde ise %130.98 artış göstermiştir.[22]

Yaşlı İntiharlarının Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi

İntiharın bir dizi sosyodemografik faktörle ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Yaşlılık döneminde intihara sebep olan etkenler yaşamın diğer gelişimsel dönemdeki etkenlerle birçok açıdan benzerlik gösterir. Ancak, kendine özgü bir takım risk faktörleri de içermektedir. Yaşlılarda erkek cinsiyet ve beyaz ırktan olma intihar için risk faktörleridir. ABD'de beyaz erkek ve kadınların Afrika kökenli Amerikalı erkek ve kadınlara ait oranların yaklaşık olarak 2-3 kat fazladır. Bir diğer sosyodemografik özellik olarak medeni durum incelendiğinde intiharların boşanmış, dul ve yalnız yaşayan yaşlılarda evlilere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Burada evliliğin sağladığı olumlu destek ile boşanmanın ve eş ölümünün neden olduğu yasın da olumsuz etkisi dikkate alınmalıdır.[38] Modern toplumun beraberinde getirdiği çekirdek aile tipi, bireyin kendini soyutlaması ve toplumsal ilişkilerinin zayıflaması yaşlının kendisini yalnız hissetmesine sebep olabilir. Yalnızlık, kişiyi mutsuzluk ve umutsuzluğa sürükleyen, sonuçta da intihara sebep olan bir durundur. Kanada'da yaklaşık 20 000 kişinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada yalnızlık hissi çeken bireylerin çekmeyenlere göre daha fazla intihar düşüncesi ve girişimi sergiledikleri gösterilmiştir.[39]

Yaşlılık döneminde emeklilikle birlikte ekonomik ve sosyal statü kaybı, kısıtlı sosyal ilişkiler, sosyal destek azlığı yaşlılarda intihar ile ölümün önemli nedenlerindedir.[3] Gelir kaybına uğrayan yaşlının sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanması mümkün olmayabilir. Ayrıca, bu kayıp kişiyi strese sokup mevcut hastalığının daha da artmasına sebep olabilir.[3]

Sosyoekonomik yönden gelişmişliğin bir diğer göstergesi de eğitim düzeyidir. Eğitim kişiye maddi ve manevi birçok yönden kazanımlar sağlamakla birlikte hayatta karşılaşılan sorunlarla baş edilmesi ve çözüm yolları aranmasında da çok etkilidir. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sosyal ve kişilerarası ilişkileri artar. Böylece sorunların çözümü yolunda sosyal destek oranı artmış olup intihar riski de azalma gösterir. Yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışma sonucunda depresyonu olan hastalarla düşük eğitim ve gelir

düzeyle kötü barınma şartları arasında ilişki saptanmıştır.[40,41] Ülkemizde ise 2011 yılı sonu itibarıyla intihar edenlerin yaklaşık %40'ını ilkököl, %21'ini ortaokul, %15'ini lise ve %7'sini de yükseköğretim mezunları oluşturmaktadır.[28]

Yaşlılarda intiharı arttıran etmenlerden bir tanesi de tıbbi hastalıklardır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada yaşlı intiharlarının %62'si fiziksel hastalıklarla ilişkili bulunmuştur. Özellikle kronik ağrılı durumlar, kalp ve böbrek yetmezlikleri, kanser (özellikle son dönemi), görme eksikliği, epilepsi, serebrovasküler olaylar, AIDS, demans ve kafa travmaları gibi santral sinir sistemi patolojileri intihar riskini arttıran hastalıklardandır. Santral sinir sistemi bozukluklarının bazen direkt olarak bazen de disinhibisyon ve depresyona neden olarak intihar riskini arttırdıkları görülmüştür.[38] Ayrıca, fiziksel hastalık sonucu yeti yitiminin gelişmesi, bir başkasının bakımına muhtaç olma ve kişisel mahremiyetin zedelenmesi de intihar riskini arttırmaktadır.

Dini inançların intiharı önleyici etkisi olduğu gösterilmiştir. Özellikle İslamiyetin intiharı Allah'a karşı işlenmiş affedilmeyecek olan büyük günah olarak kabul eden yaklaşımı ile Katoliklerin katı kuralları bu dinlere mensup olanlarda intiharların, Protestan ve Yahudilere oranla daha az rastlanmasına neden olmaktadır. Ancak İsrail'de yaşayan Yahudi yaşlılarda intihar oranı İsrail dışında yaşayan ve azınlıkta kalan Yahudilerden düşük bulunmuştur. Durkheim'ın, sosyal bütünleşmeyi yüksek oranda sağlayan dinlerin intiharı azalttığı şeklindeki görüşü, Müslüman hastaları üzerinde yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ürdün'de yapılan bir çalışmada, Ramazan ayında intihar girişiminin azaldığı bildirilmiştir.[42] Kuvvetli dini inançların, sağlam bağları olan aile içi ilişkilerin, yaşlılarda intihar oranını azaltan sosyo-demografik etkenler arasında olduğu bildirilmektedir.[27]

Yaşlı İntiharlarının Depresyonla İlişkisi

İntihar girişimine sebep olan birçok etmen bulunmakla birlikte bunlar arasında en önemlilerinden birisi psikiyatrik bozukluklardır. Bu bozukluklar arasında intiharla ilişkisi en güçlü olan da depresif bozukluktur. Tüm yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılarda, intihar eden bireylerin öncesinde yüksek oranlarda depresif belirtilere sahip oldukları görülmüştür. Bu konuda yaşlılar üzerinde Dünya'da çok merkezli yapılan bir çalışmada yaşlı intiharlarının %71'inin psikiyatrik hastalıklardan kaynaklandığı, bunların da yarısından çoğunun intihar girişimi sırasında klinik olarak depresif durumda bulunduğu gösterilmiştir.[43] Depresyonun remisyonundan sonra devam eden inatçı umutsuzluk, uyku kalitesinin bozukluğu da depresif yaşlılarda muhtemel intihar nedenlerindedir. İntihar girişiminde bulunan yaşlıların yalnızca %0-13'ünde herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır.[44]

Yaşlılarda depresyon belirtileri erişkinlerden farklılık arz eder. Yaşlılar ağlayan, suçluluk duyguları olan depresif bireyler olarak gözlenmeyip sıklıkla içe dönük, bazı uyku ve iştah değişiklikleri olan, duygu ve düşünceleri hakkında fazla konuşmak istemeyen hastalar olarak gözükmektedir. Şüpheli somatik belirtileri açıklayan herhangi bir organik hastalık tespit edilemediğinde depresif bozukluk düşünülmelidir. Yaşlılar intihar düşüncelerinden ise çoğunlukla bahsetmezler. Bir başka deyişle 'intihar yaşlılarda sessiz bir ölümdür'. [43]

Yaşlılarda intiharın depresyonla ilişkisini açıklamaya çalışan bir diğer alan da nörobiyolojik kökenli çalışmalardır. Yaşlılarla yapılan çalışmalarda beyin-omurilik sıvısında, ki, depresyonun etiyolojisinde yer alan serotonin ve dopamin metabolitlerinin, intihar

düşüncesi olan depresif yaşlılarda intihar düşüncesi olmayan depresif yaşlılara ve depresif olmayan kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.[45,46] Ayrıca, şiddet içeren intihar yöntemlerini tercih edenlerin, şiddet içermeyen yöntemleri tercih edenlere göre daha düşük seviyede serotonin ve dopamin metabolitine sahip oldukları bulunmuştur.[38]

Yaşlı İntiharlarının Umutsuzlukla İlişkisi

Kişilerin psikiyatrik bozukluklara yakalanmasında umutsuzluğun önemli bir risk etmeni olduğu görüşü yaygındır. İntihar eden birçok bireyin depresyonda olduğu görülmüştür. Ancak, her depresyon hastası intihar etmemektedir. Bu noktada depresyondaki bireyleri intihara sürükleyen en önemli faktör umutsuzluktur. Bilişsel kurama göre umutsuzluk intihar sürecini başlatan ve sürdüren en önemli etmendir. Bazı araştırmacılar depresyonda olan kişilerin hepsinin intihar girişiminde bulunmadığı noktasından hareket ederek 'umutsuzluk depresyonu' adını verdikleri umutsuzluk duygularının hakim olduğu bir depresyon alt türünü tanımlamışlardır.[47,48]

Yaşlılık döneminde yaklaşan ölüm düşüncesiyle birlikte birey yaşamının muhasebesini yapar. Eğer kişide iyi bir hayat yaşamadığı algısı egemense, olumsuz yaşam olayları ve depresyonu varsa umutsuzluk ortaya çıkabilir. İntihar düşüncesi olan ve girişiminde bulunan kişilerde en yoğun yaşanan duygu umutsuzluktur. Umutsuzluk içinde bulunan ve acı çeken birey içinde bulunduğu durumdan kurtulmak ister. Bunun için ölümden başka çare bulamayan kişi hayatına son vermeyi seçer. İntihar düşüncelerini yordamada depresyon ve umutsuzluğun rolünü araştıran bir çalışmada hastalar arasında umutsuzluğun intihar düşüncelerini yordamada depresyondan 1.3 kat daha etkili olduğu bulunmuştur.[49] Umutsuzluğun bilişsel yönünü araştıran bir başka çalışmada ilaçla intihar girişiminde bulunan yatarak tedavi edilen 24 hasta incelenmiştir. Araştırma sonucunda intihar davranışında bulunan hastaların gelecekte olumlu olayları bekleme konusunda bir bilişsel eksiklik sergiledikleri, ancak olumsuz olaylar açısından ise herhangi bir farklılık göstermemiştir. Olumsuz yaşam olaylarını insanı umutsuzluğa sevk ederken olumlu olaylar ise umutsuzluktan kurtulmasına yardımcı olmaktadır.[50]

Yaşlılarda İntihar Davranışı ve Yaşamı Sürdürme Nedenleri

İntihar davranışın azaltılabilecek, kişileri yaşama bağlayan birçok inanç ve neden vardır. Bunlardan hareket ederek intihar etmeyen kişilerde onları hayata bağlayan, yaşamlarını sürdürmelerini sağlayan etkenlerin bilinmesi intihar davranışını önlemede en az intihara yol açan etkenlerin bilinmesi kadar önemlidir.[51] Yapılan çalışmalarda yaşamı sürdürme nedenlerinin hem ergenlerde hem de yaşlılarda görülen intihar davranışlarında önemli rol oynadığı saptanmıştır.[52]

Linehan ve arkadaşları [53] geliştirdikleri bir ölçekte insanları yaşama bağlayan nedenleri 6 ana başlık altında toplamışlardır. Bunlar genel iyimserlik, ahlaki ve dinsel engeller, aileye ve arkadaşlara karşı sorumluluk ve sevgi, intihardan ve kötü sonuçlarından korkma, doğaya ve hayata bağlılık ve ölüm korkusundan oluşmuştur. Sonuç olarak da intihar davranışında bulunan kişilerin intihar etmeyenlere göre daha az yaşama nedenlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Çok sayıda yaşamı sürdürme nedenine sahip olmanın, depresif hastalarda ve kriz dönemlerinde bireylerde intihar düşüncelerinin oluşmasını önlediği üzerinde durulmaktadır.

Yaşlı İntiharları Bağımlılık İlişkisi

Alkol madde kullanımının intihar riskini arttırdığı değişik yaş gruplarında yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan hastaların %37'sinde depresyon ve madde kullanımı en sık rastlanılan psikiyatrik hastalıklar olarak tespit edilmiştir.[54] Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise alkol bağımlısı olan hastalarda intihar girişimi oranı %15-47 arasında değiştiği; intihar sonucu ölüm oranının ise %5-27 arasında olduğu ve bütün intiharların %15-25'inin alkol bağımlısı olan kişilerce yapıldığı bildirilmiştir.[54] İntihar riski özellikle, uzun süredir alkol kullanan ve daha önce intihar girişimi bulunan yaşlı erkeklerde, depresyon da söz konusu ise, oldukça yüksektir. Alkol bağımlılığında intihar girişiminin tekrarlanma oranı da yüksek olarak bulunmuştur.

Bir başka çalışmada da intihar girişimi olan ve olmayan alkol bağımlısı iki grup depresyon açısından birbirleriyle karşılaştırıldığında, intihar girişimi olan grupta depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.[55,56] Borges ve arkadaşları tarafından değişik türde madde kullanımının intihar davranışı ile muhtemel ilişkisinin araştırıldığı çalışma sonucunda; intihar davranışıyla hangi maddenin kullanıldığından ziyade kullanılan madde sayısının artışıyla yakından ilişkili olduğu bulunmuştur.[57]

Yaşlı İntiharlarının Önlenmesi

İntiharın kendisi kadar önlenmesi de değişik yönleri olan karmaşık bir konudur. Halk sağlığından ruh sağlığına uyarlanan intiharın önlenmesi ile insana mutsuzluk veren faktörlerin ortadan kaldırılması ve çektiği sıkıntıların ortadan kaldırılması anlaşılmalıdır. Ruhsal problemlerin önlenmesinin tıbbi yönü ile birlikte sosyopolitik ve felsefik yönleri de vardır. Sosyopolitik yönü toplumsal önceliklerin düzenlenme şekli ile yakından ilişkilidir. Esas konu toplumsal kaynakların nasıl kullanılacağıdır. Felsefik açıdan ise insanın nasıl bir hayat istediği ve bu hayatın toplumsal düzenlenmesinin nasıl olacağı ile ilgilidir.[27]

Yaşlı bireyde intiharın önlenmesi için hekimin özellikle depresif bir durumla karşılaştığı zaman intihar düşüncesini sorgulaması gerekir. Bir çalışmada intihar eden yaşlıların %50'sinin son bir ay içerisinde başvurdukları hekime ya da yakın çevresindekilere intihar düşünce ve planlarından söz ettikleri bilinmektedir.[58] Başka bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunan yaşlı bireylerin %20'si aynı gün, %40'ı aynı hafta ve %70'i ise intihar girişiminden önceki bir ayda birinci basamak bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Bu bulgular, yaşlılarda toplumdaki intihar riskini azaltmak için depresyonun tanınmasının ve hemen tedavi edilmesinin çok önemli olduğunu göstermektedir.[59] Ayrıca, yaşlı kimsenin silah satın alması, ilaçlarını biriktirmesi ya da aniden vasiyetini değiştirmesi gibi intiharla ilgili ipuçları bakımından aile ile görüşülmelidir.

Yaşlı intiharların engellenmesi için alınabilecek önlemler 3 ana başlık altında toplanabilir:

1. **Birincil Önleme:** İntiharlara sebep olan faktörlerin oluşmaması için yapılan çalışmaları içerir. Ekonomik koşulların iyileştirilmesi, sağlık ve iyilik halinin sağlanması, emekliliğin planlanması, sosyal destek ağlarının kurulması ve güçlendirilmesi bu grupta yer alan önemli yöntemlerdendir.
2. **İkincil Önleme:** İntihar duygusunun araştırılması, intihar girişiminin izlenmesi, yardım merkezlerinin kurulması, toplumsal destek programlarının ruh sağ-

lığı servislerine bağlanması, sağlık personellerini de kapsayan eğitim programlarının yapılması, depresyonun ilaçla ve psikoterapi yöntemleriyle tedavisi ve fiziksel hastalıkların psikiyatrik sonuçlarının tedavisi intihar krizini önlemeye yönelik girişimlerdir.

3. **Üçüncül Koruma:** Krize müdahale, eğitim programları, bireysel ve grup psikoterapisi ve yeniden sosyalleştirme kendine yardım gruplarının etkinleştirilmesi üçüncül korumanın önemli basamaklarıdır.[25,60]

Sonuç

Yaşlılarda umutsuzluk, erkek cinsiyet, düşük eğitim düzeyi, yalnız yaşama, dul veya boşanmış olma, düşük sosyo-ekonomik düzey, yaşamı sürdürme nedenlerinin azlığı, psikiyatrik ve/veya fiziksel hastalıkların varlığı ve geçmişte intihar girişimlerinin olması intihar için risk faktörleri olarak saptanmıştır. Özellikle fiziksel bağımlılığı, yeti yitimi ve depresyonu olan yaşlı grubun desteklenmesi, yaşam ile bağlantılarının devam ettirilmesi ve üretkenliklerinin korunması intiharın önlenmesinde önemli uygulamalardır. Yaşlı bireylerin yaşamı sürdürme nedenlerinin artmasıyla umutsuzluğun ve intihar düşüncesinin azalacağı unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Jeste DV. Geriatric psychiatry: overview. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th ed. (Eds BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz):3595-3602. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2009.
2. Blazer DG, Hybels CF, Hays JC. Demography and epidemiology of psychiatric disorders in late life. In The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry, 3rd ed. (Eds. DG Blazer DC Steffens , EW Busse):27-29. Washington DC, American Psychiatric Press, 2004.
3. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late-life mood disorders. In Principles of Geriatric Medicine & Gerontology, 5th ed. (Eds. WR Hazzard, JP Blass, JB Halter, JG Ouslander, ME Tinetti):1451-1452. New York, Mc Graw Hill, 2003.
4. Turaman C. Yaşlı sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta planlanması. Türk Geriatri Dergisi 2001; 4:22-27.
5. Kerem M, Meriç A, Kırdı N, Cavlak U. Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. Geriatri 2001; 4:106-102.
6. Kılıç Z. Yalnız ya da aile bireyleri ile yaşamlarını sürdüren 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri (Uzmanlık tezi). Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 2000.
7. Lundgren-Lindquist B, Jette AM. Mobility disability among elderly men and women in Sweden. Int Disabil Stud 1990; 12:1-5.
8. Akın B, Emiroğlu ON. Evde yaşayan yaşlılarda mobilite yetiyitimi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6:59-67.
9. Karay A. Normal yaşlılığın ruhsal zorlukları. Psikiyatride Güncel 2012; 2:281-293.
10. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2003.
11. Dunkin JJ. Psychological changes with normal aging. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th ed. (Eds BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz):3981-3988. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2009.
12. Alıcı Y, Ertan T. Yaşlı hastalarda psikiyatrik muayene ve aile ile çalışmak. Psikiyatride Güncel 2012; 2:294-305.
13. Jacob R, Oppenheimer C. Psychiatry in the Elderly. New York, Oxford University Press, 2002.
14. Lehr U. Yaşlanmanın Psikolojisi. İstanbul, Çeviri Vakfı Basımevi 1994.
15. Tecer Ö. Geropsikiyatri polikliniği takibinde olan 60 yaş ve üzerindeki kişilerde birinci derecede akraba kayıpları ve psikiyatrik morbidite (Uzmanlık tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi, 2007.
16. Karadağ M. Elazığ il merkezinde yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve etkileyen faktörler (Uzmanlık tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, 2008.
17. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileşme önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7:105-110.

18. United States Census Bureau. International databases. <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php> (20.12.2013 tarihinde ulaşıldı).
19. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye'nin demografik yapısı ve geleceği, 2010-2050. <http://www.tuik.gov.tr/HaberBulteni.Sayı:13140> (25.12.2013 tarihinde ulaşıldı).
20. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Ön Rapor. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004.
21. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus Projeksiyonları 2013-2075. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027 (25.12.2013 tarihinde ulaşıldı).
22. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2008;1(3):1-7.
23. Sayıl I. İntihar davranışı. In *Kriz ve Krize Müdahale*. (Eds. I Sayıl, O Berksun, R Palabıykoğlu, HD Özgüven, Ç Soykan, S Haran):165-198. Ankara, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000.
24. Özel ET, Yolaç YA, Ekinci S, Sorgun M, Turan ED. Bir geropsikiyatri polikliniğine başvuran depresyonlu yaşlılarda intihar davranışının incelenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2007; 10:57-60.
25. Engin T. Özel gruplarda intihar: yaşlı intiharları. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2008; 1(3):34-39.
26. Sayıl I. Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2008.
27. Eskin M. İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2012.
28. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar İstatistikleri 2011. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu, 2012.
29. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30:282-288.
30. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2116-2124.
31. Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoglu Ç, Gürpınar S, Uluntu N. Trabzon'da 1995 yılı intihar girişimi insidansı. *Türk Psikiyatri Derg* 2000 ;11:95-102.
32. Bille Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Hawton K et al. Report on the WHO/Euro Multicentre Study on Parasuicide 1988-1997. Odense, World Health Organisation, 1998.
33. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992: results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:327-338.
34. McIntosh JL. Suicide among the elderly: levels and trends. *Am J Orthopsychiatry* 1985; 55:288-293.
35. Platt S. Suicide trends in 24 European Countries 1972-1984. In *Current Issues of Suicidology* (Eds.HJ Möller, A Schmidtke):3-13. Berlin, Springer Verlag, 1988.
36. Çayköylü A, Coşkun I, Kırkpınar I, Özer H. Özkıym girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi* 1997; 5:37-42.
37. Sayıl I, Berksun O, Palabıykoğlu R, Oral A, Haran S, Güney S et al. Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis* 1998; 19:47-48.
38. Sudak HS. Suicide. In *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th ed. (Eds BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz):2717-2731. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins, 2009.
39. Stravynski A, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:32-40.
40. Lynch TR, Mendelson T, Robins CJ, Krishnan KR, George LK, Johnson CS et al. Perceived social support among depressed elderly, middle aged and young adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Affect Disord* 1999; 55:159-170.
41. Varma GS, Uğurlu TT; Korkmaz A, Oğuzhanoğlu NK. Depresyon tanılı yaşlı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Yeni Symposium* 2012; 50:90-94.
42. Sayar K. İntihar ve inanç sistemleri. *Yeni Symposium* 2002; 40:100-104.
43. Conwell Y, Raby WN, Caine ED. Suicide and aging II: the psychobiological interface. *Int Psychogeriatr* 1995; 7:165-181.
44. De Leo D. Cultural issues in suicide and old age. *Crisis* 1999; 17:147-148.
45. Traskman-Bendz L, Mann JJ. Biological aspects of suicidal behaviour. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (Eds. K Hawton, K Heeringen):65-77. London, Wiley, 2000.
46. Jones JS, Stanley B, Mann JJ, Frances AJ, Guido JR, Traskman-Bendz L et al. CSF 5 - HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1225-1227.
47. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychol Rev* 1989; 96:358-372.

48. Abela JRJ, Seligman MEP. The hopelessness depression: a test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains. *Cognit Ther Res* 2000; 24:361-378.
49. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23:139-145.
50. MacLeod AK, Rose GS, Williams JMG. Components of hopelessness about future in parasuicide. *Cognit Ther Res* 1993; 17:441-455.
51. Durak A, Yasak Y, Şahin NH. İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? yaşamı sürdürme nedenleri envanterinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1993;8:7-19.
52. Durak A. İntihar olasılığı: yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:29-39.
53. Linehan MM, Goldstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:276-286.
54. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S. The association of suicide attempts and comorbid depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:281-288.
55. Batıgün AD. Duygudurum bozuklukları, şizofreni ve alkol/madde bağımlılığında intihar. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 2:43-72.
56. Dilbaz, N, Aytekin Y. Alkol bağımlılarında intihar düşüncesi, davranışı ve niyeti. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4:1-9.
57. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* 2000; 151:781-789.
58. Spar JE, Rue AL. *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2006.
59. Conwell Y. Suicide in elderly patients. In *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life* (Eds. LS Schneider, CF Reynolds, BD Lebovitz):397-418. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
60. De Leo D, Scoco P. Treatment and prevention of suicidal behaviour in the elderly. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, (Eds. K Hawton, K Heeringen):555-570. London, Wiley, 2000.

Murat Aslan, Uzm.Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize; **Çiçek Hocaoğlu**, Doç.Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize.

Yazışma Adresi/Correspondence: Çiçek Hocaoğlu, Recep Tayyip Erdoğan Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Rize, Turkey. E-mail: cicekh@gmail.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol6/no3/

Çevrimiçi yayım / Published online 2 Ocak/January 2, 2014; doi: 10.5455/cap.20131229101314
