

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PANDEMİ DÖNEMİNİN TAMAMLANMIŞ İNTİHARLARA
ETKİSİNİN KONYA İLİ ÖRNEKLEMİNDE PSİKOLOJİK OTOPSİ
YÖNTEMİ İLE İNCELENMESİ**

Dr. Melike KAZAN

UZMANLIK TEZİ

Konya-2025

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**PANDEMİ DÖNEMİNİN TAMAMLANMIŞ İNTİHARLARA
ETKİSİNİN KONYA İLİ ÖRNEKLEMİNDE PSİKOLOJİK OTOPSİ
YÖNTEMİ İLE İNCELENMESİ**

Dr. Melike KAZAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Mehmet AK

Konya-2025

TEŞEKKÜR

Hem asistanlık sürecimde hem de tez sürecimde tecrübesi ve bilgeliği ile bana yol gösteren ve en önemlisi bana inanmaktan vazgeçmeyen değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Ak'a,

Tez sürecimde bana yardımlarını esirgemeyen, sadece bana değil her daim tüm asistanlarına güler yüzü ile yardım eli uzatan değerli hocam Doç. Dr. Şakir Gıca'ya,

Asistanlık sürem boyunca bana çok şey katan, branşımı daha da sevdiren, onlarla çalıştığım için kendimi daima şanslı hissedeceğim saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Nazmiye Kaya'ya, Prof. Dr. Mine Şahingöz'e, Dr. Öğr. Üyesi Hasan Bakay, Prof. Dr. Faruk Uğuz ve Prof. Dr. Adem Aydın'a,

Veri toplama aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Adli Tıp Kurumu Konya Grup Başkanı Mehmet Altınok ve Dr. Hamza Keskinlik'a,

Tezimin istatistik değerlendirme aşamasında katkılarından dolayı Öğr. Gör. Mehmet Sinan İyisoy'a,

Bu süreçte hem meslektaş ve hem arkadaş olarak her daim bana destek olan Dr. Sena Karaca, Dr. Süreyya Betül Soylu ve Dr. Hülya Alkan'a,

Beni bu günlere getiren çok kıymetli anne ve babama, hem meslektaşım hem destekçim olan ablama ve biricik kardeşime,

Beni her daim destekleyen meslektaşım ve hayat arkadaşım olan kıymetli eşim Dr. Furkan Kazan'a ve yaşam kaynağım olan biricik kızıma, Eliz'ime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak, 2025

Dr. Melike KAZAN

ÖZET

PANDEMİ DÖNEMİNİN TAMAMLANMIŞ İNTİHARLARA ETKİSİNİN KONYA İLİ ÖRNEKLEMİNDE PSİKOLOJİK OTOPSİ YÖNTEMİ İLE İNCELENMESİ

Dr. Melike KAZAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA - 2025

Amaç: Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinin Konya ilinde gerçekleşen tamamlanmış intihar vakaları üzerindeki etkilerini incelemektir. Çalışma, pandemi dönemi ile pandemi öncesindeki intihar vakalarını demografik özellikler, intihar nedenleri ve ilişkili faktörler açısından karşılaştırmayı ve pandeminin intihar oranları üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, kesitsel retrospektif bir vaka-kontrol çalışmasıdır ve 11 Mart 2018- 11 Mart 2022 tarihleri arasında Konya ilinde gerçekleşen tamamlanmış intihar vakaları dahil edilmiş ve 11 Mart 2020 ve sonrası pandemi dönemi kabul edilmiştir. Çalışma, otopsi raporları, savcılık soruşturma dosyaları, sağlık kayıtları ve intihar notları gibi güvenilir kaynaklardan elde edilen verilerle yürütülmüştür. Ayrıca, iki sosyo-demografik veri formu kullanılmış, intihar eden bireylerin yakınları aracılığı ile demografik özellikleri, psikiyatrik geçmişi ve pandemi sürecindeki etkiler hakkında veriler toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, R 4.4.2 yazılımı (R Core Team, 2024) kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Pandemi döneminde tamamlanmış intihar vakalarında anlamlı bir artış olduğu ve insidans hızının %25 artış gösterdiği saptandı. Yaş ve cinsiyet açısından iki dönem arasında anlamlı fark saptanmazken, üniversite mezunu bireylerin oranının arttığı görüldü (%3,23 ve %13,67). Pandemi döneminde kumar kaynaklı borç oranı anlamlı bir şekilde yükseldi (%0,81 ve %8,03). Toplam psikiyatrik hastalık oranında anlamlı bir artış yaşandığı (%55,56 ve %67,36), özellikle madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarının (alkol, madde, kumar) artış gösterdiği saptandı (%5,51 ve %17,65). Ayrıca, psikiyatrik hastalığı olan bireyler arasında hiç tedavi almayanların oranının arttığı görüldü (%13,39 ve %28,57). İntihar yöntemi olarak ateşli silah kullanımının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da artış gösterdiği (%23,60 ve %31,71), intihar eylemi öncesinde ve sonrasında yardım arama davranışının azaldığı (%14,63 ve %6,43)

görüldü. Pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakalarının büyük çoğunluğunda uyku düzeninde değişiklikler görüldüğü (%56,93) ve vakaların %44,93'ünün pandemi sürecinde maddi kayıp yaşadığı tespit edildi.

Sonuç: Pandemi süreci, intihar davranışıyla ilişkili riskleri artırmış ve yeni risk faktörleri ortaya çıkarmıştır. Çalışmamız, psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin pandemi koşullarına daha duyarlı olduğunu ve destek hizmetlerinin önemini vurgulamıştır. Ayrıca dijitalleşme ile birlikte çevrimiçi kumar oyunlarına yönelim artmış ve bu durum ekonomik bozulmaların da etkisi ile büyük kayıplara ve intihar davranışına yol açmıştır. Ekonomik destekler, dijital kumara erişim kısıtlamaları ve psikoeğitim programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Psikolojik Otopsi, Tamamlanmış İntihar, Konya İli, COVID-19.

ABSTRACT

“INVESTIGATION OF THE EFFECT OF THE PANDEMIC PERIOD ON COMPLETED SUICIDES IN THE KONYA PROVINCE SAMPLE USING THE PSYCHOLOGICAL AUTOPSY METHOD”

Dr. Melike KAZAN

THE MASTER THESIS

KONYA - 2025

Aim: This study aims to examine the impact of the COVID-19 pandemic on completed suicide cases in Konya province. The study compares completed suicide cases before and during the pandemic in terms of demographic characteristics, suicide causes, and related factors and evaluates the effects of the pandemic on suicide rates.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional retrospective case-control study, and completed suicide cases in Konya province between March 11, 2018, and March 11, 2022, were included. The period after March 11, 2020, was considered the pandemic period. The study was conducted using data obtained from reliable sources, such as autopsy reports, criminal investigation files, health records, and suicide notes. Additionally, two socio-demographic data forms were used to gather information about the demographic characteristics, psychiatric history, and the effects of the pandemic on individuals through their relatives. Statistical analyses were performed using the R 4.4.2 software (R Core Team, 2024).

Results: During the pandemic period, a significant increase in completed suicide cases was observed, with the incidence rate rising by 25%. No significant differences were found between the two periods in terms of age and gender, while the proportion of individuals with a university degree increased (%3.23 and %13,67). Gambling-related debt rates also significantly rose during the pandemic (%0,81 and %8,03). A significant increase in the overall rate of psychiatric disorders was observed (55.56% and 67.36%), with a particular rise in substance-related and addictive disorders (alcohol, substance use, gambling) (5.51% and 17.65%). Additionally, the proportion of individuals with psychiatric disorders who had never received treatment increased (%13,39 and %28,57). Although statistically insignificant, the

use of firearms as a suicide method increased (%23,60 and %31,71), while help-seeking behaviors before and after suicide actions decreased (%14,63 and %6,43). A majority of completed suicide cases during the pandemic period experienced changes in sleep patterns (%56,93), and %44,93 of the cases suffered financial losses during the pandemic.

Conclusion: The pandemic has increased the risks associated with suicidal behavior and introduced new risk factors. Our study highlighted that individuals with psychiatric disorders were more vulnerable to pandemic conditions, emphasizing the importance of support services. Additionally, digitalization led to an increase in online gambling, which, exacerbated by economic downturns, resulted in significant losses and contributed to suicidal behavior. Economic support, restrictions on access to online gambling, and the expansion of psychoeducation programs are recommended.

Keywords: Pandemic, Psychological Autopsy, Completed Suicide, Konya Province, COVID-19.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İntihar	4
2.1.1. İntiharın tanımı	4
2.1.2. İntiharın epidemiyolojisi	4
2.1.3. İntihar için risk faktörleri	5
2.1.4. İntiharın etiyojisi	7
2.2. COVID-19 Pandemisi	13
2.2.1. Pandeminin tanımı ve tarihçesi:	13
2.2.2. COVID-19 virüsü	14
2.2.3. COVID-19 Pandemisi: Başlangıç, Etkiler ve Alınan Önlemler	15
2.2.4. COVID-19 Pandemisi ve Psikiyatrik Etkileri	16
2.2.5. COVID-19 Pandemisi ve İntihar	18
2.3. Psikolojik Otopsi	20
2.3.1. Psikolojik Otopsi Tanımı:	20
2.3.2. Psikolojik Otopsi Yönteminin Tarihçesi:	20
2.3.3. Psikolojik Otopsi Yönteminin Özellikleri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	23
3.2. Araştırmanın Örneklemi	23
3.3. Araştırmanın Yürütülmesi	24
3.4. Veri Toplama Araçları	25

3.4.1.	Sosyodemografik Veri Formu-1	25
3.4.2.	Sosyodemografik Veri Formu-2	25
3.4.3.	Otopsi Raporları.....	25
3.4.4.	Savcılık Soruşturma Dosyası	26
3.4.5.	Sağlık Kayıtları.....	26
3.4.6.	İntihar Notları	26
3.5.	İstatistiksel Analiz.....	27
4.	BULGULAR	27
4.1.	Sayısal Veriler.....	27
4.2.	Sosyodemografik Veriler	29
4.3.	Özgeçmiş ve Soy geçmiş Özellikleri, Alışkanlıkları, İlişki Problemleri.....	33
4.4.	Psikiyatrik Hastalıklar ve Önceki İntihar Girişimleri	36
4.5.	İntihar Özellikleri.....	40
4.6.	Pandemi Dönemi.....	41
4.7.	Kumar Borcu Olan Vakalar	46
5.	TARTIŞMA	47
6.	SONUÇLAR	57
7.	KISITLILIKLAR.....	58
8.	KAYNAKÇA	59
9.	EKLER	84
9.1.	EK-1: Etik kurul kararı	84
9.2.	EK-2: Adli Tıp Kurumu bilimsel çalışma izni.....	85
9.3.	EK-3: Sosyodemografik veri formu -1.....	86
9.4.	EK-4: Sosyodemografik veri formu-2	87

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Pandemi öncesi ve pandemi döneminde tamamlanmış intihar vakalarına ilişkin sayısal veriler	28
Tablo 2: Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakalarının toplam nüfusa oranı	28
Tablo 3: Pandemi öncesi ve pandemi sonrası dönemin vaka sayılarının 6 aylık dönemlere göre kıyaslanması	29
Tablo 4. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki intihar vakalarının sosyodemografik özellikleri	30
Tablo 5. Pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminin borç ve kumar ilişkisi açısından karşılaştırılması.	32
Tablo 6. Borçluluk durumu ile gelir durumunun kıyaslanması.	32
Tablo 7. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri açısından karşılaştırılması.	34
Tablo 8. Evlilik veya ilişki sorunlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması.	35
Tablo 9. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların psikiyatrik hastalıklar ve tedavi geçmişi açısından karşılaştırılması.....	38
Tablo 10. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların geçmiş intihar girişimleri açısından karşılaştırılması.	40
Tablo 11. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların intihar özellikleri.....	41
Tablo 12. Pandemi dönemindeki vakaların pandemi ile ilişkili değişiklikler ile ilişkisi.	42
Tablo 13. Pandemi döneminde yaşanan maddi kayıpların intihar vakalarının sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik hastalık durumu ile ilişkisi.....	43
Tablo 14. Pandemi döneminde yaşanan yakın kayıplarının sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik hastalık durumu ile ilişkisi.....	44
Tablo 15. Pandemi döneminde yaşanan uyku düzeni değişikliklerinin psikiyatrik hastalıklar ve uzaktan eğitim/evden çalışma durumuna göre karşılaştırılması.....	46

KISALTMALAR

5-HTTLPR: Serotonin Transporter Geni

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BDNF: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör

CAPNS1: Calpain Small Subunit 1

COVID-19: Coronavirus Hastalığı 2019

CSNK2B: Casein Kinase 2 Beta Subunit

DSM: Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GSTT1: Glutathione S-Transferase Theta 1

HPA: Hipotalamus-hipofiz-adrenal aksı

HSK: Hakimler ve Savcılar Kurulu

PTP4A2: Protein Tyrosine Phosphatase Type IVA Member 2

RNA: Ribo Nükleik Asit

SARS-CoV-2: Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü 2

SARS: Şiddetli Akut Solunum Sendromu

SKA2: Spindle ve Kinetochore İlişkili Kompleks Subunit 2

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

COVID-19 salgını, tüm dünyada sosyal, ekonomik ve psikolojik etkileri derin bir şekilde hissedilen küresel bir kriz olarak tarihe geçmiştir (Aşkın vd., 2020). Bu süreçte salgının doğrudan ve dolaylı sonuçlarının, bireylerin ruh sağlığı üzerinde derin izler bıraktığı gözlemlenmiştir. Sosyal izolasyon, bulaş korkusu, ekonomik zorluklar ve belirsizlik gibi salgına eşlik eden durumlar, yalnızca bireysel sağlık düzeyinde değil, aynı zamanda toplum sağlığı üzerinde de önemli etkiler yaratmıştır. Bu bağlamda, COVID-19'un özellikle intihar ve kendine zarar verme eylemleri üzerindeki etkisi, halk sağlığı açısından ciddi bir soruna işaret etmektedir (Farooq vd., 2021; Sher, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, her yıl 720.000'den fazla insan intihar nedeniyle yaşamını yitirmektedir ve bu durum, salgının yol açtığı psikososyal etkiler dikkate alındığında daha da kaygı verici bir boyut kazanmaktadır (WHO, 2024).

Pandeminin toplumsal düzeyde yarattığı kaygı, stres ve ruhsal sıkıntılar üzerine yapılan çalışmalar, COVID-19'un genel popülasyon ve özellikle sağlık çalışanları üzerinde yaygın bir anksiyete, bulaş korkusu, depresyon ve uyku bozukluklarına yol açtığını ortaya koymaktadır (Farooq vd., 2021). Pandeminin getirdiği sosyal kısıtlamalar, bireylerin sosyal destek sistemlerine erişimini sınırlandırmış ve yalnızlık hissini artırmıştır. Bu durum, özellikle önceden ruhsal sağlık sorunlarına sahip bireyler ve salgının yaygın olduğu bölgelerde yaşayan savunmasız popülasyonlar için daha ciddi sonuçlar doğurmuştur. Sosyal izolasyon, ekonomik sıkıntılar ve kronik stres, bu popülasyonlarda depresyon, anksiyete bozukluğu, madde kullanımı ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların gelişmesine veya mevcut semptomların şiddetlenmesine yol açabilecek risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır (Sher, 2020).

COVID-19 pandemisinin intihar davranışları üzerindeki etkilerini inceleyen araştırmalar, intihar oranlarının ve eğilimlerinin nasıl etkilendiğine dair farklı bulgular ortaya koymaktadır. Bazı çalışmalar, pandemiden önceki dönemle kıyaslandığında intihar eğilimlerinde artış olduğunu bildirirken, bazı çalışmalarda bu bulgu doğrulanmamıştır (John vd., 2021; Pathirathna vd., 2022). Bu çelişkili sonuçlar, pandeminin intihar davranışlarına olan etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi için kapsamlı ve derinlemesine araştırmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışma, COVID-19 pandemisinin tamamlanmış intiharlar üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada, pandemi sürecinde uygulanan kısıtlamalar, günlük yaşamda meydana gelen değişimler ve bu değişimlerin intihar davranışları ile olan ilişkisi psikolojik otopsi yöntemi ile değerlendirilecektir. Psikolojik otopsi, tamamlanmış intihar vakalarının detaylı bir analizini yaparak intihara yol açan faktörleri anlamamızı sağlayan önemli bir araştırma yöntemidir (Isometsä, 2001). Bu yöntemle, intihar eden kişinin yakınları, arkadaşları ve sağlık çalışanları ile yapılan yapılandırılmış görüşmeler yoluyla geniş kapsamlı bilgi toplanmaktadır. Ayrıca, mevcut sağlık ve psikiyatrik kayıtlar, yasal belgeler ve kişinin ardında bıraktığı yazılı notlar gibi dokümanlar da bu incelemeye dahil edilerek intihar davranışının ardındaki sebepler derinlemesine analiz edilmektedir (Freuchen & Grøholt, 2015).

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de COVID-19 vakasının ilk kez görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden, pandemiye bağlı kısıtlamaların hafifletildiği döneme kadar olan iki yıllık süreçte (11 Mart 2020 - 11 Mart 2022) Konya ilinde meydana gelen 18 yaş ve üzeri tamamlanmış intihar vakalarını incelemektir. Psikolojik otopsi yöntemi ile bu süreçteki intihar vakaları analiz edilerek pandeminin tamamlanmış intiharlar üzerindeki etkisi araştırılacaktır. Aynı zamanda, pandemi sürecinde uygulanan sosyal kısıtlamalar, bireylerin yaşam tarzındaki değişiklikler ve bu değişikliklerin intihar eğilimi üzerindeki etkileri değerlendirilecektir. Çalışmada ayrıca, pandemi öncesindeki 2 yıllık dönemde (11 Mart 2018 - 11 Mart 2020) Konya ilindeki tamamlanmış intihar vakalarının demografik özellikleri ve intihar ile ilişkili faktörler pandemi dönemi ile kıyaslanarak analiz edilecektir. Böylece, pandemi döneminde intihar oranlarında bir artış olup olmadığı, demografik özelliklerdeki değişimler, psikiyatrik hastalık geçmişi, kişinin intiharı ile ilgili detaylar, maddi manevi süreçler ortaya konulacaktır.

Çalışmamızın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

- Hipotez 1: Pandemi döneminde, pandemi öncesi döneme kıyasla nüfusa göre tamamlanmış intihar oranı artış göstermiştir.
- Hipotez 2: Pandemi sürecinde tamamlanmış intihar vakaları, COVID-19 ile ilişkili kısıtlamaların (sosyal izolasyon, seyahat yasakları vb.) daha yoğun uygulandığı dönemlerde artış göstermiştir.
- Hipotez 3: Pandemi döneminde, pandemi öncesi dönem ile kıyaslandığında tamamlanmış intiharların demografik dağılımlarında ve özgeçmiş-soy geçmiş özelliklerinde değişiklikler olmuştur.

- Hipotez 4: Pandemi döneminde tamamlanmış intihar vakaları arasında önceden psikiyatrik tanısı olan bireylerin oranı, pandemi öncesi döneme göre artış göstermiştir.
- Hipotez 5: Pandemi döneminde tamamlanmış intihar vakalarının büyük çoğunluğunda ekonomik sıkıntılar (iş kaybı, gelir azalması vb.) gibi durumların etkisi olmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar

2.1.1. İntiharın tanımı

İntihar kelimesi, Latince kökenli bir terim olup, Latince *sui* (kendisi) ve *caedere* (öldürmek) sözcüklerinin birleşiminden türetilmiştir ve bireyin kendi yaşamına son verme eylemini ifade eder. Bu terim, İngilizceye “*suicide*” olarak geçmiş ve Avrupa’da ilk kez 18. yüzyılda Fransa’da kullanılmaya başlanmıştır (Atasoy & Köse, 2019). Osmanlı İmparatorluğu’nda Tanzimat dönemiyle birlikte Batı dillerindeki *suicide* kelimesine karşılık olarak, “kendini katletme” yerine “intihar” terimi kullanılmaya başlanmıştır (Köse & Arslan, 2019).

İntihar, genellikle kişinin kasıtlı olarak kendine zarar verme sonucunda hayatını kaybetmesi olarak tanımlanır (Crosby vd., 2011). İntihar davranışı ise, ölümcül niyetin derecesine ve eylemin altında yatan nedenlere bakılmaksızın bireyin kendisine zarar verdiği bir eylem olarak kabul edilir. Bu süreç, kişinin kendini yok etme düşünceleriyle başlayıp intihar söylemleri, girişimleri ve sonunda tamamlanmış intiharla sonuçlanabilir (Botega vd., 2005).

1970’li yılların başında, Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü’ne (National Institute of Mental Health) bağlı İntihar Önleme Merkezi’nde, Aaron T. Beck liderliğindeki uzmanlar tarafından intihar olgusu detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda, intihar olgusu üç kategoriye ayrılmıştır: intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar (Eskin, 2014). İntihar düşüncesi, bireyin intihara yönelik düşünceler geliştirdiği ancak henüz somut bir adım atmadığı aşamayı ifade eder. İntihar girişimi, bireyin ölümle sonuçlanabilecek somut bir eylemde bulunmasıdır. Tamamlanmış intihar ise bireyin hayatını sonlandırdığı nihai durumdur (Maris vd., 2000).

2.1.2. İntiharın epidemiyolojisi

Dünya genelinde intihar oranları, toplumlar için ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturarak her geçen yıl artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre, her yıl yaklaşık 720.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bu durum, aileler, topluluklar ve ülkeler üzerinde sosyal ve ekonomik etkiler yaratmaktadır (WHO, 2024). İntihar, 100.000 nüfus başına yıllık yaklaşık 9 ölüm oranıyla, küresel olarak tüm ölümlerin %1,3’ünden sorumlu tutulmaktadır (WHO, 2021). Ancak intihar yalnızca ölümle sonuçlanan bir durum değildir;

ölümcül olmayan intihar girişimlerinin oranı, tamamlanmış intiharlara kıyasla çok daha yüksektir. Nitekim, intihar girişimleri ve diğer kendine zarar verme davranışları, bireylerin ruh sağlığını ve genel yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Borges vd., 2010; Nock vd., 2013).

Tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (Levi vd., 2003). Küresel düzeyde, erkeklerin yaşa göre standartlaştırılmış intihar oranı kadınların yaklaşık 2,3 katıdır. Ayrıca, intihar girişiminde bulunan bireylerin bir kısmı girişimlerini tekrarlamakta, %1,6'sı bir yıl içinde, %3,9'u ise beş yıl içinde hayatını kaybetmektedir (Pirkis & Nordentoft, 2011).

Demografik verilere bakıldığında, intihar davranışlarının farklı yaş ve cinsiyet grupları arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Her yıl dünya genelinde 720.000'den fazla kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmekte olup, bu durum özellikle 15-29 yaş arası gençler arasında üçüncü en yaygın ölüm nedeni olarak dikkat çekmektedir. İntiharların büyük çoğunluğu, yaklaşık %73'ü, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2024). Cinsiyet açısından bakıldığında ise erkeklerin intihar oranı kadınlara göre daha yüksektir (her 100.000 erkekten 12,6'sı ve her 100.000 kadından 5,4'ü). Erkeklerde yüksek gelirli ülkelerde oran daha yüksekken, kadınlarda en yüksek oranlar orta-düşük gelirli ülkelerde görülmektedir (WHO, 2021).

TÜİK'in yayınladığı verilere göre; 2023 yılında Türkiye'de toplamda 4.061 kişi intihar ederek hayatını kaybetmiştir. İntihar edenlerden 3062 kişi erkek, 999 kişi ise kadın olarak açıklanmıştır. Yaş gruplarına göre, intihar vakalarının en yoğun görüldüğü aralık 25-29 yaş olup, bu yaş grubunda 554 kişi intihar etmiştir. Bunu 20-24 yaş grubunda 546 kişi ve 30-34 yaş grubunda 439 kişi izlemektedir (TÜİK, 2024).

2.1.3. İntihar için risk faktörleri

İntihar, küresel olarak bakıldığında ölüm nedenleri arasında önde gelen faktörlerden biri olup, sıtma, AIDS, meme kanseri, cinayet ve savaşlara bağlı ölümlerden daha fazla can kaybına yol açmaktadır (WHO, 2021). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önlenebilir ölümler arasında önemli bir yer tutan intihar, her yaştan, cinsiyetten ve etnik kökenden insanı etkileyen bir sorundur. İntihar davranışı, çok boyutlu ve karmaşık risk faktörlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Costanza vd., 2014).

İntihar risk faktörleri bireysel, ilişkisel, toplumsal, çevresel ve sağlık sistemiyle bağlantılı faktörler olmak üzere farklı düzeylerde incelenmiştir (WHO, 2021). Dünya Sağlık Örgütü, bu faktörleri yakın (*proksimal*) ve uzak (*distal*) risk faktörleri olarak sınıflandırmıştır. Uzak risk faktörleri arasında genetik yatkınlık, ailede intihar öyküsü, erken yaşlarda yaşanan travmalar, epigenetik değişiklikler, kişilik özellikleri ve kronik madde kullanımı yer almaktadır (Turecki & Brent, 2016). Bu faktörler bireyi intihara karşı duyarlı hale getirirken; cinsiyet, zorlayıcı yaşam olayları ve sosyal destek mekanizmaları bu riskleri değiştirebilir. Proksimal faktörler ise intihar düşünceleri, umutsuzluk hissi, yakın zamanda yaşanmış olumsuz olaylar ve psikopatolojik durumları içermektedir. Bu faktörlerin etkisi ise yaş, sosyodemografik özellikler, sosyal destek, kişinin manevi dünyası ve inançları gibi unsurlardan etkilenebilir (Turecki, 2014).

Psikiyatrik bozukluklar ile intihar davranışı arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Araştırmalar, intihar girişiminde bulunan bireylerin %90'ında teşhis edilebilir bir psikiyatrik tanı olduğunu ortaya koymaktadır (Mann, 2003). Depresyon, bipolar bozukluk, madde kullanım bozukluğu ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar, artmış intihar riski ile yakından ilişkilidir (Bertolote & Fleischmann, 2002). Depresyon, intiharla en güçlü ilişkisi olan psikiyatrik bozukluklardan biridir; depresyon hastalarının intihar etme olasılığı, depresyonu olmayan bireylere kıyasla 20 kat daha yüksektir (Lépine & Briley, 2011). Ayrıca, bir birey hayatında hiç psikiyatrik hastalık geçirmemişse intihar riski %0,3 iken, bir kez psikiyatrik hastalık geçirenlerde bu oran %3,4'e, birden fazla psikiyatrik hastalık yaşayanlarda ise %6,4'e yükselmektedir (Holmstrand vd., 2015).

Sosyal izolasyonun intihar riskini artırdığı, buna karşılık sosyal desteğin koruyucu bir etkisi olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Motillon-Toudic vd., 2022). Durkheim & Joiner'in teorik çerçeveleri de sosyal desteğin bu koruyucu etkisini desteklemektedir. Kırsal alanlarda yaşayan gençlerin, kentsel bölgelerde yaşayan gençlere kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla intihar riski taşıdığı da bildirilmiştir (Florez vd., 2022).

Yaşam tarzı özellikleri de intihar riskinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Yoğun alkol ve sigara kullanımı intihar düşüncesi, planı ve eğilimini artırırken, kaliteli beslenme alışkanlıkları riskin azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (H. Kim vd., 2023).

İleri yaşlardaki intihar davranışı, genellikle fiziksel hastalıklar ve engellilik ile ilişkilendirilmekte olup, bu tür faktörler tamamlanmış intihardan çok girişimlerle ilişkilidir (Beghi vd., 2021). Bu bağlamda, umutsuzluk da intihar riskini artıran önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Yapılan meta-analiz çalışmaları, umutsuzluk hissini intihar düşüncesi ve tamamlanmış intiharlar için bağımsız bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Ribeiro vd., 2018). Hatta bu risk, depresyon şiddetinden bağımsız olarak da devam etmektedir (Labelle vd., 2013).

2.1.4. İntiharın etiyojisi

Biyolojik modeller

İntihar, bireylerin yaşamında biyolojik, genetik ve çevresel unsurların bir araya gelerek karmaşık bir etkileşim oluşturduğu ve ciddi bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilen bir durumdur. Araştırmalar, ailelerinde intihar ya da intihar girişimi bulunan bireylerin, benzer davranışları sergileme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Brent & Mann, 2005). Bu durum, genetik faktörlerin intihar yatkınlığı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (John Mann, 1998). Özellikle depresyon, bipolar bozukluk ve diğer ruhsal rahatsızlıkların genetik geçişinin intihar riskini artırdığı belirlenmiştir (Turecki & Brent, 2016). Genetik çalışmalar, intiharın aile içi nesiller boyunca tekrar ettiğini ve bunun sadece çevresel faktörlerle açıklanamayacağını ortaya koymaktadır (Brent & Mann, 2005).

Tek yumurta ikizleri ile yapılan araştırmalar da genetik faktörlerin intihar davranışındaki rolünü desteklemektedir. İkizlerden birinin intihar etmesi durumunda, diğer ikizin de intihar riski önemli ölçüde artar. Bu durum, genetik faktörlerin intihara yatkınlık üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir (Voracek & Loibl, 2007). Evlat edinilen çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, biyolojik ebeveynlerinde intihar öyküsü bulunan çocuklarda, intihar riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. (Wender vd., 1986). Bunun yanı sıra, intihar girişiminde bulunma eğiliminin de genetik bir yönü olduğu; ailelerinde benzer davranışlar gözlemlenen bireylerin, toplum ortalamasından daha yüksek ruhsal hastalık oranlarına sahip olduğu bulunmuştur (Nordentoft, 2007).

Genetik faktörler arasında serotonin transporter geni (5-HTTLPR) önemli bir yere sahiptir. Bu gen, serotonin taşıyıcı proteinini kodlamakta ve belirli varyantlarının depresyon ile intihar riskini artırdığı bilinmektedir. Özellikle stresli yaşam olayları ile etkileşim halinde, bu gen varyasyonlarının intihar riskini yükseltebildiği gösterilmiştir (Caspi vd., 2003). Beyin-türevli nörotrofik faktör (BDNF) gen ekspresyonundaki azalma da depresyon ve intihar

davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. BDNF, beyindeki hücrelerin sağlıklı gelişimi ve işlevselliği açısından kritik öneme sahiptir (Dwivedi vd., 2003). BDNF rs962369 polimorfizminin, özellikle CC genotipinin, erkeklerde tamamlanmış intihar riskinde rol oynayabileceği gösterilmiştir (Bednarova vd., 2023). Bunun yanı sıra stres hormonlarının düzenlenmesinde rol oynayan SKA2 gen mutasyonlarının intihar riskini artırabileceği bulunmuştur (Kaminsky vd., 2015). Ayrıca, endokannabinoid ve apoptotik yolların (CAPNS1, CSNK2B, PTP4A2) intihar sürecinde önemli rol oynadığı, GSTT1 proteininin, psikiyatrik bozuklukları olan intihar vakalarında potansiyel bir biyobelirteç olabileceği gösterilmiştir (Kim vd., 2022)

Tamamlanmış intihar vakalarında kullanılan yöntemle bağlı olarak da biyolojik farklılıklar görülebilir. Şiddet içeren yöntemleri kullanan bireylerin, şiddet içermeyen yöntemleri tercih edenler ve benzer psikiyatrik bozukluklara sahip ancak intihar etmeyen bireylerden biyolojik olarak farklılaştığı; bu farklılıkların purinerjik sinyalizasyon ve mitokondriyal metabolizma değişiklikleriyle ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Punzi vd., 2022).

Epigenetik faktörlerin de intihar davranışında önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir. Epigenetik mekanizmalar, çevresel etkilerin genlerin işleyişini nasıl değiştirdiğini açıklar. Stres, çocuklukta istismar veya travma gibi olaylar, spesifik genlerin metilasyonunu (gen aktivitesinin baskılanması) etkileyerek bireyin intihar riskini artırabilir (McGowan vd., 2009). Örneğin, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksı genlerindeki DNA metilasyon değişimlerinin, psikiyatrik eş tanılar ve olumsuz yaşam olaylarıyla bağlantılı olarak intihar davranışında etkili olabileceği tespit edilmiştir (Dionisio-García vd., 2023). Bu değişiklikler, bireyin genetik materyali değişmese bile, genlerin çevresel faktörlerle nasıl ifade edildiğini etkileyerek intihar riskine katkıda bulunabilir (Labonté vd., 2012).

Psikososyal Modeller

Durkheim İntihar Kuramı

Émile Durkheim, *Le Suicide* adlı eserinde, bireysel nedenlerin ötesine geçerek intihar olgusuna toplumsal odaklı bir bakış açısı sunmuştur. Durkheim, o dönemin yaygın görüşlerini eleştirmiş ve intiharın temel sebeplerinin toplumsal nitelikte olduğunu savunmuştur. Ona göre, bireysel nedenler, intihara ilişkin tek başına yeterli bir açıklama sunamamaktadır. Bu bağlamda, intihar ile toplumsal faktörler arasındaki ilişkiyi incelemek için istatistiksel verileri ve

karşılaştırmalı yöntemleri kullanarak yerleşik kavramları sorgulamış ve kesin sonuçlara ulaşmayı hedeflemiştir (Köse & Arslan, 2019).

Durkheim, toplumsal bağların kişiler üzerindeki etkisini incelemiş ve intiharları dört temel kategoriye ayırmıştır:

Egoist İntihar: Toplumdan ve kişinin sosyal ortamından yeterli destek alamadığı durumlarda ortaya çıkar. Toplumsal entegrasyonun zayıfladığı bu durumlarda, kişide yalnızlık ve anlamsızlık duygularının meydana gelmesi ile kişi intihara sürüklenebilir.

Altruist İntihar: Kişinin topluma aşırı derecede bağlı olduğu ve kendisini tamamen topluma adadığı durumlarda meydana gelir. Bu tür intiharlar, kişinin toplum yararı için kendi hayatını feda ettiği durumları ifade etmektedir. Bir savaşa katılıp şehit olmak gibi durumlar altruist intihar kavramına örnek olarak verilebilir.

Anomik İntihar: Toplumda ani değişimlerin yaşandığı, sosyal düzenin bozulduğu ve toplumsal değerlerin zayıfladığı durumlarda ortaya çıkar. Ekonomik krizler veya hızlı bir şekilde maddi değişikliklerin yaşanması gibi olaylar, kişide yaşamının anlamını yitirmesi gibi düşüncelere yol açarak intihara neden olabilir.

Fatalist İntihar: Aşırı baskı ve kontrol altında bulunan kişinin, kaçış yolu bulamadığı ve kendisini çaresiz hissettiği durumlarda meydana gelir. Aşırı düzen ve kontrolün hâkim olduğu bu ortamlar, kişiyi intihara sürükleyebilir (Durkheim, 1897; Pickering & Walford, 2014).

Durkheim, intiharın bireysel bir eylem gibi görünse de kökeninde toplumsal etkenlerin güçlü bir şekilde etkisi olduğunu savunmuş ve bu durumu bilimsel yöntemlerle açıklamaya çalışmıştır. Bu yaklaşımı ile Durkheim, intihar konusunun sosyolojik olarak ele alınış biçiminde önemli bir görüş farklılığı yaratmıştır.

Psikanalitik Kuram

Freud ve Melanie Klein'in psikanalitik kuramları, intihar davranışını anlamlandırma açısından önemli teorik yaklaşımlar sunar. Freud'a göre intihar, bireyin ölüm içgüdü (Thanatos) ile yaşam içgüdü (Eros) arasındaki çatışmanın bir sonucu olarak ortaya çıkmakta ve kendine yönelen yıkıcı dürtülerinden kaynaklanmaktadır. Aynı zamanda *melankoli* kavramı

ile ifade edilen, kaybedilen bir kişi ya da nesneye duyulan öfke ve hayal kırıklığının bireyin kendisine yönelmesiyle oluşan bir süreci vurgular. Bu durum, bireyin kendini değersiz hissetmesine ve kendisini cezalandırılmayı hak eden bir kişi olarak görmesine yol açarak intihar davranışını tetikleyebilir (Freud, 1917).

Melanie Klein ise intiharın kökenlerini erken çocukluk dönemindeki nesne ilişkilerine bağlar. Çocuk ile bakım veren kişi ile arasındaki bağın sağlıklı bir şekilde kurulamadığı durumlarda, birey ilerleyen yaşlarda kendilik algısında sorunlar yaşayabilir. Sevgi nesnesinin eksikliği, bireyin iç dünyasında çatışmalar ve boşluk hissi yaratabilir. Klein, erken dönemde yaşanan travmaların bu süreçte belirleyici bir rol oynadığını ve bu travmaların bireyin hem kendisiyle hem de çevresiyle kurduğu ilişkileri olumsuz yönde etkileyebileceğini ileri sürer (Klein, 1935; Segal, 2018).

Güncel psikanalitik yaklaşımlar, bireyin iç dünyasının yanı sıra çevresel faktörlerin ve sosyal ilişkilerin intihar davranışında önemli bir rol oynadığına değinir. Heinz Kohut'un Kendilik Psikolojisi, bireyin sağlam bir benlik geliştiremediği durumlarda duygusal stresle başa çıkmakta zorlanabileceğini ve bunun intihar eğilimlerini artırabileceğini öne sürer. Kohut, benlik gelişiminin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için bireyin çevresinden yeterli destek almasının önemine değinirken, bu desteğin eksik olduğu durumda bireyin iç dünyasındaki narsisistik kırılmalar ve düşük benlik saygısı gibi durumlar ile kendine zarar verme davranışlarına yönelebileceğini vurgular (Kohut, 1971; Strozier, 2001).

Kişiler Arası İntihar Kuramı

Kişiler Arası İntihar Kuramı, Thomas Joiner tarafından geliştirilen bir model olup, intihar riskini anlamada üç temel faktöre odaklanmaktadır (Joiner, 2005). İlk olarak, bireylerin toplumsal aidiyet duygusunun zayıflaması, yani dışlanmışlık ve yalnızlık hisleri intihar riskini artırmaktadır. İkinci faktör, bireyin yaşamını başkaları için bir yük olarak algılamasıdır. Bu durumda kişi, çevresine karşı sorumluluklarını yerine getiremediğini düşünür. Üçüncü ve son faktör ise, bireyin intiharı gerçekleştirme kapasitesine sahip olmasıdır. Bu kapasite, acı çekme korkusunun azalması, önceki kendine zarar verme deneyimleri veya ölümle ilgili duyarsızlık gibi etmenlerle ilişkilidir (Van Orden vd., 2010).

Bu kuram, bu üç faktörün birleşiminin bireyin intihar riskini önemli ölçüde artırdığını öne sürmektedir. Aynı zamanda, bireylerin sosyal ilişkilerinin güçlendirilmesi ve aidiyet duygusunun artırılması, intiharın önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Joiner, 2005).

Umutsuzluk Kuramı

Aaron Beck ve ekibi tarafından geliştirilen Umutsuzluk Kuramı, intihar riskini değerlendirmede en önemli göstergelerden biri olarak umutsuzluk hissine odaklanmaktadır (Beck vd., 1974). Bu yaklaşıma göre, bireyler geleceğe yönelik olumlu beklentilerini kaybettiklerinde ve sorunlarının çözülemeyeceğine dair derin bir inanç geliştirdiklerinde, intihar düşünceleri belirgin şekilde artar (Beck, 1976). Beck, depresyonla birlikte ortaya çıkan bilişsel çarpıtmaların bireylerin kendilerini çıkmazda hissetmelerine sebep olduğunu ve bu durumun intihara yol açabileceğini savunmaktadır (Beck vd., 1979). Umutsuzluk, bireyin hem mevcut durumunu hem de geleceği olumsuz bir perspektiften görmesine yol açtığı için, intihar riskini artıran en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. (Beck vd., 1974).

Üç Aşamalı İntihar Kuramı

Bu kuram, psikolog David Klonsky tarafından geliştirilen ve intihar düşüncelerinin nasıl ortaya çıkıp eyleme dönüştüğünü açıklayan bir modeldir. Bu kuram üç temel aşamadan oluşmaktadır:

İntihar Düşüncelerinin Başlangıcı: İlk aşamada, bireyin yaşadığı yoğun duygusal ya da psikolojik acılar, intihar düşüncelerinin oluşumunu tetikler. Yalnızlık hissi, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygular bu sürecin ana nedenlerindedir. Ancak bu aşamada birey, intihar düşüncelerine sahip olsa dahi henüz bu düşünceleri eyleme geçirme eğiliminde değildir.

Başa Çıkma Mekanizmalarının Yetersizliği: İkinci aşamada birey, yaşadığı acılarla başa çıkmada güçlük yaşamaya başlar. İntiharı bir çözüm olarak görmesi, kişinin mevcut sıkıntılarını hafifletmek için başka yollar bulamamasıyla ilişkilidir. Bu aşamada intihar düşünceleri güçlenir ve bireyin bu düşünceleri eyleme dönüştürme ihtimali artar.

İntiharı Gerçekleştirme Kapasitesinin Artışı: Son aşamada birey, intihar düşüncelerini hayata geçirebilecek bir kapasiteye sahip hale gelir. Bu kapasite genellikle bireyin daha önce kendine zarar verme deneyimleri, acıya duyarsızlaşma ya da ölüm korkusunun azalmasıyla gelişir. Bu süreçte birey, fiziksel acıya daha dirençli duruma gelir ve intihar düşüncelerini eyleme dönüştürebilir.

Bu kuram, intiharın aniden meydana gelen bir durum olmadığını, aksine zamanla gelişen ve başa çıkma mekanizmalarının tükenmesiyle ilerleyen bir süreç olduğunu ve bu süreçte, her aşamada yapılacak müdahalelerin, intihar riskini azaltmada önemli fırsatlar sunduğunu belirtmektedir (David Klonsky & May, 2015).

Duygu Düzenleme Güçlüğü Kuramı

Bu kuram, bireylerin yoğun ve olumsuz duygularla baş etmekte zorlandıklarında intihar düşüncelerine yönelebileceğini öne süren bir psikolojik modeldir. Bu kurama göre, duygularını düzenleme yetisi yeterince gelişmemiş bireyler, yoğun duygusal stresle başa çıkmak için gerekli baş etme mekanizmalarından yoksun olduklarında, zihinsel acıyı hafifletmek amacıyla kaçış yollarına yönelirler. Bu noktada, intihar bu bireyler için bir çözüm yolu olarak algılanabilir. Bu kuram, özellikle depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu veya borderline kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıkları bulunan bireylerde intihar riskinin artış göstermesiyle ilişkilidir. Duygu düzenleme güçlükleri, bireylerin stresli durumlar karşısında sağlıklı başa çıkma stratejileri geliştirmelerini zorlaştırarak var olan riski daha da artırmaktadır. Kuramın savunucuları, duygusal düzenlemeyi geliştirmeye yönelik psikolojik müdahalelerin, bireylerin kendine zarar verme veya intihar düşünceleriyle mücadele etmesine yardımcı olabileceğini ve bu nedenle intihar riskini azaltmada önemli bir rol oynayabileceğini vurgularlar (Gratz & Roemer, 2004; Linehan, 1993).

Bütünleyici GÜdüsel-İradesel Model

Rory O'Connor tarafından geliştirilen bu kuram, bireyin kendine zarar verme davranışını üç aşamalı bir süreç olarak ele alır. Bu aşamalar güdüsel, iradesel ve bütünleyici aşamalardan oluşmaktadır. İlk aşamada, birey sosyal ortamlardan dışlanma, stres veya bireysel sorunlar gibi faktörlerin etkisiyle intihar düşünceleri geliştirebilir. Bu güdüsel aşamada birey, çaresizlik hissine kapıldığında bu düşünceler daha da güçlenir.

İkinci aşama olan iradesel aşamada, birey kendine zarar verme kapasitesi kazandığında ve ölüm korkusu azaldığında, intihar düşüncelerini gerçekleştirmeye yönelik eylemlerde bulunabilir. Son olarak, bütünleyici aşamada birey, dış faktörlerin de etkisiyle intihar girişiminde bulunmaya karar verebilir.

Bu model, intihar davranışının çok yönlü bir süreç olduğuna dikkat çeker ve bu sürecin her aşamasında bireyin desteklenebileceğini, böylece intihar riskinin azaltılabileceğini savunur (O'Connor & Kirtley, 2018).

Kaçış Kuramı

İntiharda Kaçış Kuramı, Roy Baumeister tarafından ortaya atılmış ve intiharı bireyin yaşadığı duygusal veya psikolojik acılardan kaçma isteğiyle ilişkili olduğunu öne süren bir modeldir. Bu kurama göre, kişi kendini yetersiz, başarısız veya değersiz hissettiğinde ve bu olumsuz duygularla başa çıkmakta zorlandığında, zihinsel durumundan kaçmak için intiharı bir çözüm yolu olarak görebilir. Birey, yoğun utanç, başarısızlık ya da acı verici duygular yaşadığında, bu duygulardan kurtulma arzusuyla intihar düşüncelerine yönelebilir.

Kaçış Kuramında intihar, bireyin kendini çaresiz ve sıkışmış hissettiği bir noktada nihai bir çözüm gibi algılanır. Baumeister, bu modeli açıklarken, bireyin duygusal yüklerinden kurtulma arzusunun temel bir motivasyon olduğunu belirtir (Baumeister, 1990).

Değişken Yatkınlık Kuramı (Diathesis-Stress Model)

İntiharı biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığını savunan bir yaklaşımdır (Zuckerman, 2004). Bu kurama göre, bazı bireyler genetik yatkınlık, kişilik özellikleri veya biyolojik faktörler nedeniyle intihara daha eğilimlidir (Mann & Currier, 2010). Ancak bu yatkınlık tek başına intihar riskini arttırmaz; stresli yaşam olayları, travmalar veya sosyal çevredeki olumsuz etkenler bu yatkınlığı tetikleyerek var olan intihar riskini artırabilir (Zuckerman, 2004). Kuram, intiharı genellikle biyolojik yatkınlık ve dış stresör faktörlerinin bir araya gelmesiyle ortaya çıktığını öne sürer (Nock, 2014). Bu model, intiharı açıklarken biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgular (Zuckerman, 2004).

2.2. COVID-19 Pandemisi

2.2.1. Pandeminin tanımı ve tarihçesi:

Pandemi, Yunanca kökenli bir kelime olup, *pan* (hepsi) ve *demos* (halk) sözcüklerinin birleşimiyle türetilmiştir. Bu kavram, birden fazla ülke veya kıtada eşzamanlı olarak geniş kitleleri etkileyen ve hızla yayılan büyük salgınları ifade eder (Honigsbaum, 2009). Duyarlı bir canlıya, hastalığa neden olan bir enfeksiyon etkeninin doğrudan veya dolaylı yollarla bulaşması sonucu ortaya çıkan ve geniş bir canlı grubunda hastalığa yol açan duruma salgın hastalık denir.

Salgın hastalığın kıtalar arasında yayılım göstermesi durumunda ise bu durum pandemi olarak adlandırılır (Parıldar & Dikici, 2020).

İnsanlık, tarih boyunca birçok salgın hastalık ile mücadele etmiştir. Tarihsel veriler, bazı salgın hastalıkların yalnızca belirli bir bölge veya toplulukla sınırlı kalmadığını, zamanla uluslararası düzeyde yayılım göstererek kıtalar arası pandemilere dönüştüğünü ortaya koymaktadır. Tarihte önemli pandemilere bakıldığında; Atina Vebası (MÖ 430-426), Peloponez Savaşı sırasında ortaya çıkmış ve nüfusun üçte birini yok ederek büyük kayıplara yol açmıştır (Littman, 2009). Kara Veba (1347-1351), Avrupa nüfusunun üçte birini yok eden bir salgın olarak tarihe geçmiştir (Benedictow, 2004). 1817'den itibaren kolera pandemileri, Hindistan'dan başlayarak dünya geneline yayılarak şiddetli ishal ve ölümlere neden olmuştur (Hays, 2006). 1918 yılında ortaya çıkan İspanyol Gribi, H1N1 virüsü kaynaklı bir salgın olup, dünya genelinde 50 milyondan fazla kişinin hayatını kaybetmesine neden olmuştur. (Palese, 2004). Asya Gribi (1957-1958) ve Hong Kong Gribi (1968-1969) gibi pandemiler, 20. yüzyılda milyonlarca insanı etkileyen influenza salgınları arasında yer almıştır (Kilbourne, 2006). HIV/AIDS pandemisi, 1980'lerden günümüze kadar milyonlarca insanın yaşamını etkileyerek küresel bir sağlık krizine dönüşmüştür (Piot & Quinn, 2013). 2002 yılında Çin'de başlayan SARS pandemisi, küresel bir tehdit haline gelmiş ve ciddi akut solunum yolu enfeksiyonlarına yol açmıştır (Zhong vd., 2003). H1N1 Domuz Gribi (2009-2010), önceki pandemilere kıyasla daha düşük ölüm oranlarıyla birlikte dünya çapında hızla yayılmıştır (Dawood vd., 2012). Orta Doğu'da 2012-2013 yıllarında MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu) salgını meydana gelirken, 2014 yılında Batı Afrika'da başlayan Ebola salgını, üç kıtaya yayılarak ulusal sınırların ötesine geçmiştir (WHO, 2022b, 2023).

2.2.2. COVID-19 virüsü

COVID-19 hastalığının etkeni olarak bilinen SARS-CoV-2, insan vücudunda hem fizyolojik hem de psikolojik etkiler oluşturabilen bir patojendir. İlk kez 2019 yılı aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde bildirilmiş ve kısa sürede dünya çapında bir pandemiye dönüşmüştür (Both vd., 2021). Virüs, enfekte kişilerin öksürük veya hapşırık yoluyla yaydığı damlacıklar veya yakın temas yoluyla bulaşmaktadır. SARS-CoV-2'nin genetik yapısı, pozitif kutuplu tek sarmallı RNA (+ssRNA) içermesi ve zarflı bir yapıya sahip olması nedeniyle hızlı yayılma potansiyeline sahiptir (Yüce vd., 2021).

Virüsün beyinde oluşturduğu etkiler, nörolojik ve psikiyatrik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aşırı uyarılması, enfeksiyon sırasında vücutta stres yanıtını artırarak hem nöroinflamatuvar süreçleri hem de fizyolojik stresi şiddetlendirmektedir. Bu durum, bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların şiddetlenmesine neden olabilir (He Yanfei vd., 2021).

2.2.3. COVID-19 Pandemisi: Başlangıç, Etkiler ve Alınan Önlemler

COVID-19 salgını, Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde SARS-CoV-2 adı verilen bir koronavirüs türünün ortaya çıkmasıyla başlamıştır (Both vd., 2021). SARS-CoV-2, pozitif kutuplu ve tek sarmallı bir genomik RNA içeren zarflı bir virüstür ve insanlarda bulaşıcı bir etkidir (Yüce vd., 2021). Enfekte kişilerin öksürük veya hapşırık yoluyla yaydığı damlacıklar ve yakın temas yoluyla tüm dünyaya hızla yayılan bu virüs, 2019 Koronavirüs hastalığına (COVID-19) neden olan etken olarak tanımlanmıştır (Yüce vd., 2021). DSÖ, 2020 yılının mart ayında, COVID-19 salgınının dünya genelinde pandemi seviyesine ulaştığını ilan etmiştir (WHO, 2020).

COVID-19 pandemisi sırasında, virüsün yayılmasını önlemek amacıyla dünya genelinde karantina uygulamaları yaygın bir şekilde hayata geçirilmiştir. Hastalık belirtileri gösteren bireylerin, sağlıklı kişilerden uzaklaştırılarak fiziksel ayrılığın sağlandığı ve yasal düzenlemelerle desteklenen önlemler bütünü *izolasyon* olarak tanımlanmaktayken *karantina* ise enfeksiyon riski taşıyan kaynak ya da kişiyle teması olan bireylerin, sağlıklı ve temas etmemiş kişilerden ayrı tutulmasıdır (Direk vd., 2020). Bu iki yaklaşım, salgının kontrol altına alınmasında önemli bir rol oynamıştır. Sosyal izolasyon, bireylerin evde kalmalarını, toplu alanlarda bulunmamalarını ve fiziksel temaslarını minimumda tutmalarını gerektirmiştir. Bu süreç, ekonomik, psikolojik, ailevi ve teknolojik alanlarda önemli etkiler yaratmıştır (Both vd., 2021). Karantina süresinin uzunluğu, bireylerin kendilerinin veya aile üyelerinin enfekte olma kaygısı, tıbbi bakımın yetersizliği, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki zorluklar ve yetkililerden süreçle ilgili şeffaf bilgi alınamaması ya da alınan bilgilerin azalması gibi faktörler, karantinanın bireyler üzerindeki olumsuz psikolojik etkilerini daha da artırmaktadır (Ammerman vd., 2021; Courtet vd., 2020).

Türkiye'de ise ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Salgınla mücadele kapsamında ilk kısıtlamalar kısa süre içinde uygulanmaya

başlanmıştır. 16 Mart 2020'de okullar kapatılarak uzaktan eğitime geçilmiş; 21 Mart 2020 tarihinde, 65 yaş üstü bireyler ve kronik rahatsızlığı bulunan kişiler için sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. 28 Mart 2020 tarihinde şehirlerarası seyahatler valilik iznine bağlanmış ve 10-12 Nisan 2020 tarihlerinde ilk büyük sokağa çıkma yasağı 30 büyükşehir ve Zonguldak'ta gerçekleştirilmiştir (Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı, 2020).

Pandemi sırasında, virüsün yayılmasını önlemek için sosyal izolasyon temel halk sağlığı önlemlerinden biri olarak uygulanmıştır.

2.2.4. COVID-19 Pandemisi ve Psikiyatrik Etkileri

COVID-19 pandemisi hem fiziksel sağlığı hem de ruh sağlığını derinden etkileyen küresel bir kriz olmuştur (WHO, 2022a). Pandemi sürecinde uygulanan kısıtlamalar, karantinalar, sosyal izolasyon ve belirsizlik, insanların ruh sağlıklarında ciddi sorunlara yol açmıştır (Czeisler vd., 2022).

Genel olarak, pandemi sürecindeki katı karantina önlemleri, belirsizlik ve virüse yakalanma veya bulaştırma korkusu gibi nedenler, küresel çapta bir ruh sağlığı krizini tetiklemiştir (Kupcova vd., 2023). Pandemiyle mücadele kapsamında uygulanan karantina ve izolasyon önlemlerine ek olarak, ekonomik durgunluk, yoksulluk, işsizlik ve gıda ile temizlik ürünlerindeki beklenmeyen fiyat artışlarının, özellikle ekonomik olarak dezavantajlı bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir (Bhuiyan vd., 2021; De Vogli vd., 2019).

Bu süreçte ruhsal hastalıkların görülme sıklığı önemli ölçüde artmış, mevcut ruhsal bozuklukları olan kişilerde ise semptomlar daha da şiddetlenmiştir (Santomauro vd., 2021). Yapılan araştırmalar, küresel çapta depresyon ve anksiyete vakalarının pandemiyle birlikte arttığını göstermektedir. Troyer ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 enfeksiyonu geçiren bireyler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında; travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) oranı %40, depresyon oranı %36,4, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ve anksiyete bozukluklarını ise eşit oranda %15,6 olarak belirlenmiştir.

Depresyon oranlarındaki artış, farklı demografik grupları farklı şekillerde etkilemiştir. Sosyal izolasyon, ekonomik zorluklar ve sağlık endişeleri bu artışın başlıca nedenleri arasında yer almıştır. Örneğin, 2019-2021 yılları arasında gerçekleştirilen bir çalışmada, genç yetişkinlerde depresyon riskinin %13 oranında arttığı belirtilmiştir (Villas-Boas vd., 2023).

Dünya Sağlık Örgütü, pandeminin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini vurgulayarak, pandemi başlangıcından itibaren depresyon ve anksiyete vakalarında %25'lik bir artış olduğunu bildirmiştir (WHO, 2022a).

COVID-19 pandemisi sırasında anksiyete prevalansı da önemli ölçüde artmıştır. Dünya genelinde 2020 yılı boyunca anksiyete vakalarında %26'lık bir artış gözlenmiştir ve bu artışın başlıca nedenleri arasında enfeksiyon korkusu, ekonomik belirsizlikler ve sosyal izolasyon yer almaktadır (Sun vd., 2023). Bununla birlikte, güçlü sosyal destek sistemlerine sahip bireylerin ve öz-yeterlilik duygusunu koruyanların daha düşük anksiyete seviyeleri yaşadığı ifade edilmiştir (Sun vd., 2023).

COVID-19 pandemisi, aynı zamanda bireylerin algıladığı tehdit düzeyini ve buna bağlı olarak ölüm kaygısını artırarak da anksiyete üzerindeki etkisini göstermiştir. Yüksek gelir grubundaki bireyler ve sağlık çalışanları daha düşük tehdit algısı bildirirken; kadınların tehdit algısı ve ölüm kaygısının erkeklere kıyasla daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Kavaklı vd., 2020). Ek olarak, COVID-19 enfeksiyonu geçirme korkusu yüksek olan bireylerin depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Şahin & Aydın, 2022).

Öte yandan, şizofreni vakalarının da pandeminin etkisiyle arttığı gösterilmiştir. Ocak 2020'de yapılan bir gözlemsel çalışmaya göre, şizofreni vakaları önceki yıllara göre %25 oranında artmış ve bu artış, COVID-19 salgınıyla ilişkili psikososyal stres ve fiziksel mesafe önlemlerine bağlanmıştır (Hu vd., 2020).

Pandeminin ruhsal sağlık üzerindeki etkileri, sadece aktif hastalık döneminde değil, sonrasında da devam etmiştir. COVID-19'un akut döneminden kurtulan bireylerde depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesi gibi psikolojik etkilerin yanı sıra baş dönmesi ve yorgunluk gibi fiziksel semptomlar gözlemlenmiştir (Sher, 2020).

COVID-19 pandemisinin, psikosomatik şikayetlerde belirgin bir artışa neden olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. Bu artış, bireylerin algıladığı tehdit düzeyi, belirsizliğe karşı tolerans eksikliği ve biyolojik ritimlerdeki bozulmalarla ilişkilendirilmiştir (Gica vd., 2020).

2.2.5. COVID-19 Pandemisi ve İntihar

Pandeminin neden olduğu sosyal izolasyon, ekonomik belirsizlik ve sağlık kaygıları gibi faktörler, özellikle intihar düşünceleri ve davranışlarını tetikleyen unsurlar olarak öne çıkmıştır (Banerjee vd., 2021). Ek olarak hastalıkla ilişkilendirilen damgalanma süreci de intihar yönünden risk faktörüdür. Enfeksiyon riski taşıyan veya hastalığı geçirmiş bireylere yönelik yargılama, suçlama, korku, dışlama, şüpheyle yaklaşma ve bu kişilere sosyal mesafe koyma gibi davranışlar damgalama olarak tanımlanır. Bu durum, bireylerin psikolojik iyilik halini ciddi şekilde olumsuz etkileyerek intihar riskini artırması açısından en az depresyon kadar önemli faktör olarak değerlendirilmektedir (Direk vd., 2020; Tuncay vd., 2020). COVID-19 sürecinde dünya genelinde meydana gelen intihar vakalarının sebepleri incelendiğinde, izolasyon, depresyon, anksiyete ve ekonomik zorlukların yanı sıra, az sayıda vaka da olsa damgalamanın da intihar nedenleri arasında bulunduğu belirlenmiştir (Thakur & Jain, 2020). Hindistan'da bildirilen ilk COVID-19 ile bağlantılı intihar vakasında, COVID-19 taşıdığına inanarak kendini karantinaya alan bir erkek hastanın hayatına son verdiği ifade edilmiştir. Benzer şekilde yine Hindistan'da COVID-19 şüphesiyle karantinada tutulan başka bir erkek hastanın, hastane penceresinden atlayarak yaşamını sonlandırdığı belirtilmiştir (Thakur & Jain, 2020). Bu bulgular, pandeminin etkilerini anlamaya yönelik yapılan pek çok çalışmada, intihar oranları, risk faktörleri ve pandeminin farklı toplumsal gruplar üzerindeki etkilerinin analiz edilmesine yol açmıştır.

Sağlık çalışanları, pandemi sürecinde intihar açısından yüksek risk taşıyan gruplardan biri olarak öne çıkmıştır. 2020-2022 yılları arasında yapılan sistematik bir inceleme, sağlık çalışanları arasında depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol ve madde kullanımı gibi faktörlerin intihar riskini artırdığını göstermiştir. Pandemiye özgü stres faktörleri arasında hasta yakınlarının enfekte olması, ekonomik kaygılar ve toplumsal damgalanma da yer almaktadır (García-Iglesias vd., 2022).

2003 yılında Hong Kong'da meydana gelen SARS salgını sırasında, sosyal izolasyonun yaşlı bireyler arasındaki artan intihar oranlarının temel nedenlerinden biri olduğu ifade edilmiştir (Yip vd., 2010). Benzer şekilde, COVID-19 pandemisi sırasında yapılan çalışmalar, sosyal izolasyonun ruh sağlığı üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerini ortaya koymuştur. Örneğin, Kanada'da yapılan bir araştırma, pandemi sırasında intihar düşüncesi oranlarının

anamlı bir artış göstermediğini ancak yalnızlık, sosyal izolasyon, gelir kaybı, düşük eğitim seviyesi gibi faktörlerin riski artırdığını ortaya koymuştur (Liu vd., 2021).

COVID-19 enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yatırılan hastalar incelendiğinde ise; %33,3 oranında psikolojik etkiler ve %16,7 oranında intihar düşüncesi tespit edilmiştir (Benavente-Fernández vd., 2022).

Pandemi boyunca intihar oranlarının nasıl değiştiğine dair bulgular ülkeden ülkeye farklılık göstermiştir. Nepal'deki bir çalışmada, pandemi sürecinde kadınlar arasında intihar oranlarının arttığı ancak erkeklerde bu etkinin daha kısa sürdüğü bulunmuştur (Acharya vd., 2022). Öte yandan, Almanya'da kırsal bir bölgede yapılan uzun süreli gözlemsel bir çalışmada, yaşlı bireyler arasında intihar girişimlerinin arttığı, gençlerde ise azaldığı belirtilmiştir (Kastner vd., 2022).

COVID-19'un başlangıcında Kuzey İrlanda'da intihar ve kendine zarar verme nedeniyle hastane başvurularında azalma yaşanmış; ancak Haziran 2020 itibarıyla bu oranlar normale dönmüştür. İlginç bir şekilde, 16 yaş altı çocuklarda başvuruların beklenenden fazla arttığı gözlemlenmiştir (Paterson vd., 2023).

Şili'de ise karantina uygulamalarının başladığı dönemde intihar oranlarının azaldığı, özellikle erkek bireyler arasında %13,2 oranında bir düşüş yaşandığı belirlenmiştir (Duarte & Jiménez-Molina, 2022).

Türkiye'de COVID-19 pandemisinin intihar ile ilişkisini ele alan çalışmalara bakıldığında; Elbay ve Erol'un (2022) çalışmasında, pandemi genel hastane acil servisine intihar girişimiyle başvuran 94 hasta incelenmiş; bu hastaların %59,4'ünün kadın, %52,1'inin bekâr, %34'ünün çalışmayan olduğu ve yaş ortalamasının $35,11 \pm 14,19$ olduğu bildirilmiştir. Pandemi döneminde intihar girişimi özelliklerinin pandemi öncesi dönemle benzer olduğu, ancak daha yüksek yaş aralığı ve psikiyatrik öyküsü olmayan bireylerin oranında artış gözlemlenmiştir. Uğurlu ve arkadaşlarının (2020) vaka bildiriminde, COVID-19 korkusuyla kendini eve kapatan, karma anksiyete ve depresyon tanısı düşünülen 34 yaşındaki bir erkeğin tamamlanmış intiharı ele alınmıştır. Kösesoy ve Şahin (2023)'in pandemi ile ilişkili 4 intihar vakasını inceledikleri çalışmasında, pandemi kaynaklı iş kayıpları, eğitim engelleri ve sosyal destek azalmasının intihar riskini artırdığı vurgulanmıştır.

Cengisiz ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise pandeminin genel intihar oranlarını etkilemediği, ancak şehir merkezlerinde, düşük eğitim seviyesine sahip, evli bireylerde ve ilkbahar mevsiminde intihar oranlarının arttığı belirtilmiştir. Bu çalışmada duygudurum ve depresif bozuklukların intiharlarla en sık ilişkili psikiyatrik rahatsızlıklar olduğu da saptanmıştır.

Pandemi sürecinde ortaya çıkan intihar davranışlarının analizi, bu durumun yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik belirteçler ve coğrafi koşullar gibi faktörlere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

2.3. Psikolojik Otopsi

2.3.1. Psikolojik Otopsi Tanımı:

Otopsi, bir kişinin ölüm nedenini ve ölüm mekanizmasını aydınlatmak amacıyla gerçekleştirilen detaylı bir süreçtir. Bu süreçte, bedendeki tüm boşluklar açılarak organ ve sistemler teknik ve laboratuvar yöntemleriyle incelenir. Adli tıp alanında önemli bir yöntem olan otopsi, özellikle ölümle sonuçlanan olayların altında yatan nedenlerin tespit edilmesi için kullanılır (Maciej Serda vd., 1999).

Psikolojik otopsi, intihar veya nedeni belirsiz ölüm vakalarını anlamak için kullanılan önemli bir yöntem olarak öne çıkmıştır. Bu yöntem, ölüm sonrası yapılan soruşturmalarda, bireyin ölüm şeklinin yüksek doğrulukla belirlenmesini ve intihar risk faktörlerinin kapsamlı bir şekilde analiz edilmesini amaçlar. Bu süreç, kişinin psikolojik durumunu ve çevresel faktörleri anlamaya yönelik kapsamlı bir incelemeyi içerir (Knoll IV, 2008).

2.3.2. Psikolojik Otopsi Yönteminin Tarihçesi:

Psikolojik otopsi yönteminin temelleri, 1920'lerde Paris'te ve 1930'larda New York'ta intihar olgularına yönelik bilgi toplama çalışmalarıyla atılmıştır. Modern anlamda, sistematik bir şekilde gerçekleştirilen psikolojik otopsinin, ilk kez 1959 yılında Eli Robins tarafından, ABD'nin St. Louis şehrinde uygulandığı ifade edilmiştir. (Isometsä, 2001).

Modern anlamda gerçekleştirilen ilk psikolojik otopsi çalışması, 1956-1957 yıllarında Robins ve arkadaşları (1959) tarafından gerçekleştirilmiş ve 134 intihar olgusunu kapsamıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, birkaç yıl sonra Seattle bölgesinde Dorpat ve Ripley (1960) tarafından yürütülen başka bir çalışmada doğrulanmıştır. Aynı dönemde, Los Angeles İntihar Önleme Merkezi'nden (LASPC) Robert Litman, Norman Farberow ve Edwin

Schneidman, merhumların ölüm şekillerini belirlemek için bir yöntem geliştirmiştir. Edwin Schneidman bu süreçte "psikolojik otopsi" terimini icat ederek yöntemin literatüre kazandırılmasını sağlamıştır (Clark & Horton-Deutsch, 1992).

Avrupa'da ise psikolojik otopsi yöntemi ilk kez 1966-1969 yılları arasında İngiltere'de, West Sussex ve Portsmouth bölgelerinde Barraclough ve arkadaşları (1974) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında 100 ardışık intihar vakası detaylı bir şekilde incelenmiştir.

Türkiye'de psikolojik otopsi yöntemiyle gerçekleştirilen çalışmalara bakıldığında oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalar arasında, Erbay ve ekibinin (2020) Malatya'da 64 tamamlanmış intihar olgusunu psikolojik otopsi yöntemiyle incelediği çalışma, Batman'da 26 kişi üzerinde yürütülen vaka kontrollü psikolojik otopsi araştırması (Altındağ vd., 2005), Denizli'de intihar ölümlerini ele alan 10 yıllık retrospektif otopsi analizi (Demir vd., 2018), Ak ve ekibinin (2009) psikolojik otopsi yöntemini ve Türkiye'deki uygulamalarını değerlendirdiği çalışması ile Dilsiz (1994) tarafından yayımlanan bir ruhsal otopsi denemesi yer almaktadır. Bunun yanı sıra, olgu sunumlarına dayalı araştırmalara da rastlanmaktadır (Eşsizozlu & Sercan, 2017).

2.3.3. Psikolojik Otopsi Yönteminin Özellikleri

Psikolojik otopsi, intiharın karmaşık ve aynı zamanda çok yönlü doğasını anlamak için değerli bir araçtır (Isometsä, 2001). Bu süreç, intihar eden kişinin yaşamını sistematik ve kapsamlı bir şekilde araştırarak psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri belirlemeyi amaçlar (Linehan vd., 1983).

Psikolojik otopsi süreci iki ana bileşenden oluşur. Bu iki bileşen; vefat eden kişinin aile bireyleri ve diğer yakın çevresiyle kapsamlı görüşmeler yapılması ve vefat eden kişi ile ilgili tüm mevcut tıbbi, psikiyatrik ve diğer ilgili belgelerin toplanmasıdır (Isometsä, 2001).

Adli soruşturmalar sırasında fiziksel kanıtlar büyük önem taşıırken, psikolojik otopsi kişinin ölümü öncesindeki ruhsal durumunu ve davranışlarını anlamaya odaklanır (Shneidman, 1994). Psikolojik otopsi sürecinde bireyin ruh hali ve davranışlarına dair bilgilerin toplanması önceliklidir. Bu yaklaşım, bireyin neden intihar ettiği, ölüm sebebi, zamanı ve seçilen ölüm şekli gibi kritik sorulara yanıt arar (Shneidman, 1981). Ölümün doğal sebepler, kaza, cinayet veya intihar gibi farklı nedenlerden kaynaklanabileceği göz önüne alındığında, şüpheli intihar

durumlarında psikolojik otopsi, diğer olasılıkları da kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlar. Bu süreçte olay yeri fotoğrafları, kişinin günlükleri, sigorta poliçeleri ve sosyal medya paylaşımları gibi farklı kaynaklardan yararlanılır (Ramsland, 2017).

Psikolojik otopsinin önemli bir boyutu, kişinin demografik bilgileri, günlük yaşamı, hobileri, sosyal ilişkileri ve stresle baş edebilme kapasitesinin değerlendirilmesidir (Shneidman ES., 1969). Özellikle son bir yıl içerisinde karşılaştığı sorunlar detaylı bir şekilde ele alınır. Psikolojik otopsinin bireyin kişilik özellikleri göz önünde bulundurularak hazırlanması gerektiğini vurgulanmıştır (Ak vd., 2009b). Aynı zamanda bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına ait bilgilere ek olarak; ailesi ve yakın çevresine ilişkin bilgiler de sürece dahil edilir. Bireyin yakınlarının zihinsel sağlık durumu, ailedeki mental bozukluk geçmişi ve bireyin öncesinde başka bir intihar girişiminde bulunup bulunmadığı gibi faktörler de dikkate alınır (Shneidman ES., 1969).

Psikolojik otopsi sürecinde bilgi toplama kaynaklarından biri de bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık geçmişi ile yakın çevresinden alınan bilgilerdir (Isometsä, 2001). Yakınların verdiği bilgiler, kişinin intihar eden bireyle olan ilişki düzeyine bağlı olarak kritik bir önem taşır. Örneğin, aynı evde yaşayan kişiler, bilgi toplama sürecinde daha değerli kaynaklar olarak görülür. Bununla birlikte, intihar eden kişinin yakınlarıyla yapılacak görüşmelerde, yas sürecinin hassasiyeti göz önünde bulundurularak dikkatli bir yaklaşım sergilenmelidir (Isometsä, 2001). Bu görüşmeler, bireyin yakınlarına yas süreci için yeterli bir süre tanındıktan sonra, ancak detayların unutulmasını önleyecek kadar erken bir dönemde, genellikle olaydan 3 ile 12 ay sonra gerçekleştirilmelidir (Clark & Horton-Deutsch, 1992; Hawton vd., 1998).

Günümüzde teknolojinin gelişimi ve sosyal medyanın geniş kullanım alanı, bireylerin dijital izlerini önemli bir bilgi kaynağı haline getirmiştir. Sosyal medya platformlarında yapılan paylaşımlar, bireylerin ruh hali ve düşüncelerine dair değerli ipuçları sağlayabilir. Bu bağlamda Aquila ve arkadaşları (2018) sosyo-mobil otopsi adı verilen yeni bir yöntemin kullanımını önermektedir.

Psikolojik otopsi, sadece şüpheli ölümleri aydınlatmakla kalmayıp, toplumda intihar riskini değerlendirmede de önemli bir araçtır (Shneidman, 1994). İlk kullanım dönemlerinde şüpheli ölümlerin araştırılmasında etkili olan bu yöntem, zamanla intihara neden olan faktörlerin analiz edilmesine odaklanmıştır (Hjelmeland vd., 2012). İntihar vakalarının

incelenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu bilgilerin intiharları önleme çalışmalarında kullanılması açısından önemlidir.

Ancak, psikolojik otopsi yönteminin bazı sınırlılıkları bulunmaktadır (Ak vd., 2009b). Araştırmacıların yanlılıkları, yöntemden elde edilen sonuçların güvenilirliği üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir (Canter, 2000). Bunun yanı sıra, görüşmecilerin önyargıları, eğitim düzeyleri, görüşme sürelerindeki farklılıklar ve kullanılan veri toplama araçlarının güvenilirliği gibi etmenler de süreci etkileyebilecek sorunlar arasındadır (Pouliot & Leo, 2006). Bu tür problemler kontrol altına alındığında, psikolojik otopsi yönteminin daha etkili bir şekilde uygulanması sağlanabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırmanın türü kesitsel retrospektif vaka-kontrol çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı; COVID-19 pandemisinin etkisiyle Konya ilinde gerçekleşen tamamlanmış intihar vakalarını psikolojik otopsi yöntemiyle incelemektir. Pandemi dönemi ile pandemi öncesindeki iki yıllık süreçte meydana gelen intihar vakaları; demografik özellikler, intihar nedenleri ve ilişkili faktörler açısından karşılaştırılacaktır. Ayrıca pandemi döneminde intihar vakalarında sayısal bir artış olup olmadığı değerlendirilecektir. Bu araştırma, pandeminin intihar üzerindeki etkilerine dair veriler sunmayı amaçlamaktadır.

Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2023/4614 karar numarasıyla onay alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya Konya ilinde 11 Mart 2020-11 Mart 2022 tarihlerinde arasında gerçekleşen 18 yaş ve üzeri tamamlanmış intihar vakaları dahil edilecek ve bu vakalar 11 Mart 2018-11 Mart 2020 tarihleri arasındaki 18 yaş ve üzeri tamamlanmış intihar vakaları ile kıyaslanacaktır.

Dahil Edilme Kriterleri

1. 18 yaş ve üzerindeki bireyler
2. 11 Mart 2018-11 Mart 2022 tarihleri arasında intihar sonucu hayatını kaybeden bireyler
3. Konya ilinde gerçekleşmiş intihar vakaları

4. Otopsi raporu, savcılık soruşturma dosyası, sağlık kayıtları gibi güvenilir kaynaklardan elde edilen verilerle doğrulanmış vakalar

Dışlama Kriterleri

1. 18 yaş altındaki bireyler
2. Konya ili dışında gerçekleşmiş intihar vakaları
3. Ölümün intihar dışında başka sebeplerden kaynaklandığı durumlar

3.3. Araştırmanın Yürütülmesi

Araştırma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Çalışma kapsamında, 11 Mart 2018-11 Mart 2020 tarihleri arasındaki pandemi öncesi dönem ile 11 Mart 2020-11 Mart 2022 tarihleri arasındaki pandemi dönemi intihar vakaları karşılaştırılmıştır. Araştırma sürecinde tamamlanmış intihar vakalarına ait demografik bilgiler, özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri, intihar ile ilişkili faktörler ve pandemi sürecinin etkilerine ilişkin kapsamlı veriler toplanmıştır.

Adli Tıp Kurumu'ndan 21589509/2024/113 sayılı karar ile bilimsel çalışma izni alınarak, alınan izin doğrultusunda, belirlenen tarih aralıklarına ait tüm otopsi kayıtlarına erişilmiştir. Bu kayıtlar arasında intihar olarak değerlendirilen veya intihar şüphesi bulunan vakalar tespit edilmiştir. Bu vakaların T.C. Konya Cumhuriyet Başsavcılığı HSK ve Bakanlık Muhabere Bürosu 35302771-B.M. 2024/15688 sayılı Dosya İnceleme İzin Tutanağı ile savcılık soruşturma dava dosyalarına ulaşılmıştır. Dava dosyalarından kişinin intihar notu, tanık ifadeleri, kişinin vefatı öncesinde kriminal incelemeler gibi bulgulara ulaşılmıştır. İntihar olarak değerlendirilen vakalara ait otopsi raporlarında kimlik tanığı olarak yer alan kişilerin iletişim bilgilerine ulaşılmış ve bu kişiler telefonla aranarak görüşme yapılmıştır. Görüşmeler sırasında, pandemi dönemine ve pandemi öncesi döneme yönelik olarak hazırlanan iki farklı sosyodemografik veri formu kullanılarak bilgiler toplanmıştır. Pandemi dönemi için hazırlanan form, ölen kişinin demografik bilgileri, özgeçmiş, soy geçmişi ve pandemi sürecinin bireyin hayatına etkilerini sorgulayan 30 soru ve 36 maddeden oluşurken, pandemi öncesi döneme yönelik form 25 soru ve 31 maddeden oluşmuştur. Ayrıca, intihar eden kişilere ait ulaşılabilen mevcut sağlık kayıtları, ölüm belgeleri ve varsa bırakılmış intihar notları detaylı şekilde incelenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu-1

Pandemi döneminde intihar eden kişilerin yakınları tarafından cevaplanan, 30 soru ve 36 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bu form, intihara yönelik detaylı bilgi edinmek amacıyla tasarlanmıştır. İntihar eden kişinin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve maddi problem yaşayıp yaşamadığı, meslek ve kiminle yaşadığı), özgeçmiş bilgileri (sağlık durumu, psikiyatrik tanılar ve tedavi geçmişi, alkol/madde kullanımı, önceki intihar girişimleri, travmatik olaylar, adli geçmiş ve ailevi sorunlar) ve soy geçmiş bilgileri (ailede psikiyatrik hastalık veya intihar öyküsü) hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Ayrıca pandemi döneminde maddi ve manevi kayıplar, COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu, uyku düzenindeki değişiklikler ve uzaktan eğitim/evden çalışma gibi etkiler değerlendirilmiştir. İntiharın gerçekleşme şekli, öncesinde intihar söylemlerinin varlığı, girişim öncesi veya sonrası yardım arama davranışı, intihar notu bırakıp bırakmadığı ve son bir ayda medikal tedavi başvuru durumu incelenmiştir.

3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu-2

Pandemi öncesi dönemde intihar eden kişilerin yakınları tarafından cevaplanan, 25 soru ve 31 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bu form, intihara yönelik detaylı bilgi toplamak amacıyla oluşturulmuştur. Form, intihar eden kişinin demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi ve maddi problem yaşayıp yaşamadığı, meslek ve kiminle yaşadığı), özgeçmiş bilgilerini (sağlık durumu, psikiyatrik tanılar, alkol/madde kullanımı, travmatik olaylar, önceki intihar girişimleri, adli olay geçmişi, ailevi sorunlar) ve soy geçmiş bilgilerini (ailede psikiyatrik hastalık veya intihar girişimi öyküsü) kapsamlı bir şekilde değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ayrıca intiharın gerçekleşme şekli, öncesinde intihar söylemlerinin varlığı, girişim öncesi veya sonrası yardım arama davranışı, intihar notu bırakıp bırakmadığı ve son bir ayda medikal tedavi başvuru durumu incelenmiştir. Bu veriler, pandemi öncesi dönemdeki tamamlanmış intiharların özelliklerini analiz ederek pandemi dönemi ile karşılaştırma yapmaya olanak sağlamıştır.

3.4.3. Otopsi Raporları

Otopsi raporlarında, incelenen vakalara ait kimlik bilgileri, kişinin olası ölüm sebepleri ve toksikolojik analizler yer almaktadır. Ek olarak, kayıt altına alınan görgü tanığı ve kimlik tanığı ifadelerinde, ölen kişiye ait özgeçmiş bilgileri, maddi ve manevi sıkıntılar, bilinen

hastalık geçmişi, intihar öncesindeki psikolojik süreçler yer almaktadır. Ayrıca kişiye ait yaş, cinsiyet gibi demografik veriler, bedensel birtakım özellikler (önceki psikopatik kesi izleri, dövme izleri, vücutta bulunan maligniteler vs.) ve intihar sonrasında başvuru hastaneye ait epikriz bilgilerine de bu raporlar aracılığı ile ulaşılabilmektedir. Otopsi raporlarında kimlik tanığı ve vefat eden kişinin yakınlarına ait telefon numaraları bulunmaktadır.

3.4.4. Savcılık Soruşturma Dosyası

Çalışma kapsamında savcılık soruşturma dosyalarından intihar vakalarını aydınlatmaya yönelik önemli bilgiler yer almaktadır. Bu dosyalarda, olayın gerçekleştiği zaman ve mekan bilgileri ile olayın nasıl gerçekleştiğine dair bilgilere yer verilmiştir. Olay mahaline ait deliller, intihar notları ve diğer materyallere ayrıntılı şekilde yer verilmektedir. Tanık ifadeleri ve birinci derece yakınlarının beyanları da dosyada yer alan bilgiler kapsamında incelenmiştir. Dosyalardan, intihar eden kişilerin adli sicil geçmişi, varsa önceki adli olaylara karışma durumları ve intihar öncesindeki psikolojik durumları ve varsa psikiyatrik hastalıklarına dair bilgiler de değerlendirilmiştir.

3.4.5. Sağlık Kayıtları

Sağlık kayıtları, intihar eden bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlık geçmişlerini değerlendirilmesinde önemli veriler sunmaktadır. Bu kayıtlar; incelenen vakalara ait kronik hastalıklar, maligniteler, tedavi süreçleri, psikiyatrik tanı ve tedavi süreçleri, psikiyatrik veya diğer nedenler ile yatış öyküleri gibi önemli verilere ulaşılmasını sağlamıştır. Ayrıca psikiyatrik veya diğer nedenler ile tedavi sürecinde aksaklık olup olmadığı, kontrollerine düzenli gidip gitmediği gibi hususların değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

3.4.6. İntihar Notları

İntihar eden kişi tarafından ölümünden önce bırakılan tüm notlar detaylı bir şekilde incelenmiştir. Bu kapsamda, kişinin el yazısıyla kâğıda yazdığı notlar, telefon üzerinden mesaj olarak gönderdiği metinler ve sosyal medya platformları aracılığıyla paylaştığı yazılı içerikler değerlendirilmiştir. İncelemelerde, intihar eden bireyin bu notlarda dile getirdiği sebepler, yaşadığı süreçler ve o anki ruh hali analiz edilmiştir. Notların içeriği, kişinin intihar kararına etki eden psikolojik, sosyal ve çevresel faktörleri anlamak için önemli bir veri kaynağı olarak kullanılmıştır. Ayrıca bu notlar; bireyin planlı bir intihar kararı alıp almadığını ya da ani bir dürtüyle hareket edip etmediğini belirlemede önemli bir veri kaynağı olmuştur. Bu doğrultuda,

kişinin son dönemine ilişkin düşünceleri, duygusal durumu ve geride kalanlara iletmek istediği mesajlar ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki kare ve Fisher exact testlerinden, sayısal değişkenlerin analizinde ise T testinden faydalanılmıştır. Tüm analizler R 4.4.2 (R Core Team, 2024) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiş, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir. Sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki kare veya Fisher exact testleri, sayısal değişkenlerin analizinde T testi kullanılmıştır. Analizler R 4.4.2 (R Core Team, 2024) programı ile yapılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sayısal Veriler:

11 Mart 2018 tarihinden 11 Mart 2022 tarihine kadar olan 4 yıllık süreçteki Konya ilindeki tüm otopsi kayıtlarına ulaşıldı. Otopsi kayıtlarında intihar olabileceğine dair şüphe taşıyan pandemi öncesi 178 vaka, pandemi sonrası ise 222 vaka tespit edildi. Bu vakalardan daha sonra yakınları tarafından intihar olmadığı beyan edilen ve savcılık dosyalarında intihar olmadığına kanaat getirilen pandemi öncesi 13 vaka ve pandemi döneminde ise 10 vaka çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca intihar sonucu öldüğü tespit edilen pandemi öncesine ait 18 yaş altı 4 vaka ve pandemi sonrasına ait 18 yaş altı 7 vaka çalışma dışı bırakıldı.

Toplamda pandemi öncesi 161 vaka ve pandemi sonrası 205 vaka çalışmaya dahil edildi. Bu vakalar içerisinde, pandemi öncesinde 7 ve pandemi döneminde ise 5 yabancı uyruklu vaka tespit edildi. Pandemi öncesi ve sonrası döneme ilişkin sayısal veriler **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

Dahil edilen vakaları toplam nüfusa oranının belirlenmesi amacı ile Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından açıklanan 2018-2019 (ortalama nüfus: 2218992) ve 2020-2021 (ortalama nüfus: 2263519) yıllarına ait Konya il nüfus verileri kullanıldı (TÜİK, 2024a). Pandemi öncesi toplam 161 vaka için yüz binde 7.26, pandemi sonrası toplam 205 vaka için yüz binde 9.06 vaka oranı hesaplandı. Pandemi döneminde, pandemi öncesine göre insidans

hızında %25'lik bir artış (IRR: 1.25, 95% CI: 1.02–1.54) gözlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0.0352$) (**Tablo 2**).

Pandemi öncesi ve pandemi dönemi 6 aylık periyodlar halinde de değerlendirildi (**Tablo 3**). Pandemi öncesi dönemde intihar vakalarının; ilk 6 ayda %22,36'sı ($n=36$), ikinci 6 ayda %24,84'ü ($n=40$), üçüncü 6 ayda %26,71'i ($n=43$), ve son 6 ayda %26,09'unun ($n=42$) gerçekleştiği görüldü. Pandemi sonrası dönemde vakaların ilk 6 ayda %24,88'i ($n=51$), ikinci 6 ayda %23,41'i ($n=48$), üçüncü 6 ayda %24,39'u ($n=50$), ve son 6 ayda %27,32'sinin ($n=56$) gerçekleşmiş olduğu görüldü. Pandemi döneminde vaka dağılımları dengeli bir şekilde devam etmiş olup, özellikle ilk ve son 6 aylık dönemlerde hafif bir artış olduğu gözlemlendi. Ancak dönemler arasında vaka sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,9$).

Tablo 1. Pandemi öncesi ve pandemi döneminde tamamlanmış intihar vakalarına ilişkin sayısal veriler

	Pandemi Öncesi (n)	Pandemi Sonrası (n)
Tespit edilen toplam vaka	178	222
Dışlanan vakalar	13	10
18 yaş altındaki vakalar	4	7
Dahil edilen toplam vaka	161	205

Tablo 2. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakalarının toplam nüfusa oranı

	Toplam vaka (n)	Vaka oranı (100.000'de)	IRR ¹ (CI ² %95)	p
Pandemi Öncesi	161	7,26		
Pandemi Dönemi	205	9,06	1.25 (1.02-1.54)	0,0352

¹IRR: Incidence Rate Ratio

²CI: Confidence Interval

Not. TÜİK tarafından aylık il bazlı nüfus sayısı verilmediği için pandemi öncesi için 2018-2019 ve pandemi dönemi için 2020-2021 seneleri Konya ilinin toplam nüfus ortalamaları alınmıştır.

Tablo 3. Pandemi öncesi ve pandemi sonrası dönemin vaka sayılarının 6 aylık dönemlere göre kıyaslanması

Zaman dilimleri	Pandemi öncesi	Pandemi sonrası	p ²
	n=161 ¹	n=205 ¹	
İlk 6 ay	36(22.36%)	51(24.88%)	>0,9
İkinci 6 ay	40(24.84%)	48(23.41%)	
Üçüncü 6 ay	43(26.71%)	50(24.39%)	
Son 6 ay	42(26.09%)	56(27.32%)	

¹n(%)

²Pearson's Chi-squared test

4.2. Sosyodemografik Veriler:

Çalışmaya dahil edilen tüm vakalar demografik özellikleri bakımından sorgulandı. Pandemi öncesi ve pandemi dönemindeki vakalar; sosyodemografik özellikleri bakımından kıyaslandı. Gruplara ilişkin sosyodemografik verilerin dağılımı **Tablo 4'** te gösterilmektedir.

Pandemi öncesi dönemdeki vakaların yaş ortalaması 39,87 ($\pm 17,01$), pandemi dönemindeki vakaların yaş ortalaması 39,74 ($\pm 16,45$) olarak bulundu. Vakaların yaş ortalamaları açısından dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($>0,9$).

Pandemi öncesi dönemdeki vakaların 121(%76,16)'i erkek ve 40 (%24,84)'ü kadın, pandemi döneminde ise vakaların 158 (%77,07)'i erkek ve 47 (%22,93)'ü kadın olarak bulundu. İstatistiksel olarak cinsiyet açısından dönemler arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,7$).

Vakalar medeni durumları açısından incelendiğinde; pandemi öncesi dönemde vakaların 76 (%53,15)'i evli, 43 (%30,07)'ü bekar ve 24 (%16,78)'ü boşanmış veya duldu. Pandemi dönemine bakıldığında ise vakaların 89 (%52,98)'ü evli, 54 (%32,14)'ü bekar, 25 (%14,88)'i ise boşanmış veya duldu. Dönemler arasında medeni durum açısından istatistiksel anlamda farklılık tespit edilmedi ($p=0,9$). Vakaların çocuk sayısı değerlendirildiğinde pandemi öncesi dönem için çocuk sayısı ortalaması 1.60 ($\pm 1,62$), pandemi dönemindeki vakaların çocuk sayısı ortalaması 1,56 ($\pm 1,68$), olarak kaydedildi. Dönemler arasında, çocuk sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,8$).

Vakaları kaç kardeş olduklarına göre değerlendirildiğinde, pandemi öncesi dönemde ortalama 4,01 ($\pm 1,94$), pandemi döneminde ise 4,17 ($\pm 1,85$) kardeş oldukları görüldü. Vakaların kardeş sayısı açısından dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,5$).

Tablo 4. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki intihar vakalarının sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Pandemi öncesi	Pandemi dönemi	p ²
	N: 161 ¹	N: 205 ¹	
Yaş (yıl) (medyan)	39.87±17.01	39.74±16.45	>0.9
Cinsiyet			0.7
Erkek	121(75.16%)	158(77.07%)	
Kadın	40(24.84%)	47(22.93%)	
Medeni durum			0.9
Evli	76(53.15%)	89(52.98%)	
Bekar	43(30.07%)	54(32.14%)	
Dul	24(16.78%)	25(14.88%)	
Çocuk sayısı (medyan)	1.60±1.62	1.56±1.68	0.8
Kaç kardeş olduğu (medyan)	4.01±1.94	4.17±1.85	0.5
Öğrenim durumu			0.001
İlköğretim mezunu	69(55.65%)	85(61.15%)	
Lise mezunu	51(41.13%)	35(25.18%)	
Üniversite mezunu	4(3.23%)	19(13.67%)	
Meslek			0.4
İşçi	29(22.31%)	23(15.97%)	
Serbest meslek	24(18.46%)	31(21.53%)	
Memur	8(6.15%)	15(10.42%)	
Emekli	14(10.77%)	19(13.19%)	
Çalışmıyor	55(42.31%)	56(38.89%)	
Kiminle yaşadığı			0.5
Yalnız	27(21.60%)	38(26.39%)	
Ailesi ile	90(72.00%)	100(69.44%)	
Arkadaş/diğer	8(6.40%)	6(4.17%)	
Gelir durumu			>0.9
Zayıf	42(34.15%)	45(32.61%)	
Orta	69(56.10%)	79(57.25%)	
İyi	12(9.76%)	14(10.14%)	

¹n (%), mean ±SD²Pearson's Chi-squared test; Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test

Pandemi öncesi ve pandemi dönemindeki vakalar öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde pandemi öncesi dönemde vakaların 69'u (%55,65) ilköğretim mezunu, 51'i (%41,13) lise mezunu ve 4'ü (%3,23) üniversite mezunu olarak kaydedildi. Pandemi döneminde ise, ilköğretim mezunlarının oranı %61,15'e (n=85) yükselirken, lise mezunlarının oranı %25,18'e (n=35) düştü ve üniversite mezunlarının oranı %13,67'ye (n=19) yükseldi. Dönemler arasında öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görüldü (p=0,001).

Tüm vakalar meslek grupları açısından işçi, serbest meslek, memur, emekli ve çalışmıyor şeklinde 5 kategoriye ayrıldı; öğrenci ve ev hanımı olan vakalar çalışmıyor grubu içerisine dahil edildi (pandemi öncesi ev hanımı n:17 öğrenci n:10 ve pandemi sonrası ev

hanımı n:17 ve öğrenci n:6). Pandemi öncesindeki vakaların 29 (%22,31)'u işçi, 24'ü (%18,46) serbest meslek, 8 (%6,15)'i memur, 14'ü (%10,77) ü emekli ve 55 (%42,31)'i çalışmıyor iken pandemi dönemindeki vakaların 23 (%15,97)'ü işçi, 31 (%21,53)'i serbest meslek, 15 (%10,42)'i memur, 19 (%13,19)'ü emekli ve 56 (38,89)'si çalışmıyor olarak kaydedildi. Dönemler arasında meslek grupları açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,4).

Vakaların vefatı öncesinde birlikte yaşadığı kişiler yalnız, aile ve arkadaş/diğer alt başlıkları şeklinde kategorize edildi. Pandemi öncesi dönemde vakaların 27 (%21,6)'si yalnız, 90 (%72)'i ailesi ile ve 8 (%6,4)'i arkadaş/diğer kişiler ile birlikte yaşıyor iken, pandemi dönemindeki vakaların 38 (%26,39)'i yalnız, 100 (%69,44)'ü ailesi ile, 6 (%4,17)'si arkadaş/diğer kişiler ile yaşıyor şeklinde kaydedildi. Dönemler arasında, istatistiksel olarak vefat öncesi birlikte yaşadığı kişiler açısından fark saptanmadı (p=0,5).

Tamamlanmış intihar vakaları, ekonomik durumlarını değerlendirmek amacıyla gelir düzeyleri zayıf, orta ve iyi olmak üzere üç ana kategoriye ayrıldı. Gelir gruplarının belirlenmesinde, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması sonuçlarına göre, kişinin intiharının gerçekleştiği yıla ait Türkiye'de yıllık ortalama eşdeğer hane halkı kullanılabilir fert gelirine (medyan gelir) göre yapıldı. Bu kapsamda, medyan gelirin %50'sinden az gelir elde eden bireyler düşük-zayıf gelir grubu, medyan gelirin %50'si ile %150'si arasında gelir elde eden bireyler orta gelir grubu ve medyan gelirin %150'sinden fazla gelir elde eden bireyler iyi gelir grubu içerisinde değerlendirildi. Çalışmayı ailesi ile yaşayan kişilerin gelir durumu bilgisi; hane halkından gelir getiren kişinin kazancına göre atandı. Pandemi öncesi dönemdeki vakaların 42 (%34,15)'si zayıf, 69 (%56,10)'ü orta, 12 (%9,76)'si iyi gelir grubu içerisinde değerlendirilirken; pandemi dönemindeki vakaların 45 (%32,61)'i zayıf, 79 (%57,25)'ü orta ve 14 (%10,14)'ü iyi gelir grubu içerisinde değerlendirildi. İstatistiksel olarak dönemler arasında gelir dağılımları açısından anlamlı fark saptanmadı (p >0,9).

Gelir durumuna ek olarak kişilerin herhangi bir kişi/kişilere ya da herhangi bir kuruma aylık sabit gelir düzeyinin üzerinde borcu bulunup bulunmadığı da sorgulandı. Vakaların kumar oynama kaynaklı borcu olup olmadığı da ayrıca sorgulandı (**Tablo 5**). Pandemi öncesi dönemde vakaların 93'ünün (%73,23) borcu bulunmazken, 34'ünün (%26,77) borcu olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, borcu olmayan bireylerin oranı %66,43'e (n=95) düşerken, borcu

olanların oranı %33,57'ye (n=48) yükseldi. Genel borç durumları açısından vakalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,2).

Tablo 5. Pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminin borç ve kumar ilişkisi açısından karşılaştırılması.

Değişkenler	Pandemi öncesi		Pandemi dönemi		p ²
	n: 161 ¹		n: 205 ¹		
Borç durumu					0.2
Yok	93(73.23%)		95(66.43%)		
Var	34(26.77%)		48(33.57%)		
Kumar kaynaklı borç					0.006
Yok	122(99.19%)		126(91.97%)		
Var	1(0.81%)		11(8.03%)		

¹n (%),

²Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Tablo 6. Borçluluk durumu ile gelir durumunun kıyaslanması.

Değişken	Pandemi öncesi				Pandemi dönemi			
	Zayıf ¹	Orta ¹	İyi ¹	p-value ²	Zayıf ¹	Orta ¹	İyi ¹	p-value ²
Borçluluk	0.4				0.059			
Yok	28 (68.29%)	54 (78.26%)	8 (66.67%)		34 (75.56%)	47 (59.49%)	12 (85.71%)	
Var	13 (31.71%)	15 (21.74%)	4 (33.33%)		11 (24.44%)	32 (40.51%)	2 (14.29%)	
Bilinmiyor	1	0	0					

¹n (%)

²Fisher's exact test

Pandemi öncesi dönemde vakaların 122'sinin (%99,19) kumar kaynaklı borcu bulunmazken, yalnızca 1'inin (%0,81) kumar kaynaklı borcu olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, kumar kaynaklı borcu olmayan bireylerin oranı %91,97'ye (n=126) düşerken, borcu olanların oranı %8,03'e (n=11) yükseldi. Dönemler arasından kumar kaynaklı borç durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,006). Her iki dönemdeki toplam 12 kumar oyunu kaynaklı borcun çevrimiçi platformlar aracılığı ile yapıldığı tespit edildi.

Ayrıca borç durumunun gelir durumu ile ilişkisi de pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminde ayrı ayrı incelendi (**Tablo 6**). Pandemi öncesi dönemde zayıf gelir düzeyindeki bireylerin %68,29'u (n=28) borçsuzken, %31,71'i (n=13) borçluydu. Orta gelir düzeyindeki bireylerin %78,26'sı (n=54) borçsuz, %21,74'ü (n=15) borçluydu. İyi gelir düzeyindeki bireylerin %66,67'si (n=8) borçsuzken, %33,33'ü (n=4) borçluydu. Pandemi döneminde ise

zayıf gelir düzeyindeki bireylerin %75,56'sı (n=34) borçsuz, %24,44'ü (n=11) borçluydu. Orta gelir düzeyindeki bireylerin %59,49'u (n=47) borçsuzken, %40,51'i (n=32) borçluydu. İyi gelir düzeyindeki bireylerin %85,71'i (n=12) borçsuz, %14,29'u (n=2) borçluydu. Orta gelir düzeyinde pandemi döneminde borç oranı artarken, zayıf gelir düzeyinde azalma, iyi gelir düzeyinde ise borç oranında düşüş görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, (pandemi öncesi p=0,4; pandemi dönemi p=0,059) pandemi döneminde orta gelir düzeyindeki borçlanma artışı dikkat çekiciydi.

4.3. Özgeçmiş ve Soy geçmiş Özellikleri, Alışkanlıkları, İlişki Problemleri:

Pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminde tamamlanmış intihar vakaları, özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri, alışkanlıkları, geçmiş adli olay ve travma öyküsü gibi özellikler açısından karşılaştırıldı (**Tablo 7**).

Vakaların ek hastalık öyküleri dört ana kategoride değerlendirildi; ek hastalığı bulunmayanlar, kronik hastalığı olanlar (örneğin, hipertansiyon, diyabet gibi), nörolojik hastalığı olanlar (örneğin, epilepsi, Parkinson hastalığı gibi) ve malignite öyküsü bulunanlar (kanser tanısı almış ya da tedavi görmüş vakalar). Pandemi öncesi dönemde, vakaların 86'sında (%66,67) ek hastalık öyküsü bulunmazken, 26'sının (%20,16) kronik hastalık, 12'sinin (%9,30) Nörolojik hastalık ve 5'inin (%3,88) malignite öyküsü olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, ek hastalık öyküsü olmayan bireylerin sayısı 104 (%73,24), kronik hastalığı olan vaka sayısı 21 (%14,79), nörolojik hastalık 10 (%7,04) ve malignitesi olan vaka sayısı 7 (%4,93) olarak belirlendi. Her iki dönem arasında ek hastalığa sahip olma açısından fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,5).

Vakalar geçmiş ameliyat öyküsü açısından değerlendirildiğinde; pandemi öncesi dönemde, vakaların 91'inin (%72,80) ameliyat öyküsü bulunmazken, 34'ünün (%27,20) ameliyat öyküsü olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, ameliyat öyküsü olmayan bireylerin sayısı 99 (%72,26), ameliyat öyküsü olanların sayısı ise 38 (%27,74) olarak belirlendi. Her iki dönem arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,9).

Vakaların sigara, alkol ve madde kullanım öyküleri değerlendirildi ve sadece sigara kullananlar, sigara ve alkol kullananlar, sigara, alkol ve madde kullananlar şeklinde 3 kategoriye ayrıldı. Pandemi öncesi dönemde, vakaların 54'ünün (%43,55) herhangi bir alışkanlığı bulunmazken, 34'ünün (%27,42) sadece sigara kullandığı, 27'sinin (%21,77) hem

alkol hem de sigara kullandığı ve 9'unun (%7,26) alkol, sigara ve madde kullanımını birlikte gerçekleştirdiği kaydedildi.

Tablo 7. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların özgeçmiş ve soy geçmiş özellikleri açısından karşılaştırılması.

Değişkenler	Pandemi öncesi	Pandemi dönemi	p ²
	n: 161 ¹	n: 205 ¹	
Ek hastalık öyküsü			0.5
Yok	86(66.67%)	104(73.24%)	
Kronik hastalık	26(20.16%)	21(14.79%)	
Nörolojik hastalık	12(9.30%)	10(7.04%)	
Malignite	5(3.88%)	7(4.93%)	
Ameliyat öyküsü			>0.9
Yok	91(72.80%)	99(72.26%)	
Var	34(27.20%)	38(27.74%)	
Alışkanlıklar			0.4
Yok	54(43.55%)	52(36.36%)	
Sigara	34(27.42%)	42(29.37%)	
Alkol ve sigara	27(21.77%)	31(21.68%)	
Alkol, sigara ve madde	9(7.26%)	18(12.59%)	
Evlilik/ ilişki sorunu			0.6
Yok	78(61.42%)	86(58.11%)	
Var	49(38.58%)	62(41.89%)	
Adli olay öyküsü			0.7
Yok	104(%84.55)	137(%82.48)	
Var	19(15.45%)	24(17.52%)	
Travmatik olay öyküsü			0.6
Yok	100(80.65%)	115(83.33%)	
Var	24(19.35%)	23(16.67%)	
İntihara şahitlik öyküsü			0.3
Yok	114(92.68%)	122(89.05%)	
Var	9(7.32%)	15(10.95%)	
Ailede psikiyatrik hast.			0.7
Yok	100(81.30%)	114(83.21%)	
Var	23(18.70%)	23(16.79%)	
Ailede intihar öyküsü			0.3
Yok	116(95.08%)	126(91.97%)	
Var	6(4.92%)	11(8.03%)	

¹n (%)

²Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Pandemi döneminde ise, alışkanlığı olmayan bireylerin sayısı 52 (%36,36), sadece sigara kullananların sayısı 42 (%29,37), hem alkol hem de sigara kullananların sayısı 31 (%21,68) ve alkol, sigara ve madde kullananların sayısı 18 (%12,59) olarak belirlendi. Dönemler arasında alışkanlıklar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,4).

Pandemi öncesi dönemde, vakaların 78'inin (%61,42) evlilik veya ilişki sorunu bulunmazken, 49'unun (%38,58) evlilik veya ilişki sorunu yaşadığı kaydedildi. Pandemi

döneminde ise, evlilik veya ilişki sorunu olmayan bireylerin sayısı 86 (%58,11), sorunu olanların sayısı ise 62 (%41,89) olarak belirlendi. Dönemler arasında evlilik/ilişki sorunları açısından anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p=0,6$). Ayrıca evlilik/ ilişki sorunu yaşama ve cinsiyet arasında ilişki olup olmadığı da değerlendirildi (**Tablo 8**). Pandemi öncesi dönemde erkek bireylerin %62,37'sinde ($n=58$) evlilik veya ilişki sorunu bulunmazken, %37,63'ünde ($n=35$) bu sorunların olduğu kaydedildi. Kadın bireylerde ise %58,82'sinde ($n=20$) evlilik veya ilişki sorunu bulunmazken, %41,18'inde ($n=14$) sorun olduğu görüldü. Cinsiyet açısından pandemi öncesinde evlilik/ilişki sorunu bulunma oranları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,7$). Pandemi sonrası dönemde erkek bireylerin %60,17'sinde ($n=71$) evlilik veya ilişki sorunu bulunmazken, %39,83'ünde ($n=47$) bu sorunların olduğu kaydedildi. Kadın bireylerde ise %50,00'inde ($n=15$) evlilik veya ilişki sorunu bulunmazken, diğer %50,00'inde ($n=15$) sorun olduğu görüldü. Pandemi sonrası da evlilik/ilişki sorunu yaşama ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,3$). Pandemi öncesi ve sonrası dönemde evlilik/ilişki sorunları erkeklerde daha düşük, kadınlarda daha yüksek bir oranda kaydedilmiş olsa da cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Tablo 8. Evlilik veya ilişki sorunlarının cinsiyet açısından karşılaştırılması.

Değişken	Pandemi öncesi			Pandemi sonrası		
	Erkek ¹	Kadın ¹	<i>p-value</i> ²	Erkek ¹	Kadın ¹	<i>p-value</i> ²
Evlilik/ilişki sorunu			0.7			0.3
Yok	58(62.37%)	20(58.82%)		71(60.17%)	15(50.00%)	
Var	35(37.63%)	14(41.18%)		47(39.83%)	15(50.00%)	
Bilinmiyor	28	6		40	17	

¹n (%)

²Pearson's Chi-squared test

Dahil edilen vakaların daha önce travmatik bir olay yaşayıp yaşamadıkları değerlendirildi. Travmatik olaylar; büyük kazalar, doğal afetler, istismar veya benzeri ciddi yaşam olayları olarak tanımlandı. Pandemi öncesi dönemde, vakaların 100'ününün (%80,65) travmatik olay öyküsü bulunmazken, 24'ününün (%19,35) travmatik bir olay yaşadığı kaydedildi. Pandemi döneminde ise, travmatik olay öyküsü olmayan bireylerin sayısı 115 (%83,33), travmatik olay yaşayanların sayısı ise 23 (%16,67) olarak belirlendi. Dönemler arasında travmatik olay öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,6$). Çalışmaya dahil edilen vakalar, yaşamlarında daha önce bir intihara şahitlik edip etmedikleri açısından da değerlendirildi. Pandemi öncesi dönemde, vakaların 114'ününün (%92,68) intihara şahitlik öyküsü bulunmazken, 9'unun (%7,32) intihara şahit olduğu kaydedildi. Pandemi

döneminde ise, intihara şahitlik öyküsü olmayan bireylerin sayısı 122 (%89,05), intihara şahitlik öyküsü olanların sayısı ise 15 (%10,95) olarak belirlendi. Dönemler arasında intihara şahitlik öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,3$).

İntihar vakalarının soy geçmiş özellikleri de dönemler arasında kıyaslandı. Pandemi öncesi dönemde, vakaların 100'ünün (%81,30) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmazken, 23'ünün (%18,70) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerin sayısı 114 (%83,21), öyküsü olanların sayısı ise 23 (%16,79) olarak belirlendi. Pandemi öncesi dönemde, vakaların 116'sının (%95,08) ailede intihar öyküsü bulunmazken, 6'sının (%4,92) ailede intihar öyküsü olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, ailede intihar öyküsü olmayan vakaların sayısı 126 (%91,97), öyküsü olanların sayısı ise 11 (%8,03) olarak belirlendi. Dönemler arasında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede intihar öyküsü açısından anlamlı fark saptanmadı ($p=0,7$ ve $p=0,3$).

4.4. Psikiyatrik Hastalıklar ve Önceki İntihar Girişimleri

Çalışmaya dahil edilen tüm vakalar, psikiyatrik hastalık öyküsü değerlendirildi (**Tablo 9**). Çalışma kapsamında incelenen intihar vakalarının bir kısmında bireylerin daha önce bir psikiyatri kliniğine başvurmuş olduğu ve kendilerine resmi bir psikiyatrik tanı konduğu tespit edildi. Ancak incelenen intihar notları ve yakınları tarafından psikiyatrik problemleri olduğu ifade edilen bazı intihar vakalarında bireylerin yaşamları boyunca herhangi bir psikiyatri başvurusunun veya tedavi sürecinin bulunmadığı saptandı. Bu vakaların, DSM-5 tanı kriterlerine dayanarak psikiyatrik tanıları tespit edildi. Tespit edilen psikiyatrik hastalıklar duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve diğer psikiyatrik hastalıklar olarak 5 kategoriye ayrıldı.

Alkol ve/veya madde kullanım öyküsü bulunan ve daha önce bu nedenle psikiyatri başvurusu olmayan tüm bireyler, alkol-madde kullanım bozukluğu açısından değerlendirildi. Bu süreçte, DSM-5 tanı kriterlerine uygun olarak yapılan değerlendirme sonucunda tanı kriterlerini karşılayan bireyler, "Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları" tanısı içerisinde değerlendirildi.

Ayrıca, yakınları tarafından kumar oynama alışkanlığı bulunduğu ifade edilen vakalar, DSM-5 kriterleri doğrultusunda değerlendirildi "Kumar Oynama Bozukluğu" tanı kriterlerini

karşılayan vakalar, DSM-5'e göre kumar oynama bozukluğu davranışsal bir bağımlılık olarak ele alındığından, "Madde ile İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları" tanısı alan bireyler arasında değerlendirildi.

Vakaların toplam psikiyatrik hastalıkları değerlendirildiğinde; Pandemi öncesi dönemde, vakaların 56'sında (%44,44) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmazken, 70'inde (%55,56) psikiyatrik hastalık olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan bireylerin sayısı 47 (%32,64), öyküsü olanların sayısı ise 97 (%67,36) olarak belirlendi. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p=0,046$).

Pandemi öncesi dönemde vakalarda en sık görülen psikiyatrik hastalık türü duygudurum bozuklukları (%29,13; $n=37$) olurken, bunu psikotik bozukluklar (%8,66; $n=11$), anksiyete bozuklukları (%5,51; $n=7$), bağımlılık bozuklukları (alkol, madde, kumar) (%5,51; $n=7$) ve diğer psikiyatrik hastalıklar (%7,09; $n=9$) takip etti. Pandemi döneminde ise duygudurum bozukluklarının oranı (%34,64; $n=53$) artış gösterirken bağımlılık bozuklukları (alkol, madde, kumar) da belirgin şekilde yükselerek (%17,65; $n=27$) ikinci sıraya yerleşti. Psikotik bozukluklar (%6,54; $n=10$), anksiyete bozuklukları (%4,58; $n=7$) ve diğer psikiyatrik hastalıklar (%5,88; $n=9$) oran olarak pandemi öncesi döneme benzer seviyelerde kaldı. Bu farklar genel olarak istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,022$).

Vakaların psikiyatrik hastalık süreleri ay cinsinden hesaplanarak değerlendirildi. Psikiyatrik hastalık süresi açısından, pandemi öncesi dönemde hastalık süresi ortalama 36,14 ($\pm 46,67$) ay olarak belirlenirken, pandemi döneminde bu süre ortalama 29,02 ($\pm 32,25$) ay olarak kaydedildi. Dönemler arasında psikiyatrik hastalık süresi açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,3$).

Vakalar psikiyatrik tedavi alma durumlarına göre; psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve tedavi almayan, psikiyatrik hastalığı bulunan ancak daha önce hiç tedavi almamış olanlar, daha önce tedavi almış ancak son 6 aydır düzenli tedavi almayanlar ve düzenli tedavi alanlar şeklinde 4 kategoriye ayrıldı. Psikiyatrik hastalık tedavi durumları açısından, pandemi öncesi dönemde vakaların 56'sında (%44,09) hastalık yok ve tedaviye ihtiyaç yokken, 17'sinin (%13,39) hastalık mevcut olmasına rağmen hiç tedavi almadığı, 27'sinin (%21,26) hastalık mevcut olup son 6 aydır düzenli tedavi almadığı ve 27'sinin (%21,26) düzenli tedavi aldığı görüldü.

Tablo 9. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların psikiyatrik hastalıklar ve tedavi geçmişi açısından karşılaştırılması.

Değişkenler	Pandemi öncesi <i>n: 161¹</i>	Pandemi dönemi <i>n: 205¹</i>	p²
Psikiyatrik hastalık (toplam)			0.046
Yok	56(44.44%)	47(32.64%)	
Var	70(55.56%)	97(67.36%)	
Psikiyatrik hastalık			0.022
Yok	56(44.09%)	47(30.72%)	
Duygudurum bzk.	37(29.13%)	53(34.64%)	
Anksiyete bzk.	7(5.51%)	7(4.58%)	
Psikotik bzk.	11(8.66%)	10(6.54%)	
Madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları	7(5.51%)	27(17.65%)	
Diğer psikiyatrik hast.	9(7.09%)	9(5.88%)	
Psikiyatrik hastalık süre/ay	36.14±46.67	29.02±32.25	0.3
Psikiyatrik hastalık tedavi/kontrol durumu			0.008
Hastalık yok; ted. yok	56(44.09%)	47(31.97%)	
Hastalık +; hiç ted. yok	17(13.39%)	42(28.57%)	
Hastalık +, son 6 aydır tedavi yok	27(21.26%)	22(14.97%)	
Hastalık +, düzenli tedavi var	27(21.26%)	36(24.49%)	
Psikiyatrik yatış öyküsü			0.046
Hastalık yok, yatış yok	56(44.44%)	47(32.41%)	
Hastalık var; yatış yok	56(44.44%)	66(45.52%)	
Hastalık var; 1 kez yatış	11(8.73%)	21(14.48%)	
Hastalık var, >1 yatış	3(2.38%)	11(7.59%)	
Son 1 ay tedavi başvurusu			0.4
Yok	88(71.54%)	91(66.42%)	
Var	35(28.46%)	46(33.58%)	

¹n (%), Mean ± SD

²Pearson's Chi-squared test; Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test

Pandemi döneminde ise, hastalık bulunmayan ve tedavi almayan bireylerin oranı %31,97 (n=47) olarak düşüş gösterdiği, hastalık olup hiç tedavi almayan bireylerin oranı %28,57'ye (n=42) yükseldiği görüldü. Ayrıca, son 6 ayda tedavi görmeyen bireylerin oranı %14,97'ye (n=22) gerileyerek, düzenli tedavi alanların oranının ise %24,49'a (n=36) çıktığı sonucuna ulaşıldı. Tedavi durumlarındaki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildi (p=0,008).

Psikiyatrik yatış öyküsü açısından, pandemi öncesi dönemde vakaların 56'sında (%44,44) hastalık ve yatış öyküsü bulunmazken, 56'sında (%44,44) hastalık mevcut ancak yatış öyküsü yoktu. Bir kez yatış yapan bireylerin oranı %8,73 (n=11), birden fazla yatış yapanların

oranı ise %2,38 (n=3) olarak belirlendi. Pandemi döneminde, hastalık ve yatış öyküsü olmayan bireylerin oranı %32,41'e (n=47) düşerken, hastalık olup yatış yapmayanların oranı %45,52'ye (n=66) yükseldi. Bir kez yatış yapanların oranı %14,48'e (n=21), birden fazla yatış yapanların oranı ise %7,59'a (n=11) çıktı. Dönemler arasındaki bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,046).

Son 1 aydaki psikiyatrik tedavi açısından başvuru durumları incelendiğinde ise; Pandemi öncesi dönemde vakaların %71,54'ü (n=88) son 1 ay içinde tedavi başvurusunda bulunmamışken, %28,46'sı (n=35) tedavi başvurusunda bulunduğu görüldü. Pandemi döneminde ise, tedavi başvurusu olmayan bireylerin oranı %66,42'ye (n=91) düşerken, başvuru yapanların oranının %33,58'e (n=46) yükseldiği tespit edildi. Dönemler arasında son 1 ayda tedavi başvurusu açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p=0,4).

Çalışmaya dahil edilen vakaların önceki intihar girişim öyküleri incelendiğinde ise pandemi öncesi dönemde vakaların 101'inin (%80,80) geçmiş intihar girişimi bulunmazken, 19'unun (%15,20) bir kez intihar girişiminde bulunduğu ve 5'inin (%4) birden fazla intihar girişimi olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, intihar girişimi olmayan bireylerin oranı %78,87 (n=112), bir kez intihar girişimi olanların oranı %15,49 (n=22) ve birden fazla girişimi olanların oranı %5,63 (n=8) olarak belirlendi. Dönemler arasında geçmiş intihar girişim sayısının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görüldü (p=0,8).

Vakaların geçmiş intihar girişimleri kullandıkları yöntemlere göre değerlendirildiğinde şiddet içermeyen yöntemler (kimyasal yöntemler) ve şiddet içeren yöntemler (ateşli silah, kesici delici alet, yüksekten atlama, ası) olarak kategorize edildi. Pandemi öncesi dönemde, vakaların 101'inde (%80,80) intihar girişimi bulunmazken, 11'inde (%8,80) şiddet içermeyen yöntemler ve 13'ünde (%10,40) şiddet içeren yöntemler kullanıldığı kaydedildi.

Pandemi döneminde ise, intihar girişimi bulunmayan bireylerin oranı %80,14 (n=113), şiddet içermeyen yöntem kullananların oranı %12,06 (n=17) ve şiddet içeren yöntem kullananların oranı %7,80 (n=11) olarak belirlendi. Dönemler arasında geçmiş intihar girişim yöntemleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p=0,6). Vakaların geçmiş intihar girişimleri açısından karşılaştırılması **Tablo 10**'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların geçmiş intihar girişimleri açısından karşılaştırılması.

Değişkenler	Pandemi öncesi	Pandemi dönemi	p ²
	n: 161 ¹	n: 205 ¹	
Önceki intihar girişim sayısı			0.8
Yok	101(80.80%)	112(78.87%)	
1 kez	19(15.20%)	22(15.49%)	
>1 kez	5(4.00%)	8(5.63%)	
Önceki intihar girişim şekli			0.6
Yok	101(80.80%)	113(80.14%)	
Şiddet içermeyen	11(8.80%)	17(12.06%)	
Şiddet içeren	13(10.40%)	11(7.80%)	

¹n (%),

²Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

4.5. İntihar Özellikleri:

Kullanılan intihar yöntemleri; ası, ateşli silah kullanımı, yüksekten atlama, kimyasal yöntem (ilaç veya kimyasal madde kullanımı, kimyasal gaz maruziyeti) kullanım ve kesici-delici alet kullanımı olmak üzere 5 kategoriye ayrılmıştır. Pandemi öncesi dönemde vakaların 90'ı (%55,90) ası, 38'i (%23,60) ateşli silah, 22'si (%13,66) yüksekten atlama, 11'i (%6,83) kimyasal yöntem kullanırken hiçbir vakanın (%0,00) kesici-delici alet kullanmadığı tespit edildi. Pandemi döneminde ise, intihar yöntemleri 90 vaka (%43,90) ası, 65 vaka (%31,71) ateşli silah, 36 vaka (%17,56) yüksekten atlama, 10 vaka (%4,88) kimyasal yöntem ve 4 vaka (%1,95) kesici-delici alet olarak kaydedilmiştir.

Dönemler arasında intihar yöntemi açısından anlamlı bir fark tespit edilmemesine (p=0,052) rağmen, ateşli silah kullanımı pandemi döneminde büyük bir artış göstermiştir.

Vakaların son 1 aydır intihar söylemlerinin olup olmadığı değerlendirildi. Pandemi öncesi dönemde vakaların 90'ının (%72) intihar söylemi bulunmazken, 35'inin (%28) intihar söylemi olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, intihar söylemi olmayan bireylerin oranı %65,28'e (n=94) düşerken, söylemi olanların oranı %34,72'ye (n=50) yükseldi. Dönemler arasında intihar söylemi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,2).

Çalışmada, vakaların intihar eyleminin hemen öncesinde veya intihar eyleminde bulunduktan sonra yardım arama davranışları değerlendirildi. Yardım arama davranışı yakınlarına haber verme ve/veya sağlık kuruluşlarından yardım talep etme şeklinde tanımlandı.

Tablo 11. Pandemi öncesi dönem ve pandemi dönemindeki vakaların intihar özellikleri.

Değişkenler	Pandemi öncesi	Pandemi dönemi	p ²
	n: 161 ¹	n: 205 ¹	
İntihar yöntemi			0.052
Ası	90(55.90%)	90(43.90%)	
Ateşli silah	38(23.60%)	65(31.71%)	
Yüksekten atlama	22(13.66%)	36(17.56%)	
Kimyasal yöntem	11(6.83%)	10(4.88%)	
Kesici delici alet	0(0.00%)	4(1.95%)	
İntihar söylemi/planı			0.2
Yok	90(72.00%)	94(65.28%)	
Var	35(28.00%)	50(34.72%)	
Yardım arama			0.029
Yok	105(85.37%)	131(93.57%)	
Var	18(14.63%)	9(6.43%)	
İntihar notu			0.4
Yok	97(78.23%)	102(73.91%)	
Var	27(21.77%)	36(26.09%)	

¹n(%)

²Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Pandemi öncesi dönemde vakaların 105'inin (%85,37) intihar girişimi öncesinde yardım aramadığı, 18'inin (%14,63) ise yardım aradığı kaydedildi. Pandemi döneminde ise, yardım aramayan bireylerin oranı %93,57'ye (n=131) yükselirken, yardım arayanların oranının %6,43'e (n=9) düştüğü görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,029).

Vakaların intihar öncesinde, not bırakıp bırakmadıkları değerlendirildi. Pandemi öncesi dönemde vakaların 97'sinde (%78,23) intihar notu bulunmazken, 27'sinde (%21,77) intihar notu olduğu kaydedildi. Pandemi döneminde ise, intihar notu olmayan bireylerin oranı %73,91'e (n=102) düşerken, intihar notu olanların oranı %26,09'a (n=36) yükseldi. Dönemler arasında intihar notu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,4). Dönemler arasındaki intihar özellikleri açısından farklar **Tablo 11**'de özetlenmiştir.

4.6. Pandemi Dönemi:

Pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakaları, yaşanan maddi kayıplar, yakın kaybı, COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu, uyku düzeninde bozulma ve uzaktan eğitim/evden çalışmaya geçiş açısından değerlendirildi (**Tablo 12**).

Pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakalarının %55,07'sinde (n=76) maddi kayıp yaşanmazken, %44,93'ünde (n=62) maddi kayıp yaşadığı tespit edildi. Maddi kayıp yaşayan vakalar yaş, cinsiyet, medeni durum, psikiyatrik hastalık geçmişi, borç durumu ve gelir durumu açısından ayrı ayrı değerlendirildi (**Tablo 13**).

Tablo 12. Pandemi dönemindeki vakaların pandemi ile ilişkili değişiklikler ile ilişkisi.

Değişkenler	Vaka sayısı	Vaka oranı
	n: 205	%
Maddi kayıp		
Yok	76	55.07
Var	62	44.93
Yakın kaybı		
Yok	111	81.02
Var	26	18.98
COVID-19 enfeksiyonu		
Geçirmedi	91	65.47
Geçirdi, yatış yok	41	29.50
Geçirdi; yatış var	7	5.04
Uyku düzeni değişikliği		
Yok	59	43.07
Var	78	56.93
Uzaktan eğitim/çalışma		
Yok	120	87.59
Var	17	12.41

Maddi kayıp yaşamayan bireylerin yaş ortalaması $42,78 \pm 18,96$ yıl iken, maddi kayıp yaşayan bireylerin yaş ortalaması $37,68 \pm 12,28$ yıl olarak kaydedilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,059$), ancak maddi kayıp yaşayan bireylerin yaşça daha genç olduğu görüldü. Maddi kayıp yaşamayan bireylerin %65,79'u ($n=50$) erkek, %34,21'i ($n=26$) kadın iken, maddi kayıp yaşayan bireylerin %95,16'sı ($n=59$) erkek ve %4,84'ü ($n=3$) kadındı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$) ve erkeklerin maddi kayıplardan daha fazla etkilendiği görüldü.

Maddi kayıp yaşamayan bireylerin %47,37'si ($n=36$) evli, %30,26'sı ($n=23$) bekar ve %22,37'si ($n=17$) dul iken, maddi kayıp yaşayan bireylerde bu oranlar sırasıyla %54,10 ($n=33$), %34,43 ($n=21$) ve %11,48 ($n=7$) olarak kaydedildi. Pandemi dönemindeki maddi kayıp ve vakaların medeni durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,2$).

Maddi kayıp yaşamayan bireylerin %97,37'sinde ($n=74$) borç bulunmazken, %2,63'ünde ($n=2$) borç olduğu görüldü. Maddi kayıp yaşayan bireylerin ise %31,15'inin ($n=19$) borcu yokken, %68,85'inin ($n=42$) borçlu olduğu görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$), maddi kayıp yaşayan bireylerde borç oranının çok daha yüksek olduğu tespit edildi.

Maddi kayıp yaşamayan bireylerin %27,63'ü ($n=21$) düşük gelirli, %57,89'u ($n=44$) orta gelirli ve %14,47'si ($n=11$) yüksek gelirli iken, maddi kayıp yaşayan bireylerde bu oranlar

sırasıyla %36,67 (n=22), %58,33 (n=35) ve %5,00 (n=3) olarak kaydedildi. Maddi kayıp yaşama ile gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,2). Maddi kayıp yaşamayan bireylerin %25,00'ında (n=19) psikiyatrik hastalık bulunmazken, %75,00'ında (n=57) psikiyatrik hastalık olduğu belirlendi. Maddi kayıp yaşayan bireylerde ise, psikiyatrik hastalık bulunmayanların oranı %37,70 (n=23), psikiyatrik hastalığı olanların oranı %62,30 (n=38) olarak kaydedildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,11).

İntihar eden kişilerin pandemi döneminde yakınına kaybetme durumu sorgulandı, Vakaların %81,02'si (n=111) pandemi döneminde yakın kaybı yaşamazken, %18,98'inde (n=26) yakın kaybı yaşadığı tespit edildi.

Tablo 13. Pandemi döneminde yaşanan maddi kayıpların intihar vakalarının sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik hastalık durumu ile ilişkisi.

Değişken	Maddi kayıp yok n = 76 ¹	Maddi kayıp var n = 62 ¹	p ²
Yaş	42.78±18.96	37.68±12.28	0.059
Cinsiyet			<0.001
Erkek	50(65.79%)	59(95.16%)	
Kadın	26(34.21%)	3(4.84%)	
Medeni durum			0.2
Evli	36(47.37%)	33(54.10%)	
Bekar	23(30.26%)	21(34.43%)	
Dul/boşanmış	17(22.37%)	7(11.48%)	
Borç durumu			<0.001
Yok	74(97.37%)	19(31.15%)	
Var	2(2.63%)	42(68.85%)	
Gelir durumu			0.2
Zayıf	21(27.63%)	22(36.67%)	
Orta	44(57.89%)	35(58.33%)	
İyi	11(14.47%)	3(5.00%)	
Psikiyatrik hastalık			0.11
Yok	19(25.00%)	23(37.70%)	
Var	57(75.00%)	38(62.30%)	

¹n (%), Mean±SD

²Pearson's Chi-squared test; Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test

Yakın kaybı yaşayan vakalar yaş, cinsiyet, medeni durum, vefatı öncesi kiminle yaşadığı ve psikiyatrik hastalık geçmişi açısından ayrı ayrı değerlendirildi (**Tablo 14**). Yakın kaybı yaşamayan bireylerin yaş ortalaması 39,28±16,13 yıl iken, yakın kaybı yaşayan bireylerin yaş ortalaması 45,46±17,46 yıl olarak belirlendi. Yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,11), ancak yakın kaybı yaşayan bireylerin yaşça daha büyük olduğu gözlemlendi.

Yakın kaybı yaşamayan bireylerin %77,48'i (n=86) erkek, %22,52'si (n=25) kadın iken, yakın kaybı yaşayan bireylerin %84,62'si (n=22) erkek ve %15,38'i (n=4) kadındı. Cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,4). Yakın kaybı yaşamayan bireylerin %51,35'i (n=57) evli, %33,33'ü (n=37) bekar ve %15,32'si (n=17) dul iken, yakın kaybı yaşayan bireylerde bu oranlar sırasıyla %46,15 (n=12), %26,92 (n=7) ve %26,92 (n=7) olarak belirlendi. Yakın kaybı ve medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,4).

Yakın kaybı yaşamayan bireylerin %23,42'si (n=26) yalnız, %72,07'si (n=80) ailesiyle, %4,50'si (n=5) arkadaşlarıyla yaşarken, yakın kaybı yaşayan bireylerde bu oranlar sırasıyla %30,77 (n=8), %69,23 (n=18) ve %0,00 olarak belirlendi. Vakaların vefatı öncesi kiminle yaşadığı ve yakın kaybı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,6).

Tablo 14. Pandemi döneminde yaşanan yakın kayıplarının sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik hastalık durumu ile ilişkisi.

Değişken	Yakın kaybı yok, n = 111 ¹	Yakın kaybı var, n = 26 ¹	p ²
Yaş	39.28±16.13	45.46±17.46	0.11
Cinsiyet			0.4
Erkek	86(77.48%)	22(84.62%)	
Kadın	25(22.52%)	4(15.38%)	
Medeni durum			0.4
Evli	57(51.35%)	12(46.15%)	
Bekar	37(33.33%)	7(26.92%)	
Dul	17(15.32%)	7(26.92%)	
Kiminle yaşıyor			0.6
Yalnız	26(23.42%)	8(30.77%)	
Aile	80(72.07%)	18(69.23%)	
Arkadas	5(4.50%)	0(0.00%)	
Psikiyatrik hastalık			0.019
Yok	39(35.14%)	3(11.54%)	
Var	72(64.86%)	23(88.46%)	

¹n(%), Mean ± SD

²Pearson's Chi-squared test; Welch Two Sample t-test; Fisher's exact test

Yakın kaybı yaşamayan bireylerin %35,14'ünde (n=39) psikiyatrik hastalık bulunmazken, %64,86'sında (n=72) psikiyatrik hastalık vardı. Yakın kaybı yaşayan bireylerde ise, psikiyatrik hastalık bulunmayanların oranı %11,54 (n=3), psikiyatrik hastalığı olanların oranı %88,46 (n=23) olarak kaydedildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,019), bu da yakın kaybı yaşayan bireylerde psikiyatrik hastalıkların daha yaygın olduğunu gösterdi.

COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu ise  katagoriye ayrılarak incelendi. Vakaların %65,47'sinin (n=91) COVID-19 enfeksiyonu geçirmediği, %29,50'sinin (n=41) enfeksiyonu geçirdiği fakat hastane yatışının gerekmediği ve %5,04'ü (n=7) enfeksiyonu geçirerek hastanede yatış yapmış olduğu saptandı.

Pandemi döneminde uyku düzeninde değişiklik olup olmadığı değerlendirildi. Uyku düzenindeki değişiklikler, insomnia, hipersomnia ve uyku-uyanıklık döngüsünde kayma (sirkadiyen ritim bozukluğu) olarak tanımlandı; pandemi öncesinde de var olan uyku bozuklukları değerlendirme dışı bırakılarak, yalnızca pandemi sürecinde başlayan değerlikler dahil edildi. Bu bağlamda, vakaların %43,07'sinde (n=59) uyku düzeni değerlikliği yaşanmazken, %56,93'nde (n=78) uyku düzeni değerlikliği kaydedildi.

Çalışmada, pandemi döneminde eğitim gören bireyler için uzaktan eğitim sürecine dahil olup olmadıkları, çalışan bireyler için ise evden çalışma düzenine geçip geçmedikleri değerlendirildi. Vakaların %87,59'u (n=120) uzaktan eğitim veya evden çalışma düzenine dahil olmamışken, %12,41'i (n=17) bu düzenle ilişkilendirildi.

Pandemi döneminde intihar eden vakaların uyku düzeninde değerliklik yaşama durumu ile psikiyatrik bir hastalığa sahip olma ve uzaktan eğitim veya evden çalışma durumu ile ilişkisi ayrıca incelendi (**Tablo 15**). Uyku düzeninde değerliklik yaşayan 78 bireyin %80,77'si (63 kişi) uzaktan eğitim veya evden çalışma sürecine dahil olmazken, %19,23'ünün (15 kişi) bu sürece dahil olduğu görüldü. Buna karşılık, uyku düzeninde değerliklik yaşamayan 59 bireyin %96,61'i (57 kişi) uzaktan eğitim veya evden çalışma sürecine katılmadığı, yalnızca %3,39'unun (2 kişi) bu sürece dahil olduğu gözlendi. Bu sürece katılan bireylerde uyku düzeninde değerliklik yaşama oranının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p = 0,005$).

Uyku düzeninde değerliklik yaşayan bireylerin %12,82'sinin (10 kişi) psikiyatrik bir hastalığa sahip olmadığı, ancak %87,18'inin (68 kişi) psikiyatrik bir hastalığa sahip olduğu tespit edildi. Buna karşılık, uyku düzeninde değerliklik yaşamayan bireylerde psikiyatrik hastalığa sahip olmayanların oranı %54,24 (32 kişi), psikiyatrik hastalığa sahip olanların oranı ise %45,76 (27 kişi) olarak saptandı. Bu veriler, uyku düzeninde değerliklik yaşama ve psikiyatrik bir hastalığa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdi ($p < 0,001$).

Tablo 15. Pandemi döneminde yaşanan uyku düzeni değişikliklerinin psikiyatrik hastalıklar ve uzaktan eğitim/evden çalışma durumuna göre karşılaştırılması.

Değişken	Uykuda değişiklik yok <i>n</i> ¹ : 59	Uykuda değişiklik var <i>n</i> ¹ : 78	p²
Psikiyatrik hastalık			<0.001
Yok	32(54.24%)	10(12.82%)	
Var	27(45.76%)	68(87.18%)	
Uzaktan eğitim/evden çalışma			0.005
Yok	57(96.61%)	63(80.77%)	
Var	2(3.39%)	15(19.23%)	

¹n (%)

²Pearson's Chi-squared test;

4.7. Kumar Borcu Olan Vakalar

Pandemi sonrasında kumar borcu olduğu tespit edilen 11 vaka kendi içinde ayrıca değerlendirildi. Bu vakalar için yaş ortalaması 36,82 olarak hesaplandı. Vakaların tamamının erkek olduğu görüldü. Borçlanmanın tamamının çevrimiçi platformlar aracılığı ile yapıldığı tespit edildi. Bu vakaların 6'sı (%54,55) evli, 4'ü (%36,36) bekar ve 1'i (%9,09) duldu.

Eğitim düzeylerine bakıldığında, 5 kişinin (%45,45) üniversite mezunu, 3 kişinin (%27,27) lise mezunu ve 3 kişinin (%27,27) ilkokul mezunu olduğu saptandı. Meslek dağılımı açısından incelendiğinde, 4 kişinin (%36,36) memur, 3 kişinin (%27,27) serbest meslek sahibi, 3 kişinin (%27,27) işçi ve 1 kişinin (%9,09) çalışmadığı/öğrenci olduğu tespit edildi. Gelir dağılımları açısından değerlendirildiğinde, 8 kişi (%72,73) orta gelir grubunda ve 3 kişi (%27,27) düşük gelir grubundaydı.

Psikiyatrik hastalık öyküsü incelendiğinde, 10 kişinin (%90,91) madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları (alkol, madde, kumar), 1 kişinin (%9,09) duygudurum bozukluğu tanısı aldığı görüldü. Psikiyatrik tedavi alma durumları açısından incelendiğinde 10 kişinin (%90,91) hiç tedavi almadığı yalnızca 1 kişinin (%9,09) düzenli tedavi almış olduğu saptandı.

Önceki intihar girişimi açısından değerlendirildiğinde, 8 kişi (%72,73) daha önce hiç girişimde bulunmamışken, 1 kişi (%9,09) en az bir kez girişimde bulunmuştu ve 2 kişi (%18,18) birden fazla kez girişimde bulunmuştu.

İntihar yöntemi olarak, 7 kişinin (%63,64) ası yöntemini, 3 kişinin (%27,27) ateşli silahı ve 1 kişinin (%9,09) kimyasal yöntemi tercih ettiği görüldü. Ayrıca 4 kişinin (%36,36) son 1

ay içerisinde intihar söylemi/planı bulunmakta iken 6 kişinin (%54,55) intihar notu bırakmış olduğu görüldü.

Pandemi sürecinde 10 kişinin (%90,91) maddi kayıp yaşadığı, 3 kişinin ise (%27,27) yakın kaybı yaşadığı tespit edildi. Ayrıca, 9 kişi (%81,82) uyku düzeninde değişiklik yaşamış ve 2 kişi (%18,18) uzaktan eğitim veya uzaktan çalışma sürecine dahil olmuştu.

5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisi, tüm dünyada hem fiziksel hem ruhsal sağlığı etkileyen bir kriz olarak tarihe geçmiştir (WHO, 2022a). Bu dönemde yaşanan hastalık korkusu, sağlık hizmetlerinde aksama, günlük rutinlerde değişme, psikiyatrik hastalıkların artış göstermesi ve var olan psikiyatrik hastaların şiddetinin artması, intihar düşüncesinin ve intihar girişimlerinin artması gibi bulgulardan yola çıkarak bu çalışmada, pandeminin tamamlanmış intiharlar üzerindeki etkileri değerlendirmeye alınmıştır.

Konya ili özelinde, pandemi öncesi iki yıllık süreç ve pandemi dönemindeki iki yıllık süreç kıyaslandığında pandemi döneminde tamamlanmış intihar insidans hızının (IR) %25 arttığı gözlenmiştir. Ancak kısıtlamanın yoğun olarak yaşandığı pandemi sürecinin ilk 6 ayında, pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminin kalan dönemlerine göre intihar oranlarında anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir ($p>0,9$). Mevcut literatür, pandeminin intihar oranlarına etkisi konusunda bölgesel ve dönemsel farklılıklar göstermektedir. St. Petersburg'da yapılan bir çalışmada, pandeminin ilk ayında intihar oranlarında düşüş gözlemlenmiş ancak ilerleyen aylarda özellikle genç yaş grubunda arttığı görülmüştür (Rožanov vd., 2021). Macaristan'da gerçekleştirilen bir çalışma ise, intihar oranlarının pandeminin ilk yılında erkekler ve genel nüfusta arttığını göstermiştir (Lajos dr vd., 2022). Başka bir çalışmada ise COVID-19 pandemisinin Japonya'daki tamamlanmış intihar oranlarını artırdığı, özellikle kadınlar ve gençler arasında belirgin bir artış görüldüğü bildirilmiştir (Fushimi, 2023). Nepal'deki yapılan başka bir çalışmada pandemi döneminde intihar oranlarında genel bir artış olduğu gösterilmiştir (Acharya vd., 2022).

COVID-19 pandemisinde intihar düşüncesi ve girişimleri artarken, ölümlerle sonuçlanan intihar oranlarında belirgin bir değişiklik görülmediği ya da azalma eğiliminde olduğunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur. İki meta-analizin sonucuna göre, pandemi döneminde intihar oranlarının genelde sabit kaldığı ya da azalma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (da Cunha

Varella vd., 2024; Yan vd., 2023). Almanya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, pandemi kısıtlamalarının ilk dönemlerinde intihar oranlarında azalma gözlemlenmiş (Radeloff vd., 2021), İngiltere'de ise, ulusal kapanma sonrasında intihar oranlarında önemli bir artış görülmediği raporlanmıştır (Appleby vd., 2021). Genel olarak yüksek ve üst-orta gelirli ülkelerde, pandeminin ilk aylarında intihar sayıları sabit kaldığı ya da azaldığı bildirilmiştir (Pirkis vd., 2021). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, pandemi sürecinde intihar oranlarındaki değişikliklerin incelenen bölgeye ve değerlendirilen zaman aralığına göre değişiklik gösterdiği ve bu durumun pandemi dönemindeki kısıtlamaların düşük-orta gelirli ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerdeki maddi ve manevi etkilerinin şiddetinin değişiklik göstermesi ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Pandemi öncesi ve pandemi dönemi kıyaslandığında yaş ortalamasının birbirine çok yakın olarak değerlendirilmiştir (sırasıyla $39,87 \pm 17,01$ ve $39,74 \pm 16,45$). TÜİK verilerine bakıldığında Türkiye genelinde son yıllarda daha çok 25-29 yaş arasında intihar ile ölüm gerçekleştiği görülmektedir (TÜİK, 2024b).

İntihar girişimlerinin kadınlarda, tamamlanmış intiharların erkeklerde daha sık görüldüğü önceki çalışmalarda da desteklenmiş bir bulgudur (Levi vd., 2003). Mevcut literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda her iki dönemde de tamamlanmış intiharlar içerisinde erkek cinsiyet oranı daha fazladır (%76,16-%77,07). Pandemi sonrasında erkek vaka oranında hafif bir artış görüle de istatistiksel açıdan bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,7$). Benzer şekilde Frankfurt'ta gerçekleştirilen 2023 tarihli çalışmada, pandemi öncesi ve pandemi dönemindeki intiharlar kıyaslandığında yaş ortalamasının iki dönem arasında benzer olduğu ve erkek vaka sayısında pandemi döneminde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hafif bir artış olduğu bulunmuştur (Koelzer vd., 2023). Buna karşın, pandemi sürecinde tamamlanmış intiharlar içerisinde kadın vaka oranının arttığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Fushimi, 2023; Nomura vd., 2021).

Her iki dönemde de tamamlanmış intiharlar içerisinde evli bireylerin çoğunlukta olduğu görülmüştür (%53,15 ve %52,98). Medeni durum dağılımları açısından iki dönem arasında anlamlı bir farklılık oluşmadığı tespit edilmiştir ($p=0,7$). Literatürde evli olmanın tamamlanmış intiharlara karşı koruyucu etkisinin olduğu gösterilmiş olsa da (Mojahedi vd., 2021; Nie vd., 2021; Park vd., 2018; Poorolajal vd., 2015); çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki sosyal ve kültürel farklılıklar nedeni ile böyle bir farklılık bulunmuş olabilir. Türkiye'de gerçekleştirilen

bazı psikolojik otopsi çalışmalarında evli bireylerin oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Taktak vd., 2012). Vakalar çocuk sayısı ve kardeş sayısı açısından kıyaslandığında, her iki özellik açısından dönemler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,8$ ve $p=0,5$).

Yüksek eğitim seviyesinin intihara karşı koruyucu etkisi olduğu önceki çalışmalarla da desteklenmiş bir bulgudur (Abel & Kruger, 2005; Bálint vd., 2016; Lorant vd., 2005; Mojahedi vd., 2021; Park vd., 2018). Literatürle uyumlu olarak her iki dönemde ilköğretim mezunu vaka sayısı, lise mezunu ve üniversite mezunu vaka sayısına göre daha yüksek bulunmuştur (%55,65 ve %61,15). Dönemler arasında öğrenim durumu dağılımları açısından farklılıklar olduğu ($p=0,001$), özellikle pandemi döneminde üniversite mezunu vaka sayısında artış yaşandığı gözlenmiştir (%3,23 ve %13,67). Bu durumun, pandemi döneminde eğitim seviyesi yüksek bireylerde sosyal ortamlardan kopmaya duyarlılık artışı, işsizlik, ekonomik ve manevi sorunlara karşı değişen hassasiyetler, yüksek eğitim seviyesi ile beklentilerin artması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu bulguyu destekler şekilde, Pompili ve arkadaşlarının (2013) tamamlanmış intiharlar üzerine gerçekleştirdiği çalışmada; daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, başarısızlık, toplumsal utanç ve işlevsellik kaybı gibi faktörlerle karşılaştıklarında daha yüksek intihar riski taşıyabileceğini öne sürülmüştür.

Vakaların vefat öncesi kimlerle yaşadığı açısından yapılan değerlendirmede her iki dönem arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,5$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da pandemi döneminde yalnız yaşayan bireylerin oranında hafif bir artış olduğu tespit edilmiştir (%21,6 ve %26,39). Hem intihar girişimi hem de ölüm düşünceleri açısından önemli bir risk faktörü olarak tanımlanan yalnız yaşama oranındaki bu artış, sosyal izolasyonun ve bireylerin çevresel destek mekanizmalarından kopmasının bir yansıması olarak değerlendirilebilir (Stravynski & Boyer, 2001).

Dönemler arasında meslek grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasına karşın ($p=0,4$), vefatı öncesinde memur olarak çalışan grupta pandemi öncesine göre pandemi döneminde artış olduğu gözlenmiştir (%6,15 ve %10,42). Pandemi döneminde kamu sektöründe artan iş yükü, çoğu memurun dahil olduğu orta gelir grubunun pandemi döneminde yaşadığı ekonomik belirsizlik, sağlık çalışanları ve diğer kamu görevlilerinin, salgınla mücadele sırasında yoğun stres altında kalması gibi nedenler bu duruma katkıda bulunmuş olabilir. Ayrıca işçi oranında azalma (%22,31'den %15,97'ye), serbest meslek oranında ise artış (%18,46'dan %21,53'e) dikkati çekmektedir. Çalışmayan bireylerin

oranının her iki dönemde de yüksek olması (%42,31 ve %38,89), ekonomik bağımsızlık eksikliği ve işsizlik gibi faktörlerin intihar davranışında etkili olabileceğini düşündürmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmasa da pandemi döneminde vakaların meslek grupları arasında oransal farklılıklar saptanması, pandeminin farklı meslek grupları üzerindeki etkisi açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Gelir grupları açısından her iki dönemde arasında anlamlı bir fark oluşmadığı saptanmıştır ($p>0,9$). Her iki dönemde orta gelir grubu çoğunluğu oluşturmaktadır (%56,10-%57,25). Bu bulgu, Türkiye’de hane halkı medyan gelirine göre orta gelir grubunun çoğunluğu oluşturması nedeni ile beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir (Balıkcıoğlu vd., 2016).

Mevcut literatürde finansal borçluluk durumu ile intihar oranları arasında doğrudan bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Rojas, 2022). Bu bulgudan yola çıkılarak vakaların finansal borçluluk durumları değerlendirildiğinde ise iki dönem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına karşın ($p=0,2$), pandemi döneminde borç durumunda hafif bir artış olduğu gözlenmiştir (%26,77 ve %33,57). Ayrıca gelir gruplarına göre finansal borçluluk durumu sorgulandığında ise her iki dönemde gelir grupları arasında anlamlı fark saptanmadığı ($p=0,4$ ve $p=0,059$), ancak pandemi sonrasında, orta gelir düzeyinde borçluluk oranının arttığı görülmüştür (%21,74 ve %40,51, $p=0.059$).

Borçların kumar kaynaklı olup olmadığı sorgulandığında ise pandemi döneminde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kumar kaynaklı borç oranının arttığı görülmektedir ($p=0,006$). Kumar oynamanın intihar vakalarında önemli bir tetikleyici faktör olduğu, özellikle kumar kaynaklı borçların tamamlanmış intihar riskini artıran temel bir neden olduğu önceki çalışmalarda desteklenmiştir (Andreeva vd., 2022; Levinsson vd., 2023; Wong vd., 2010). Ayrıca kumarın tamamlanmış intihara katkıda bulunan temel süreçlerinin borçlanma ve utanç olduğu, ancak intiharın çok faktörlü bir olgu olarak psikiyatrik durumlar, kişilik özellikleri ve yaşam koşulları gibi diğer faktörlerle de bağlantılı olduğunu vurgulanmıştır (Marionneau & Nikkinen, 2022). Tespit edilen tüm kumar borçlarının çevrimiçi platformlar aracılığı ile yapıldığı göz önüne alındığında pandemi döneminde karantina ve sosyal izolasyon süreçlerinin kişileri çevrimiçi platformlara yönlendirdiği düşünülmektedir. COVID-19 pandemisi sırasında çevrimiçi platformlara yönelimin arttığı diğer çalışmalarla da desteklenmiştir. Catalano ve arkadaşlarının 2024 tarihli sistematik incelemesi, COVID-19 pandemisinin kumar

alışkanlıklarına etkisini incelemiş ve karasal kumarhanelerde kumar oynama sıklığı ve harcamalarının azaldığını, ancak özellikle çevrimiçi kumarhaneler, spor bahisleri ve beceri oyunlarında artış yaşandığını ortaya koymuştur (Catalano vd., 2024). Polonya’da ve Birleşik Krallık’ta gerçekleştirilen iki çalışmada da COVID-19 pandemisi sırasında çevrimiçi kumar oyunu sıklığında ve poker, slot ve bingo aramalarında artış olduğu gösterilmiştir (Houghton vd., 2023; Lelonek-Kuleta & Bartczuk, 2024). Pandemi dönemindeki özgürleşen zamanın ve denetimsiz çalışma saatlerinin, insanlar arasında kumar gibi kısa vadeli ödüllere dayalı davranışları artırdığı, bu durumun internet kullanımı ve internet tabanlı bağımlılıkların (internet bağımlılığı, internet oyun bozukluğu, problemlili kumar, sosyal medya bağımlılığı ve zorlayıcı alışveriş gibi) arttırdığı vurgulanmıştır (Machado vd., 2021; Petrović vd., 2022). Tüm bu veriler, çalışmamızda ulaştığımız sonucu destekler niteliktedir. Ancak çalışmamızda yalnızca kumar kaynaklı borçlar ve psikiyatrik hastalıklar içerisinde kumar bağımlılığı öyküsü sorgulanmış, genel kumar oynama davranışı değerlendirmeye alınmamıştır. Bu durum, çalışmamızın kumar davranışının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sınırlamış olabilir. Kumar oynama davranışlarının sıklığı, türleri ve bireylerin ekonomik ve psikososyal durumlarına etkileri ve tamamlanmış intiharlarla olan ilişkisini daha iyi anlamak için gelecekteki çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Her iki dönem kıyaslandığında vakaların ek hastalık ve ameliyat öyküsü, alışkanlıkları, geçmiş adli olay öyküsü, travma öyküsü, intihara şahitlik durumları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı şekilde pandemi öncesi ve pandemi döneminde evlilik veya ilişki sorunu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Evlilik/ilişki sorunu aynı şekilde her iki dönemde cinsiyete göre kıyaslandığında da farklılık saptanmamıştır. Vakaların ayrıca ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede intihar öyküsünde de her iki dönem arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak pandemi döneminin, incelenen vakalar üzerinde özgeçmiş, soy geçmiş özellikleri ve ilişki problemleri üzerinde daha kısıtlı bir etkiye sahip olduğu düşünülmüştür.

Vakaların psikiyatrik hastalık öyküleri değerlendirildiğinde ise pandemi döneminde pandemi öncesi döneme göre toplam psikiyatrik hastalık oranında anlamlı bir artış olduğu görülmüştür ($p=0,046$). Çalışmamızda ulaştığımız bu bulgu, pandemi sürecinde psikiyatrik hastalıkların arttığı ve var olan psikiyatrik semptomların şiddetlendiği bulgusu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Santomauro vd., 2021). Psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmak, kendi

başına intihar davranışı için bir risk faktörüken, COVID-19 pandemisinin bu ilişkiyi şiddetlendirebileceği ifade edilmiştir (Barlattani vd., 2023). Benzer şekilde Romanya’da pandemi ile ilişkisi olduğu tespit edilen 11 intihar vakası psikoloji otopsi yöntemi ile incelenmiş ve pandeminin sosyal, ekonomik ve psikolojik etkilerinin intihar motivasyonunu artırdığı, vakaların büyük çoğunluğunda depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik semptomların kötüleştiği ortaya koyulmuştur (Crisan vd., 2022). Vakaların psikiyatrik hastalık süreleri değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (ort. 36,14 ve 29,02 ay, $p=0,3$).

Psikiyatrik hastalık dağılımları açısından değerlendirildiğinde de dönemler arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,022$). Duygudurum bozuklukları pandemi döneminde artış göstermiştir (%29,13 ve %34,64). Madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarının (alkol, madde, kumar) da pandemi döneminde önemli artış gösterdiği ve psikiyatrik hastalık görülme sıklığı içerisinde ikinci sıraya yerleştiği görülmüştür (%5,51-%17,65). Anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıkların oranında ise belirgin bir değişiklik olmadığı görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğunun intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar riskini önemli ölçüde artırdığı çalışmalarla da desteklenen bir bulgudur (Darvishi vd., 2015). Ayrıca COVID-19 pandemisi sırasında alkol tüketiminin, alkol kötüye kullanımının ve alkolle ilişkili diğer sorunların arttığı bildirilmiştir (Elias vd., 2024; Gajdics vd., 2023; Rathore vd., 2024). Ek olarak, COVID-19 pandemisi sırasında artan alkol tüketimi ve ağır episodik içmenin, intihar düşünceleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Varin vd., 2023). Benzer şekilde COVID-19 pandemisinin sosyal izolasyon, kaygı ve belirsizlik nedeniyle madde kullanımı ve davranışsal bağımlılıkları artırdığı, COVID-19 ile ilişkili kaygı ve korkunun, madde kullanımı başlatma motivasyonlarıyla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Avena vd., 2021; Rogers vd., 2020).

Psikiyatrik hastalıkların tedavi alma durumları ve yatış durumları kıyaslandığında ise pandemi döneminde, pandemi öncesi döneme göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p=0,08$). Özellikle psikiyatrik hastalığı olduğu halde hiç psikiyatrik tedavi başvurusunda bulunmayan grupta belirgin bir artış olduğu görülmüştür (%13,39 ve %28,57). Pandemi dönemindeki sosyal izolasyon, damgalanma korkusu, hastalık önceliklerinin değişmesi nedeni ile psikiyatrik hastalıkların geri planda kalması, sağlık kuruluşlarının pandemi nedeni ile oluşan yük nedeni ile psikiyatrik hizmet verememesi gibi durumlar sebebi ile böyle bir sonuca ulaşıldığı

düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda pandemi döneminde, psikiyatrik hastaların acil servis başvurularında azalma olduğu ve COVID-19 vakalarının ortaya çıkışıyla birlikte, psikiyatrik semptomların belgelenmesinde belirgin bir azalma tespit edildiği bildirilmiştir; bu durum ise poliklinik ziyaretlerinin iptal edilmesi, bireylerin acil servise başvurmada daha isteksiz hale gelmiş olmaları ve sağlık çalışanlarının COVID-19 maruziyetini azaltmak amacıyla daha kısa süreli görüşmeler gerçekleştirmiş olmaları ile ilişkilendirilmiştir (Castro & Perlis, 2020; Goldenberg & Parwani, 2021). Tüm bu bulgular, çalışmamızda ulaştığımız sonuçla uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Vakaların son 1 ay tedavi başvuruları değerlendirildiğinde ise iki dönem arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,4$).

Vakaların psikiyatrik nedenler ile yatış durumları değerlendirildiğinde dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlenmiştir ($p=0,046$). Pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminde özellikle psikiyatrik hastalığı olup birden çok psikiyatrik yatışı bulunan vaka oranının arttığı görülmüştür (%2,38 ve %7,59). Pandemi dönemindeki psikiyatrik hastalığa sahip olan vakaların daha çok yatış öyküsü olması, bu dönemdeki vakaların psikiyatrik hastalık şiddeti veya nüks oranının daha fazla olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Tamamlanmış intiharların en güçlü prediktörü olarak geçmiş intihar girişimi gösterilmektedir (Suominen vd., 2004). Çalışmamızda bu bağlamda geçmiş intihar girişimi öyküsü, pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminde değerlendirilmiştir. Vakalar, geçmiş intihar girişim sayıları ve girişim şekilleri açısından kıyaslanmış ve her iki özellik bakımından dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,8$ ve $p=0,6$).

Kullanılan intihar yöntemleri incelendiğinde ise her iki dönemde de ası yöntemi en çok kullanılan yöntem olarak saptanmıştır (%55,90 ve %43,90). Türkiye’de gerçekleştirilen pandeminin tamamlanmış intiharlara etkisinin araştırıldığı bir başka çalışmada da pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminde en sık kullanılan intihar yönteminin ası olduğu bildirilmiştir (Cengisiz vd., 2022). Vakaların intihar yöntemlerinin dağılımı açısından anlamlı bir fark saptanmamasına rağmen ($p=0,052$); pandemi döneminde intihar yöntemi olarak ateşli silah kullanımının büyük oranda arttığı, intihar yönteminin asıdan ateşli silah kullanımına kaymakta olduğu görülmüştür. (%23,60 ve %31,71). Ateşli silah kullanımının en öldürücü intihar yöntemi olduğu varsayılmaktadır (Shenassa vd., 2003). Evde ateşli silah bulundurmanın hem gençlerde hem de yetişkinlerde intihar riskini anlamlı derecede artırdığı, birçok çalışmada

raporlanmıştır (Kellermann vd., 1992). Amerika’da en sık intihar yöntemi olarak ateşli silah kullanılması ve COVID-19 pandemisi sırasında ateşli silah ve mühimmat satışlarında artış yaşandığının bildirilmesi bu açıdan dikkat çekicidir (Monteith vd., 2021; Reger vd., 2020). Türkiye’de ise özellikle son dönemlerde kayıt dışı silahlanma oranının arttığı bildirilmiştir (Yasuntimur & Ogunc, 2022). Bu bağlamda son dönemlerde bireysel ve kayıt dışı silahlanma artışının intihar yöntemi seçiminde de etkili olabileceği düşünülmüştür.

Pandemi öncesi dönem ve pandemi döneminde intihar öncesindeki son 1 ay intihar söyleminde bulunma arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,2$). Aynı şekilde intihar notu bırakma açısından da her iki dönem arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0,4$). Ancak intiharı gerçekleştirmeden hemen öncesi ya da intihar eyleminde bulunduktan sonra yardım arama davranışında bulunma davranışının pandemi döneminde anlamlı bir şekilde azaldığı görülmektedir ($p=0,029$). Pandemi sürecinde yaşanan sosyal izolasyon, kişilerin yaşadığı yalnızlık ve çaresizlik duyguları gibi durumlar bu sürece katkıda bulunmuş ve kişilerin yakın çevresinden yardım talep etmesini engellemiş olabilir. Aynı şekilde pandemi sürecinde sağlık sisteminde yaşanan aksaklıkların kişilerin profesyonel desteklere ulaşarak yardım talep etmesini güçleştirmiş olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ölme motivasyonunun daha güçlü olması nedeniyle bireylerin yardım arama davranışında bulunmadığı da düşünülebilir.

Pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakaları, pandemi döneminde yaşanan maddi kayıplar, herhangi bir yakınıni kaybetme durumu, COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu, uyku düzenindeki değişiklikler ve uzaktan eğitim ve evden çalışmaya geçiş açısından ayrıca değerlendirilmiştir.

COVID-19 pandemisinin, yoksulluk, işsizlik ve sağlık sorunlarını şiddetlendirerek önemli mali sıkıntılara neden olduğu ve ekonomik zorlukların gelişmişlik düzeyinden bağımsız bir şekilde dünya genelinde intihar oranı üzerinde etkilerinin olduğu bilinmektedir (Singh & Bedi, 2022; Sinyor vd., 2024). Pandemi sürecinde yaşanan maddi sıkıntıların intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar üzerindeki etkisi birçok çalışmada da desteklenmiştir (Ettman vd., 2020; Mathieu vd., 2022; Mezuk vd., 2024) Çalışmamızda da pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakalarının %44,93’ünün pandemi sürecinde maddi kayıp yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Maddi kayıp yaşayanların çoğu erkek (%95,16) ve finansal borçlu (%68,85) olup, bu farklar anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($p<0,001$ ve $p<0,001$). Benzer

şekilde 1970-2011 yılları arasında 21 gelişmiş ülkede gerçekleşen ekonomik/finansal krizlerin intihar oranlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, erkeklerde intihar oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Huikari vd., 2019). Yaş, medeni durum, gelir durumu ve psikiyatrik hastalık ile maddi kayıp arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Maddi kayıp yaşayanların ortalama yaşa göre değerlendirildiğinde daha genç olduğu görülmüştür (maddi kayıp yaşamayan: 42,78±18,96 yıl, maddi kayıp yaşayan 37,68±12,28 yıl). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,059).

Pandemi döneminde COVID-19 enfeksiyonu ve diğer nedenlerle pek çok kişi aileden ya da sosyal çevresinden bir yakını kaybetmiştir. Pandemi döneminde yaşanan kayıpların, kültürel ve dini ritüellerin gerçekleştirilememesi ve yakınlarla vedalaşma imkânının bulunmaması gibi durumlarla yas sürecinin ertelenmesine ve tamamlanmasında sorunlara yol açtığı gösterilmiştir (Wallace vd., 2020). Çalışmamızda da tamamlanmış intihar vakaları üzerinde yakın kaybı yaşamamanın etkisi değerlendirilmiştir. Pandemi döneminde intihar eden bireylerin %18,98'inin yakın kaybı yaşadığı, %81,02'si yaşamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yakın kaybı yaşayanlar ortalama yaşa göre değerlendirildiğinde genelde daha büyük yaşta (yakın kaybı yaşamayan: 39,28±16,13 yıl, yakın kaybı yaşayan 45,46±17,46 yıl) olsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p=0,11). Kayıp yaşayan vakalar arasında, cinsiyet, medeni durum ve kiminle yaşadığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, yakın kaybı yaşayanlarda psikiyatrik hastalık oranı %88,46 ile daha yüksek bulunmuş ve bu fark anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=0,019). Bu durum psikiyatrik hastalığı olan bireylerin yakını kaybetme durumuna karşı daha savunmasız olabileceğini düşündürmüştür.

COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumu açısından değerlendirildiğinde ise vakaların %65,47'si enfeksiyon geçirmemiş, %29,50'si enfeksiyon geçirmiş fakat hastane yatışı gerekmemiş, %5,04'ü ise enfeksiyon geçirip hastanede yatış yapmıştır. Bazı vakaların ise pandemi sürecinde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş olsalar da hastane başvurusunda bulunmadığı yakınları tarafından bildirilmiştir. Bu vakaların ayaktan COVID-19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği konusunda net bir bilgiye ulaşılamaması nedeni ile enfeksiyon geçiren vaka sayısının daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir.

COVID-19 pandemisi sırasında birçok kişinin uyku kalitesi olumsuz bir şekilde etkilenmiş ve uyku bozukluklarının küresel prevalansı %40,49 olarak bildirilmiştir (Jahrami

vd., 2022). COVID-19 pandemisi, toplumda uyku süresi ve kalitesini olumsuz etkileyerek insomni, uyku apnesi, hipersomni ve sirkadyen ritim bozuklukları gibi uyku hastalıklarının ortaya çıkmasına veya kötüleşmesine yol açtığı gösterilmiştir (Domaç & Karacı, 2020). Çalışmamızda tamamlanmış intihar vakaları pandemi sürecinde başlayan uyku değişiklikleri (insomnia, hipersomnia, sirkadyen ritim bozukluğu) açısından değerlendirildiğinde; %56,93'ü uyku düzeninde değişiklik yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Vakaların çoğunluğunda uyku bozukluğu olduğu sonucu, daha öncesinde pandeminin uyku üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmaları destekler niteliktedir. Uyku düzeninde değişiklik yaşama durumu ile psikiyatrik bir hastalığa sahip olma ilişkisi incelendiğinde ise bireylerin yalnızca %12,82'sinin (10 kişi) psikiyatrik bir hastalığa sahip olmadığı görülmüş, bu grupta psikiyatrik hastalık oranının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu (%87,18, 68 kişi) saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu bulgu, uyku düzenindeki değişikliklerin psikiyatrik hastalıklarla güçlü bir ilişki gösterebileceğine işaret ederken, psikiyatrik hastalığı olan vakalarda uyku bozukluğu yaşama durumunun intihar açısından önemli bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.

Pandemi sürecinde öğrenciler için uzaktan eğitime geçme sürecine ve çalışanlar için evden çalışma sürecine geçen vakalar, günlük yaşam tarzı değişikliklerinin intihar süreci ile etkileşimini incelemek amacı değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, pandemi sürecinde evden çalışma sürecine geçen bireylerde fiziksel aktivitede azalma, artan yalnızlık hissi, sinirlilik şikayetlerinde artış olduğunu bildiren ve öğrencilerin uzaktan eğitime geçiş sonrasında stres ve intihar davranışını tetiklediğini bildiren çalışmalar referans alınmıştır (Costa vd., 2022; Siburian, 2023; Wilms vd., 2022). Çalışmamızda, pandemi dönemindeki intihar vakalarının öğrenciler için uzaktan eğitim ve çalışanlar için evden çalışma sürecine dahil olup olmadıkları değerlendirilmiş ve %87,59'u bu sürece dahil olmadığı %12,41'i ise dahil olduğu saptanmıştır. Bu oranın görece daha az çıkma sebebinin intihar vakaları içerisinde öğrenci sayısının nispeten az olması (n:6), evden çalışma ya da esnek mesai sistemine dahil olan esas grup olan memur grubunun meslek grupları içerisinde en düşük oranı oluşturması (%10,42), çalışmayan ve emekli grubunun bu sürece dahil olmaması, işçi ve serbest meslek grubunun çoğunlukla pandemi sürecinde rutin çalışma sürecine, büyük sokağa çıkma yasakları haricinde devam etmiş olmaları ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Evden çalışma veya uzaktan eğitim sürecine geçişin yaşam tarzı değişiklikleri nedeni ile uyku bozukluklarına zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. Bu varsayımı destekler

şekilde, Hindistan'da evden çalışma düzenine geçen 203 kişi ve uzaktan eğitim gören 325 üniversite öğrencisinin dahil edildiği bir çalışmada, pandemi döneminde karantina öncesine kıyasla gündüz uykululuk hissini artırdığı, gündüz uyku süresinin anlamlı şekilde uzadığı tespit edilmiştir (Majumdar vd., 2020). Bu bağlamda, pandemi dönemindeki tamamlanmış intihar vakaları içerisinde, uzaktan eğitim ve evden çalışma sürecine dahil olan vakalar uyku düzeni değişiklikleri açısından değerlendirilmiştir. Uzaktan eğitim veya evden çalışma sürecine dahil olan bireylerde uyku düzeninde değişiklik yaşama oranının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p = 0,005$). Bu bulgu, uzaktan eğitim veya evden çalışma ortamında artan stresin, çalışma saatlerindeki değişimlerin veya ev ortamındaki koşulların bireylerin uyku düzenini değiştirebileceğini ve bu durumun intihar açısından potansiyel bir risk faktörü olabileceğini düşündürmüştür.

6. SONUÇLAR

COVID-19 pandemisi, küresel çapta önemli fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açmış, intihar oranları üzerinde belirgin etkiler yaratmıştır. Bu çalışmada, Konya ili örneğinde pandemi öncesi ve pandemi dönemi arasındaki tamamlanmış intihar oranları karşılaştırılmıştır. Bulgularımız, pandemi sürecinde tamamlanmış intihar oranlarında belirgin bir artış olduğunu göstermektedir. Pandeminin intihar oranlarına etkisi, bölgesel ve dönemsel farklılıklar gösterirken, mevcut literatürde bu etkilerin genellikle bölgesel faktörlerle bağlantılı olduğu belirtilmiştir.

Pandemi döneminde üniversite mezunu vaka sayısındaki anlamlı artış, eğitim seviyesinin intihar riski üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmamızda, pandemi sürecinde yalnızlık, sosyal izolasyon ve ekonomik zorluklar gibi etmenlerin intihar riskini artıran faktörler olarak belirlediği görülmüştür. Bunun yanı sıra, kumar borçlarının pandemi döneminde arttığı gözlenmiştir. Ayrıca, psikiyatrik hastalıkların artış gösterdiği, özellikle madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarının pandemi döneminde belirgin şekilde arttığı bulunmuştur.

Pandemi sürecinin, psikiyatrik tedaviye erişim üzerinde engelleyici etkiler yarattığı ve tedaviye başvuru oranlarında azalma olduğu da gözlemlenmiştir. Ancak psikiyatrik hastalıkları olan bireylerin, özellikle sosyal izolasyon ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle daha fazla zorlandığı düşünülmektedir. Ayrıca, pandemi sırasında intiharın hemen öncesinde ve

intihar eylemini gerçekleştirdikten sonra yardım arama davranışlarının anlamlı şekilde azaldığı, bunun da sosyal izolasyon ve destek mekanizmalarının zayıflaması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Ekonomik sıkıntıların, özellikle maddi kayıpların, intihar riskini artırdığı ve COVID-19'un ekonomik etkilerinin intihar oranlarını olumsuz yönde etkilediği bir kez daha vurgulanmıştır. Pandemi sürecinde uyku düzenindeki değişikliklerin tamamlanmış intiharlar üzerine etkisinin olduğu; uzaktan eğitime geçiş veya evden çalışma durumlarının ve COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumunun ise tamamlanmış intiharlar üzerinde daha sınırlı bir etkisi olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak pandemi süreci, intihar davranışını ortaya çıkma olasılığını etkileyen tanımlanmış riskleri artırmasına ek olarak yeni etkenlerin de etkili olabileceğini göstermiştir. Türkiye örnekleminin küçük sapmalar dışında yansımaları olabilecek Konya örnekleminde psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin pandemiye karşı daha duyarlı olduğu, izolasyon gibi kısıtlama tedbirlerinin alınırken özellikle psikiyatrik hastalar başta olmak üzere tüm bireylerin psikiyatrik yönden etkilenebilirliği göz önüne alınarak toplum bazlı tarama, eğitim ve destek sağlanması gerektiği çalışmamız sonucunda gösterilmiştir.

Teknolojinin gelişimi ile artan dijitalleşmenin uzaktan çalışma ve eğitim gibi konularda yararı olmakla birlikte kumar oynama davranışında da bir artışa yol açtığı görülmüştür. Özellikle pandemide meydana gelen ekonomik bozulmalarla bu artış daha belirgin olmuş ve intihar davranışında etken olabilecek büyük kayıplara yol açmıştır. Bu nedenle pandemi dönemlerinde bireylerin kaygısını azaltacak ekonomik destekler sunulması, dijital kumara yönelik yasal tedbirlerin artırılarak ulaşımın engellenmesi, psikoeğitimin bu konuda daha fazla kullanımı önerilmektedir.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmada; gerçek vaka sayısının belirlenmesindeki güçlükler önemli bir yer tutmaktadır. Bazı intihar vakalarının farklı nedenlerle kayıtlara geçmemesi ya da ölüm nedenlerinin yanlış sınıflandırılması, vaka sayısının tam olarak belirlenmesini zorlaştırmıştır. Özellikle geride not bırakmayan ve öncesinde intihar girişiminde bulunacağına dair herhangi bir söylemde bulunmayan vakalarda, bitişik veya yakın atış mesafesinden kaynaklanmayan ateşli silah yaralanmalarında ve madde veya ilaç kullanımının intihar amaçlı mı yoksa tedavi

amaçlı mı aşırı doz alındığının kesin olarak belirlenmenin mümkün olmadığı vakalarda intiharın kesin olarak tespiti yapılamamıştır.

Vakaların intihar öncesine ilişkin psikiyatrik değerlendirmelerine dair ayrıntılı bilgiye ulaşılamaması da çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Psikiyatrik öykü eksikliği, intihar vakalarının ardındaki psikososyal ve psikiyatrik faktörlerin derinlemesine analiz edilmesini güçleştirmiştir. Buna ek olarak, aile ve sosyal çevreden elde edilen bilgilerin eksikliği ya da yanlış olma ihtimali, vakaların yaşam öykülerine ilişkin daha kapsamlı bir değerlendirme yapılmasını sınırlandırmıştır.

Sonuç olarak COVID-19 pandemisinin ruhsal sağlık üzerindeki uzun vadeli etkilerini ve intihar davranışına etkisini daha kapsamlı şekilde değerlendirmek için pandemi sonrası dönemi de kapsayacak şekilde çalışmalar yapılması gerekmektedir.

8. KAYNAKÇA

- Abel, E. L., & Kruger, M. L. (2005). Educational attainment and suicide rates in the United States. *Psychological reports, 97*(1), 25-28. <https://doi.org/10.2466/PR0.97.1.25-28>
- Acharya, B., Subedi, K., Acharya, P., & Ghimire, S. (2022). Association between COVID-19 pandemic and the suicide rates in Nepal. *PLOS ONE, 17*(1), e0262958. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0262958>
- Ak, M., Gülsün, M., & Özmenler, K. N. (2009). Özkıyım ve Kişilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1*(1), 45-54. <https://doi.org/10.18863/PSKGUNCEL.133472>
- Ak, M., Özmenler, N. K., & Özşahin, A. (2009). Psychological autopsy and its practices in Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry, 10*, 332-335.
- Altındağ, A., Özkan, M., & Oto, R. (2005). Suicide in Batman, southeastern Turkey. *Suicide & life-threatening behavior, 35*(4), 478-482. <https://doi.org/10.1521/SULI.2005.35.4.478>
- Ammerman, B. A., Burke, T. A., Jacobucci, R., & McClure, K. (2021). Preliminary investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the U.S. *Journal of psychiatric research, 134*, 32-38. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2020.12.037>

- Andreeva, M., Audette-Chapdelaine, S., & Brodeur, M. (2022). Gambling-Related completed suicides: a scoping review. *Addiction Research & Theory*, 30(6), 391-402. <https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2055001>
- Appleby, L., Richards, N., Ibrahim, S., Turnbull, P., Rodway, C., & Kapur, N. (2021). Suicide in England in the COVID-19 pandemic: Early observational data from real time surveillance. *The Lancet regional health. Europe*, 4. <https://doi.org/10.1016/J.LANEPE.2021.100110>
- Aquila, I., Sacco, M. A., Gratteri, S., Sirianni, M., De Fazio, P., & Ricci, P. (2018). The “Social-mobile autopsy”: The evolution of psychological autopsy with new technologies in forensic investigations on suicide. *Legal Medicine*, 32, 79-82. <https://doi.org/10.1016/J.LEGALMED.2017.12.008>
- Aşkın, R., Bozkurt, Y., & Zeybek, Z. (2020). COVID-19 PANDEMİSİ: PSİKOLOJİK ETKİLERİ VE TERAPÖTİK MÜDAHALELER. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, 37, 304-318.
- Atasoy, E., & Köşle, M. (2019). İNTİHARLAR COĞRAFYASI PERSPEKTİFİNDEN DÜNYA, TÜRKİYE VE BURSA İLİ. *TESAM Akademi Dergisi*, 6(1), 123-165. <https://doi.org/https://doi.org/10.30626/tesamakademi.528004>
- Avena, N. M., Simkus, J., Lewandowski, A., Gold, M. S., & Potenza, M. N. (2021). Substance Use Disorders and Behavioral Addictions During the COVID-19 Pandemic and COVID-19-Related Restrictions. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 653674. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.653674/BIBTEX>
- Balıkçioğlu, E., Dalgic, B., & Fazlıoğlu, B. (2016). TÜRKİYE’DE ORTA GELİRDEN DÜŞÜK GELİR VE YÜKSEK GELİRE GEÇİŞİN BELİRLEYİCİLERİ. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 341-355. <https://doi.org/10.11611/JMER180348>
- 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>

- Banerjee, D., Kosagisharaf, J. R., & Sathyanarayana Rao, T. S. (2021). 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research*, 295, 113577. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113577>
- Barlattani, T., D'Amelio, C., Capelli, F., Mantenuto, S., Rossi, R., Socci, V., Stratta, P., Di Stefano, R., Rossi, A., & Pacitti, F. (2023). Suicide and COVID-19: a rapid scoping review. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 1-48. <https://doi.org/10.1186/S12991-023-00441-6/FIGURES/1>
- Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., & Sainsbury, P. (1974). A Hundred Cases of Suicide: Clinical Aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 125(587), 355-373. <https://doi.org/10.1192/BJP.125.4.355>
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. İçinde *International Universities Press*. International Universities Press. <https://psycnet.apa.org/record/1976-28303-000>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, Gary. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/H0037562>
- Bednarova, A., Habalova, V., Iannaccone, S. F., Tkac, I., Jarcuskova, D., Krivosova, M., Marcatili, M., & Hlavacova, N. (2023). Association of HTTLPR, BDNF, and FTO Genetic Variants with Completed Suicide in Slovakia. *Journal of Personalized Medicine*, 13(3), 501. <https://doi.org/10.3390/JPM13030501>
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience &*

- psychological, family, and technological effects. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 85-91. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0085>
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/AJMG.C.30042>
- Canter, D. V. (2000). Psychological autopsies. *Encyclopedia of Forensic Sciences*, 308-316.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H. L., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389. https://doi.org/10.1126/SCIENCE.1083968/SUPPL_FILE/SOM.CASPI.REV.PDF
- Castro, V. M., & Perlis, R. H. (2020). Electronic Health Record Documentation of Psychiatric Assessments in Massachusetts Emergency Department and Outpatient Settings During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Network Open*, 3(6), e2011346. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.11346>
- Catalano, A., Milani, L., Franco, M., Buscema, F., Giommarini, I., Sodano, B., Gilcrease, W., Mondo, L., Marra, M., Di Girolamo, C., Bena, A., & Ricceri, F. (2024). The impact of COVID-19 pandemic on gambling: A systematic review. *Addictive behaviors*, 155. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2024.108037>
- Cengizsiz, C., Tamam, L., Dizdar, G., Paşaoğlu, E., & Yılmaz, E. (2022). Comparison of suicidal tendencies before and during the COVID-19 pandemic in a city in the western region of Turkey. *Cukurova Medical Journal*, 47(3), 1095-1104. <https://doi.org/10.17826/CUMJ.1103467>
- Clark, D. C., & Horton-Deutsch, S. L. (1992). Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. İçinde Maris R. W., Berman A. L., Maltsberger J. T., & Yufit R. I.(Eds.) (Ed.), *Assessment and prediction of suicide* (ss. 144-182). The Guilford Press. <https://awspntest.apa.org/record/1992-97626-007>

- Costa, C., Teodoro, M., Mento, C., Giambò, F., Vitello, C., Italia, S., & Fenga, C. (2022). Work Performance, Mood and Sleep Alterations in Home Office Workers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol. 19, Page 1990, 19(4), 1990. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19041990>
- Costanza, A., D'Orta, I., Perroud, N., Burkhardt, S., Malafosse, A., Mangin, P., & La Harpe, R. (2014). Neurobiology of suicide: Do biomarkers exist? *International Journal of Legal Medicine*, 128(1), 73-82. <https://doi.org/10.1007/S00414-013-0835-6/FIGURES/1>
- Courtet, P., Olie, E., Debien, C., & Vaiva, G. (2020). Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.20COM13370>
- Crisan, R. M., Băcilă, C. I., Toboltoc, P. C., & Morar, S. (2022). Completed Suicide Linked to the COVID-19 Pandemic by Using the Psychological Autopsy Method in Sibiu County, Romania: Case Series and Literature Review. *Healthcare* 2022, Vol. 10, Page 2377, 10(12), 2377. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE10122377>
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements.*
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam, S. M. W. (2022). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049-1057. <https://doi.org/10.15585/MMWR.MM6932A1>
- da Cunha Varella, A. P., Griffin, E., Kashan, A., & Kabir, Z. (2024). Suicide rates before and during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 59(11). <https://doi.org/10.1007/S00127-024-02617-1>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(5), e0126870. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0126870>

- David Klonsky, E., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114*, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/IJCT.2015.8.2.114>
- Dawood, F. S., Iuliano, A. D., Reed, C., Meltzer, M. I., Shay, D. K., Cheng, P. Y., Bandaranayake, D., Breiman, R. F., Brooks, W. A., Buchy, P., Feikin, D. R., Fowler, K. B., Gordon, A., Hien, N. T., Horby, P., Huang, Q. S., Katz, M. A., Krishnan, A., Lal, R., ... Widdowson, M. A. (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet. Infectious diseases*, 12(9), 687-695. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70121-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70121-4)
- De Vogli, R., De Falco, R., & Mattei, G. (2019). Excess suicides due to the global economic crisis in Italy: an update. *Epidemiologia e Prevenzione*, 43(2-3), 111-111. <https://doi.org/10.19191/EP19.2-3.P111.039>
- Demir, S., Eray Yazar, M., Dereli, A. K., Acar, K., Yazar, S., Ayşe, D., Dereli, K., Üniversitesi, P., & Adli, T. F. (2018). *Denizli'deki İntihar Ölümlerinin Analizi: 10 Yıllık Retrospektif Otopsi Çalışması*. 23(2), 93-99. <https://doi.org/10.17986/blm.2017136922>
- Dilsiz, A. (1994). BİR RUHSAL OTOPSİ DENEMESİ. *Kriz Dergisi*, 2(1), 218-222. https://doi.org/10.1501/KRIZ_0000000049
- Dionisio-García, D. M., Genis-Mendoza, A. D., González-Castro, T. B., Tovilla-Zárate, C. A., Juárez-Rojop, I. E., López-Narváez, M. L., Hernández-Díaz, Y., Nicolini, H., & Olvera-Hernández, V. (2023). DNA Methylation of Genes Involved in the HPA Axis in Presence of Suicide Behavior: A Systematic Review. *Brain Sciences*, 13(4), 584. <https://doi.org/10.3390/BRAINSCI13040584>
- Direk, N. T., Ucuz, G., & Özel, F. (2020). İzolasyon, Karantina, Sosyal Mesafe ve Ruh Sağlığı. *The Bulletin of Legal Medicine*, 25(Sp), 33-39. <https://doi.org/10.17986/BLM.2020.V25I.1412>

- Domaç, F. M., & Karacı, R. (2020). COVID-19 ve Uyku. *Turkiye Klinikleri COVID - 19*, 1(5), 56-60. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-cov-d-19-ve-uyku-88641.html>
- Dorpat, T. L., & Ripley, H. S. (1960). A study of suicide in the Seattle area. *Comprehensive psychiatry*, 1(6). [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(60\)80058-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(60)80058-2)
- Duarte, F., & Jiménez-Molina, Á. (2022). Suicide and quarantine during the COVID-19 pandemic: Do we know everything? *Social Science & Medicine*, 309, 115253. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2022.115253>
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide. étude de sociologie*. Paris: Felix alcan. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1364509>
- Dwivedi, Y., Rizavi, H. S., Conley, R. R., Roberts, R. C., Tamminga, C. A., & Pandey, G. N. (2003). Altered Gene Expression of Brain-Derived Neurotrophic Factor and Receptor Tyrosine Kinase B in Postmortem Brain of Suicide Subjects. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 804-815. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.60.8.804>
- Elbay, R. Y., & Erol, F. N. (2022). Covid-19 pandemisinde genel hastane acil servisine başvuran intihar girişimlerinin incelenmesi. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 27(1), 49-54. <https://doi.org/10.21673/ANADOLUKLIN.1029391>
- Elias, T., Vasilopoulos, E., Panagiota, B., Seri, A., Kristina, A., & et, al. (2024). Alcohol and Substance Abuse in the General Population during the COVID-19 Pandemic: Results of the COMET-G International Study. *Insights on the Depression and Anxiety*, 8(1), 010-025. <https://doi.org/10.29328/JOURNAL.IDA.1001041>
- Erbay, L. G., Celbiş, O., Oruç, M., & Karlıdağ, R. (2020). Investigation using psychological autopsy method of completed suicide cases coming to the Council of Forensic Medicine, Malatya . *Adli Tıp Dergisi*, 34(1), 1-6. https://www.atk.gov.tr/Pdf/dergi/ADLITIP_2020_34.pdf
- Eskin, M. (2014). *İNTİHAR - Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme* . Türk Psikologlar Derneği Yayınları. <https://www.nobelyayin.com/intihar-aciklama-degerlendirme-tedavi-ve-onleme-15320.html>

- Eşsizöğlu, A., & Sercan, M. (2017). İntihara Azmettirme, Teşvik, Yardım ve İntihar Kararını Kuvvetlendirme İddiasında Adli Psikiyatrik Değerlendirme : Bir Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(3), 212-216.
- Ettman, C. K., Gradus, J. L., & Galea, S. (2020). Invited Commentary: Reckoning With the Relationship Between Stressors and Suicide Attempts in a Time of COVID-19. *American Journal of Epidemiology*, 189(11), 1275-1277. <https://doi.org/10.1093/AJE/KWAA147>
- Farooq, S., Tunmore, J., Ali, W., & Ayub, M. (2021). Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. *Psychiatry Research*, 306, 114228. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.114228>
- Florez, I. A., Au, J., Morrisette, N., & Lamis, D. A. (2022). Risk factors for suicide attempts among rural youth with a history of suicidal ideation. *Death Studies*, 46(4), 773-779. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1701147>
- Freuchen, A., & Grøholt, B. (2015). Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: an examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(2), 194-206. <https://doi.org/10.1177/1359104513504312>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. İçinde *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: C. XIV*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/00005053-192211000-00066>
- Fushimi, M. (2023). Increase in youth suicides during the COVID-19 pandemic: concerns over implications for the future. *Psychological Medicine*, 53(7), 3228-3229. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002762>
- Gajdics, J., Bagi, O., Farkas, F. F., Andó, B., Pribék, I. K., & Lázár, B. A. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Severity of Alcohol Use Disorder: Significance of Dual Disorders. *International journal of environmental research and public health*, 20(20). <https://doi.org/10.3390/IJERPH20206939>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Fernández-Carrasco, F. J., Rodríguez-Díaz, L., Vázquez-Lara, J. M., Prieto-Callejero, B., & Allande-Cussó, R. (2022). Suicidal ideation

- and suicide attempts in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Frontiers in public health*, 10. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.1043216>
- Gica, S., Kavakli, M., Durduran, Y., & Ak, M. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on Psychosomatic Complaints and Investigation of The Mediating Role of Intolerance to Uncertainty, Biological Rhythm Changes and Perceived COVID-19 Threat in this Relationship: A Web-Based Community Survey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 30(2), 89-96. <https://doi.org/10.5455PCP20200514033022>
- Goldenberg, M. N., & Parwani, V. (2021). Psychiatric emergency department volume during Covid-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine*, 41, 233-234. <https://doi.org/10.1016/J.AJEM.2020.05.088>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94/METRICS>
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., & Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of affective disorders*, 50(2-3), 269-276. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(98\)00033-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(98)00033-0)
- Hays, J. N. (2006). Epidemics and pandemics: Their impacts on human history. *Harlow*, 20(7), 3637. <https://doi.org/10.1108/09504120610701635>
- He Yanfei, Yu Ran, & Ren Junlin. (2021). THE CORRELATION BETWEEN PSYCHIATRIC DISORDERS AND COVID-19: A NARRATIVE REVIEW. *Psychiatria Danubina*, 33(1), 76-85. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol33_no1/dnb_vol33_no1_76.pdf
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012). Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Studies*, 36(7), 605-626. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584015>

- Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C., & Brådvik, L. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(6), 459-469. <https://doi.org/10.1111/ACPS.12506>
- Honigsbaum, M. (2009). Pandemic. *The Lancet*, *373*(9679), 1939. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61053-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61053-9)
- Houghton, S., Boy, F., Bradley, A., James, R., Wardle, H., & Dymond, S. (2023). Tracking online searches for gambling activities and operators in the United Kingdom during the COVID-19 pandemic: A Google Trends™ analysis. *Journal of behavioral addictions*, *12*(4), 983-991. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00055>
- Hu, W., Su, L., Qiao, J., Zhu, J., & Zhou, Y. (2020, Şubat 29). *COVID-19 outbreak increased risk of schizophrenia in aged adults*. <https://chinaxiv.org/abs/202003.00003?locale=en>
- Huikari, S., Miettunen, J., & Korhonen, M. (2019). Economic crises and suicides between 1970 and 2011: time trend study in 21 developed countries. *J Epidemiol Community Health*, *73*(4), 311-316. <https://doi.org/10.1136/JECH-2018-210781>
- Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies – a review. *European Psychiatry*, *16*(7), 379-385. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(01\)00594-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00594-6)
- Jahrami, H. A., Alhaj, O. A., Humood, A. M., Alenezi, A. F., Fekih-Romdhane, F., AlRasheed, M. M., Saif, Z. Q., Bragazzi, N. L., Pandi-Perumal, S. R., BaHammam, A. S., & Vitiello, M. V. (2022). Sleep disturbances during the COVID-19 pandemic: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Medicine Reviews*, *62*, 101591. <https://doi.org/10.1016/J.SMRV.2022.101591>
- John, A., Eyles, E., Webb, R. T., Okolie, C., Schmidt, L., Arensman, E., Hawton, K., O'Connor, R. C., Kapur, N., Moran, P., O'Neill, S., McGuinness, L. A., Olorisade, B. K., Dekel, D., Macleod-Hall, C., Cheng, H. Y., Higgins, J. P. T., & Gunnell, D. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research* *2021* *9*:1097, *9*, 1097. <https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.2>

- John Mann, J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature Medicine* 1998 4:1, 4(1), 25-30. <https://doi.org/10.1038/nm0198-025>
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide — Thomas Joiner* | Harvard University Press. 1-288. <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674025493>
- Kaminsky, Z., Wilcox, H. C., Eaton, W. W., Van Eck, K., Kilaru, V., Jovanovic, T., Klengel, T., Bradley, B., Binder, E. B., Ressler, K. J., & Smith, A. K. (2015). Epigenetic and genetic variation at SKA2 predict suicidal behavior and post-traumatic stress disorder. *Translational Psychiatry* 2015 5:8, 5(8), e627-e627. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.105>
- Kastner, U. W., Javaheripour, N., Arand, J., Schönherr, D., Sobanski, T., Fehler, S. W., Walter, M., & Wagner, G. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on suicide attempts in a rural region in Germany, a 5-year observational study. *Journal of Affective Disorders*, 318, 393-399. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2022.09.022>
- Kavakli, M., Ak, M., Uguz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish J Clinical Psychiatry*, 15-23. https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_23_SUP_1_15_23.pdf
- Kellermann, A. L., Rivara, F. P., Somes, G., Reay, D. T., Francisco, J., Banton, J. G., Prodzinski, J., Fligner, C., & Hackman, B. B. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *The New England journal of medicine*, 327(7), 467-472. <https://doi.org/10.1056/NEJM199208133270705>
- Kilbourne, E. D. (2006). Influenza pandemics of the 20th century. *Emerging infectious diseases*, 12(1), 9-14. <https://doi.org/10.3201/EID1201.051254>
- Kim, H., Ryu, S., Jeon, H. J., & Roh, S. (2023). Lifestyle factors and suicide risk: A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 328, 215-221. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2023.02.044>
- Kim, M. J., Do, M., Han, D., Son, M., Shin, D., Yeo, I., Yun, Y. H., Yoo, S. H., Choi, H. J., Shin, D., Rhee, S. J., Ahn, Y. M., & Kim, Y. (2022). Proteomic profiling of postmortem

- prefrontal cortex tissue of suicide completers. *Translational Psychiatry* 2022 12:1, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01896-z>
- Klein, M. (1935). A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. *International Journal of Psychoanalysis*. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145-174.
- Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: Applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(6), 393-397. <https://doi.org/10.1097/01.PRA.0000341894.35877.1B>
- Koelzer, S. C., Verhoff, M. A., Toennes, S. W., Wunder, C., Kettner, M., Kern, N., Reif, A., Reif-Leonhard, C., Schlang, C., Beig, I., Dichter, V., Hauschild, N., Lemke, D., Kersten, S., & Holz, F. (2023). Comparison of all completed suicides in Frankfurt am Main (Hessen) before and during the early COVID-19 pandemic. *Forensic science, medicine, and pathology*. <https://doi.org/10.1007/S12024-023-00754-8>
- Kohut, H. (1971). The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Çinde New York International Universities Press. University of Chicago Press*. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=1464977>
- Köse, A., & Arslan, F. (2019). SOSYOLOJİK BİR OLGU OLARAK İNTİHAR. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(1), 1-20. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00033-9>
- Kösesoy, B. C., & Şahin, M. (2023). COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE İNTİHAR: VAKA İNCELEMELERİ. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 29-48. https://www.researchgate.net/profile/Berra-Cansiz-Kosesoy/publication/371202572_COVID-19_PANDEMI_SURECINDE_INTIHAR_VAKA_INCELEMELERI/links/647fe5c179a722376514f2c4/COVID-19-PANDEMI-SUeRECINDE-INTIHAR-VAKA-INCELEMELERI.pdf

- Kupcova, I., Danisovic, L., Klein, M., & Harsanyi, S. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, anxiety, and depression. *BMC Psychology*, *11*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/S40359-023-01130-5/TABLES/4>
- Labelle, R., Breton, J. J., Pouliot, L., Dufresne, M. J., & Berthiaume, C. (2013). Cognitive correlates of serious suicidal ideation in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, *145*(3), 370-377. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2012.08.027>
- Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., Navaro, L., Yerko, V., Mahar, I., Bureau, A., Mechawar, N., Szyf, M., Meaney, M. J., & Turecki, G. (2012). Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma. *Archives of General Psychiatry*, *69*(7), 722-731. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2011.2287>
- Lajos dr, B., Péter dr, O., Attila dr, N., Balázs, K., Zoltán dr, R., Péter dr, D., Statisztikai Hivatal, K., Kutatóintézet, N., Tudományegyetem, P., Kar, B., Tanszék, S., Orvostudományi Kar, Á., & és Pszichoterápiás Klinika, P. (2022). Öngyilkossági halálozás Magyarországon a COVID–19-pandémia idején.: Az első két járványév (2020 és 2021) tapasztalatai. *Orvosi Hetilap*, *163*(48), 1895-1901. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32642>
- Lelonek-Kuleta, B., & Bartczuk, R. (2024). Loss of resources and gambling during the COVID-19 pandemic: a three-wave longitudinal study. *Scientific Reports 2024 14:1*, *14*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-78866-6>
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *7*(Supplement 1), 3-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S19617>
- Levi, F., La Vecchia, C., Lucchini, F., Negri, E., Saxena, S., Maulik, P. K., & Saraceno, B. (2003). Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *108*(5), 341-349. <https://doi.org/10.1034/J.1600-0447.2003.00147.X>
- Levinsson, H., Probert-Lindström, S., Holmgren, R., Nilsson Sundström, E., & Ahlström, R. (2023). Suicidal behaviour in over-indebted individuals: a cross-sectional study in Sweden. *Nordic journal of psychiatry*, *77*(7), 669-675. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2218349>

- Linehan, M. M. (1993). [PDF] *Cognitive-Behavioral Treatment Of Borderline Personality Disorder* Marsha Linehan - download pdf book free. <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839?srsId=AfmBOorxWgYqft4zmAHAjeBikOLddBXtQZIF2tlZitIv5dLpNdYBYi->
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276>
- Littman, R. J. (2009). The plague of Athens: epidemiology and paleopathology. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 76(5), 456-467. <https://doi.org/10.1002/MSJ.20137>
- Liu, L., Capaldi, C. A., & Dopko, R. L. (2021). Suicide ideation in Canada during the COVID-19 pandemic. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 41(11), 378-391. <https://doi.org/10.24095/HPCDP.41.11.06>
- Lorant, V., Kunst, A. E., Huisman, M., Bopp, M., & Mackenbach, J. (2005). A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Social science & medicine* (1982), 60(11), 2431-2441. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2004.11.033>
- Machado, A. S., Covelo, V., & Vieira-Coelho, M. A. (2021). Cards on the table: The huge growth in online gambling during the COVID-19 pandemic in portugal. *Journal of Gambling Issues*, 47, 403-408. <https://doi.org/10.4309/JGI.2021.47.16>
- Maciej Serda, Becker, F. G., Cleary, M., Team, R. M., Holtermann, H., The, D., Agenda, N., Science, P., Sk, S. K., Hinnebusch, R., Hinnebusch A, R., Rabinovich, I., Olmert, Y., Uld, D. Q. G. L. Q., Ri, W. K. H. U., Lq, V., Frxqw, W. K. H., Zklfk, E., Edvhg, L. V, ... (1999) .فاطمى, ح. Adli Otopsi ve Adli Patoloji. *Uniwerytet śląski*, 7(1), 343-354. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>

- Majumdar, P., Biswas, A., & Sahu, S. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown: cause of sleep disruption, depression, somatic pain, and increased screen exposure of office workers and students of India. *Chronobiology International*, 1191-1200. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1786107>
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience* 2003 4:10, 4(10), 819-828. <https://doi.org/10.1038/nrn1220>
- Mann, J. J., & Currier, D. M. (2010). Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(5), 268-271. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2010.01.009>
- Marionneau, V., & Nikkinen, J. (2022). Gambling-related suicides and suicidality: A systematic review of qualitative evidence. *Frontiers in psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.980303>
- Maris, R. W. ., Berman, A. L. ., Silverman, M. M. ., & Bongar, B. Michael. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. 650. <https://search.worldcat.org/title/855727526>
- Mathieu, S., Treloar, A., Hawgood, J., Ross, V., & Kőlves, K. (2022). The Role of Unemployment, Financial Hardship, and Economic Recession on Suicidal Behaviors and Interventions to Mitigate Their Impact: A Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 907052. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.907052/BIBTEX>
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience* 2009 12:3, 12(3), 342-348. <https://doi.org/10.1038/nn.2270>
- Mezuk, B., Kalesnikava, V., Ananthasubramaniam, A., Lane, A., Rodriguez-Putnam, A., Johns, L., Bagge, C., Burgard, S., & Zivin, K. (2024). Psychosocial and pandemic-related circumstances of suicide deaths in 2020: Evidence from the National Violent Death Reporting System. *PLOS ONE*, 19(10), e0312027. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0312027>

- Mojahedi, M., Esmaceli, A., Mahdizadeh, K., Nakhaei, M. H., Salehiniya, H., & Sahranavard, S. (2021). Trends of suicide attempts and factors related to completed suicide during the years 2014-2019 in South Khorasan province, Iran. *Asian journal of psychiatry*, 65. <https://doi.org/10.1016/J.AJP.2021.102825>
- Monteith, L. L., Holliday, R., Brown, T. L., Brenner, L. A., & Mohatt, N. V. (2021). Preventing Suicide in Rural Communities During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Rural Health*, 37(1), 179-184. <https://doi.org/10.1111/JRH.12448>
- Motillon-Toudic, C., Walter, M., Séguin, M., Carrier, J.-D., Berrouiguet, S., & Lemey, C. (2022). Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry*, 65(1), e65. <https://doi.org/10.1192/J.EURPSY.2022.2320>
- Nie, J., O'Neil, A., Liao, B., Lu, C., Aune, D., & Wang, Y. (2021). Risk factors for completed suicide in the general population: A prospective cohort study of 242, 952 people. *Journal of affective disorders*, 282, 707-711. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.12.132>
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/product/the-oxford-handbook-of-suicide-and-self-injury-9780195388565?cc=tr&lang=en&>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.JAMAPSYCHIATRY.55>
- Nomura, S., Kawashima, T., Yoneoka, D., Tanoue, Y., Eguchi, A., Gilmour, S., Kawamura, Y., Harada, N., & Hashizume, M. (2021). Trends in suicide in Japan by gender during the COVID-19 pandemic, up to September 2020. *Psychiatry research*, 295. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113622>
- Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish Medical Bulletin*, 54(4), 306-369.

- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754). <https://doi.org/10.1098/RSTB.2017.0268>
- Palese, P. (2004). The great influenza The epic story of the deadliest plague in history. *Journal of Clinical Investigation*, 114(2), 146. <https://doi.org/10.1172/JCI22439>
- Parıldar, H., & Dikici, M. F. (2020). Pandemiler Tarihi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 12(1), 1-8. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1480981>
- Park, S. K., Lee, C. K., & Kim, H. (2018). Suicide mortality and marital status for specific ages, genders, and education levels in South Korea: Using a virtually individualized dataset from national aggregate data. *Journal of affective disorders*, 237, 87-93. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.05.003>
- Paterson, E. N., Kent, L., O'Reilly, D., O'Hagan, D., O'Neill, S. M., & Maguire, A. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and self-harm/suicide ideation: population-wide data linkage study and time series analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 223(5), 509-517. <https://doi.org/10.1192/BJP.2023.76>
- Pathirathna, M. L., Nandasena, H. M. R. K. G., Atapattu, A. M. M. P., & Weerasekara, I. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-04158-W/FIGURES/2>
- Petrović, Z. K., Peraica, T., Kozarić-Kovačić, D., & Palavra, I. R. (2022). Internet use and internet-based addictive behaviours during coronavirus pandemic. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(5), 324-331. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000804>
- Pickering, W. S. F. ., & Walford, Geoffrey. (2014). *Durkheim's Suicide : a Century of Research and Debate*. Routledge. <https://www.routledge.com/Durkheims-Suicide-A-Century-of-Research-and-Debate/Pickering-Walford/p/book/9781138007307>
- Piot, P., & Quinn, T. C. (2013). Response to the AIDS Pandemic — A Global Health Model. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2210-2218.

https://doi.org/10.1056/NEJMRA1201533/SUPPL_FILE/NEJMRA1201533_DISCLOSURES.PDF

- Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S. Sen, Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Pirkis, J., & Nordentoft, M. (2011). Media Influences on Suicide and Attempted Suicide. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, 531-544. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.CH30>
- Pompili, M., Vichi, M., Qin, P., Innamorati, M., De Leo, D., & Girardi, P. (2013). Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 437-440. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2012.08.046>
- Poorolajal, J., Rostami, M., Mahjub, H., & Esmailnasab, N. (2015). Completed suicide and associated risk factors: a six-year population based survey - PubMed. *Archives of Iran Medicine*, 1, 39-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25556385/>
- Pouliot, L., & Leo, D. De. (2006). Critical Issues in Psychological Autopsy Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510. <https://doi.org/10.1521/SULI.2006.36.5.491>
- Punzi, G., Ursini, G., Chen, Q., Radulescu, E., Tao, R., Huuki, L. A., Di Carlo, P., Collado-Torres, L., Heon Shin, J., Catanesi, R., Jaffe, A. E., Hyde, T. M., Kleinman, J. E., Mackay, T. F. C., & Weinberger, D. R. (2022). Genetics and brain transcriptomics of completed suicide. *The American journal of psychiatry*, 179(3), 226. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2021.21030299>
- Radeloff, D., Papsdorf, R., Uhlig, K., Vasilache, A., Putnam, K., & Von Klitzing, K. (2021). Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German

city. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 30, 1-19.
<https://doi.org/10.1017/S2045796021000019>

Ramsland, K. (2017). The Psychology of Death Investigations : Behavioral Analysis for Psychological Autopsy and Criminal Profiling. *The Psychology of Death Investigations*, 19-40. <https://doi.org/10.1201/9781315186597>

Rathore, R., Rangrej, S. B., & Carvalho, V. (2024). Increased alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *World journal of clinical cases*, 12(18), 3410-3416. <https://doi.org/10.12998/WJCC.V12.I18.3410>

Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*, 77(11), 1093-1094. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2020.1060>

Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/BJP.2018.27>

Robins, E., Muphy, G. E., Wilkinson, R. H., Gassner, S., & Kayes, J. (1959). Some Clinical Considerations in the Prevention of Suicide Based on a Study of 134 Successful Suicides. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 49(7), 888. <https://doi.org/10.2105/AJPH.49.7.888>

Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2020). Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113407. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113407>

Rojas, Y. (2022). Financial indebtedness and suicide: A 1-year follow-up study of a population registered at the Swedish Enforcement Authority. *The International journal of social psychiatry*, 68(7), 1445-1453. <https://doi.org/10.1177/00207640211036166>

Rožanov, V. A., Semenova, N. V., Vuks, A. J., Freize, V. V., Isakov, V. D., Yagmurov, O. D., & Nežnanov, N. G. (2021). Suicides in the COVID-19 Pandemic - Are We Well Informed Regarding Current Risks and Future Prospects? *Consortium psychiatricum*, 2(1), 32-39. <https://doi.org/10.17816/CP56>

- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Segal, H. (2018). KLEIN. *Klein*, 1-189. <https://doi.org/10.4324/9780429476440/KLEIN-HANNA-SEGAL/ACCESSIBILITY-INFORMATION>
- Shenassa, E. D., Catlin, S. N., & Buka, S. L. (2003). Lethality of firearms relative to other suicide methods: a population based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(2), 120-124. <https://doi.org/10.1136/JECH.57.2.120>
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. <https://doi.org/10.1093/QJMED/HCAA202>
- Shneidman, E. S. (1981). A Psychological Theory of Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4), 221-231. <https://doi.org/10.1111/J.1943-278X.1981.TB01003.X>
- Shneidman, E. S. (1994). The Psychological Autopsy. *American Psychologist*, 49(1), 75-76. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.1.75>
- Shneidman ES. (1969). Suicide, lethality, and the psychological autopsy. . İçinde *Int Psychiatry Clin.* (2. bs, C. 6, ss. 225-250).
- Singh, S., & Bedi, D. (2022). Financial Disruption and Psychological Underpinning During COVID-19: A Review and Research Agenda. *Frontiers in Psychology*, 13, 878706. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2022.878706/BIBTEX>
- Sinyor, M., Silverman, M., Pirkis, J., & Hawton, K. (2024). The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide. *The Lancet Public Health*, 9(10), e802-e806. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00152-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00152-x)

- Stravynski, A., & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide & life-threatening behavior*, 31(1), 32-40. <https://doi.org/10.1521/SULI.31.1.32.21312>
- Strozier, C. B. . (2001). *Heinz Kohut : the making of a psychoanalyst*. 495.
- Sun, L., Wang, X., Hong, Y., Li, C., Zeng, W., Liu, P., Xiong, Y., Chen, Y., Lian, Y., & Wang, Y. (2023). COVID-19 pandemic-related depression and anxiety under lockdown: The chain mediating effect of self-efficacy and perceived stress. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1100242. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2023.1100242/BIBTEX>
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed Suicide after a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.161.3.562/ASSET/IMAGES/M624F1.JPEG>
- Şahin, M., & Aydın, M. N. (2022). Covid-19 Korkusu ile Depresyon, Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Graduate School of Social Sciences*, 26(4), 381-390. <https://doi.org/10.5152/JSSI.2022.998495>
- Taktak, Ş., Üzün, İ., & Balcıoğlu, İ. (2012). İstanbul'da tamamlanmış intihar olgularının psikolojik otopsis i . *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 13, 117-124.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020, Temmuz 2). *COVID-19 Bilgilendirme Platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>
- Thakur, V., & Jain, A. (2020). WITHDRAWN: COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 952-953. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2020.04.062>
- Troyer, E. A., Kohn, J. N., & Hong, S. (2020). Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 34-39. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2020.04.027>

- Tuncay, F. E., Koyuncu, E., & Özel, Ş. (2020). A REVIEW OF PROTECTIVE AND RISK FACTORS AFFECTING PSYCHOSOCIAL HEALTH OF HEALTHCARE WORKERS IN PANDEMICS. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 488-501. <https://doi.org/10.5505/AMJ.2020.02418>
- Turecki, G. (2014). Epigenetics and suicidal behavior research pathways. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 SUPPL. 2), S144-S151. <https://doi.org/10.1016/J.AMEPRE.2014.06.011/ASSET/5F4D596F-F885-4C2B-9F13-3868F940BA9E/MAIN.ASSETS/GR2.SML>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- TÜİK. (2024a). *Coğrafi İstatistik Portalı*. <https://cip.tuik.gov.tr/>
- TÜİK. (2024b). *TÜİK - Veri Portalı*. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar&dil=1>
- Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı. (2020, Aralık 1). *Koronavirüs ile Mücadele Kapsamında- Yeni Kısıtlama ve Tedbirler Genelgesi*. <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-ile-mucadele-kapsaminda-sokaga-cikma-kisitlamalari--yeni-kisitlama-ve-tedbirler-genelgesi?>
- Uğurlu, T. T., Baltacı, A. S., Akça, A., & Acar, K. (2020). A Case of Suicide Related with Covid-19. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(4), 290-293. <https://doi.org/10.5080/U25615>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600. <https://doi.org/10.1037/A0018697>
- Varin, M., Liu, L., Gabrys, R., Gariepy, G., MacEachern, K. H., & Weeks, M. (2023). Increased alcohol use, heavy episodic drinking, and suicide ideation during the COVID-19 pandemic in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 114(1), 33-43. <https://doi.org/10.17269/S41997-022-00689-7/TABLES/3>

- Villas-Boas, S. B., White, J. S., Kaplan, S., & Hsia, R. Y. (2023). Trends in depression risk before and during the COVID-19 pandemic. *PLOS ONE*, *18*(5), e0285282. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0285282>
- Voracek, M., & Loibl, L. M. (2007). Genetics of suicide: A systematic review of twin studies. *Wiener Klinische Wochenschrift*, *119*(15-16), 463-475. <https://doi.org/10.1007/S00508-007-0823-2/METRICS>
- Wallace, C. L., Wladkowski, S. P., Gibson, A., & White, P. (2020). Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(1), e70-e76. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2020.04.012>
- Wender, P. H., Kety, S. S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, *43*(10), 923-929. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1986.01800100013003>
- WHO. (2020, Mart 11). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020>
- WHO. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>.
- WHO. (2022a, Mart 2). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide?>
- WHO. (2022b, Ağustos 5). *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
- WHO. (2023, Nisan 20). *Ebola virus disease*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>

- WHO. (2024, Ağustos 29). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/>
- Wilms, P., Schröder, J., Reer, R., & Scheit, L. (2022). The Impact of “Home Office” Work on Physical Activity and Sedentary Behavior during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022, Vol. 19, Page 12344, 19(19), 12344. <https://doi.org/10.3390/IJERPH191912344>
- Wong, P. W. C., Cheung, D. Y. T., Conner, K. R., Conwell, Y., & Yip, P. S. F. (2010). Gambling and Completed Suicide in Hong Kong: A Review of Coroner Court Files. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 12(6), PCC.09m00932. <https://doi.org/10.4088/PCC.09M00932BLU>
- Yan, Y., Hou, J., Li, Q., & Yu, N. X. (2023). Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3346. <https://doi.org/10.3390/IJERPH20043346/S1>
- Yasuntimur, A., & Ogunc, İ. A. (2022). BİREYSEL SİLAHLANMA VE ŞİDDET: ATEŞLİ SİLAH ŞİDDETİNİN GÜNCEL DURUMU. *Güvenlik Bilimleri Dergisi / Journal of Security* , 11(1), 167-200. <https://doi.org/10.28956/gbd.1068063>
- Yip, P. S. F., Cheung, Y. T., Chau, P. H., & Law, Y. W. (2010). The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, 31(2), 86-92. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/A000015>
- Yüce, M., Filiztekin, E., & Özkaya, K. G. (2021). COVID-19 diagnosis —A review of current methods. *Biosensors and Bioelectronics*, 172, 112752. <https://doi.org/10.1016/J.BIOS.2020.112752>
- Zhong, N. S., Zheng, B. J., Li, Y. M., Poon, L. L. M., Xie, Z. H., Chan, K. H., Li, P. H., Tan, S. Y., Chang, Q., Xie, J. P., Liu, X. Q., Xu, J., Li, D. X., Yuen, K. Y., Peiris, J. S. M., & Guan, Y. (2003). Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People’s Republic of China, in February, 2003. *Lancet*, 362(9393), 1353-1358. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14630-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14630-2)

Zuckerman, M. (2004). Diathesis-stress models. *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model.*, 3-23. <https://doi.org/10.1037/10316-001>

9. EKLER

9.1. EK-1: Etik kurul kararı

9.2. EK-2: Adli Tıp Kurumu bilimsel çalışma izni

9.3. EK-3: Sosyodemografik veri formu -1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-1

Demografik özellikler:

1. Kişinin intihar ettiğiindeki yaşı
2. Cinsiyeti
3. Medeni durumu
4. Varsa çocuk sayısı
5. Kardeş sayısı
6. Öğrenim durumu
7. Meslek/çalışma durumu
8. İntihar öncesi kiminle birlikte yaşadığı
9. Gelir durumu/borç durumu

Özgeçmiş:

1. Ek hastalığı, ameliyat öyküsü var mıydı?
2. Psikiyatrik bir tanısı var mıydı? Varsa;
 - Ne kadar süredir devam ediyordu?
 - Düzenli kullandığı ilaç/ilaçlar var mıydı?
 - Kontrollere düzenli gidip geliyor muydu?
 - Serviste yatış öyküsü var mıydı?
3. Alkol, madde ya da sigara kullanıyor muydu?
4. Askerliğini tam olarak yapmış mıydı?
5. Evli ise evliliğinde herhangi bir problem yaşamış mıydı, ilişki problemi var mıydı?
6. Daha önce herhangi bir adli olaya karışmış mıydı?
7. Başına daha öncesinde travmatik bir olay gelmiş miydi (kaza, felaket, tecavüz vs..)?
8. Daha öncesinde herhangi bir şekilde intihar girişiminde bulunmuş muydu? Bulundu ise;
 - Ne şekilde bulundu?
 - Kaç kez bulundu?
9. Daha öncesinde birisinin intiharına şahitlik etmiş miydi?

Soy geçmişi:

1. Ailesinde psikiyatrik hastalığı olan birisi var mıydı?
2. Ailesinde intihar girişiminde bulunan birisi var mıydı?

Pandemi sürecinde:

1. Maddi herhangi bir kayıp yaşamış mıydı?
2. Manevi kayıp (yakın kaybı) yaşamış mıydı?
3. Covid-19 enfeksiyonu geçirdi mi? Geçirdiyse servis ya da yoğun bakım ihtiyacı oldu mu?
4. Pandemi döneminde uyku düzeninde herhangi bir değişiklik olmuş muydu?
5. Pandemi döneminde çalışıyor ise evden çalışmaya geçmiş miydi, öğrenci ise uzaktan eğitim almış mıydı?

İntihar ile ölümü:

1. Ne şekilde intihar etti?
2. Son 1 aydır intihar edeceğine dair bir söylemi/planı var mıydı?
3. İntihardan hemen önce ya da intihar eylemini gerçekleştirdikten sonra yardım arama davranışında bulundu mu?
4. İntihar notu bırakmış mıydı?
5. İntihar öncesi 1 aylık süreçte medikal tedavi başvurusu olmuş muydu?

9.4. EK-4: Sosyodemografik veri formu-2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU-2

Demografik özellikler:

1. Kişinin intihar ettiğiindeki yaşı
2. Cinsiyeti
3. Medeni durumu
4. Varsa çocuk sayısı
5. Kardeş sayısı
6. Öğrenim durumu
7. Meslek/çalışma durumu
8. İntihar öncesi kiminle birlikte yaşadığı
9. Gelir durumu/borç durumu

Özgeçmiş:

1. Ek hastalığı, ameliyat öyküsü var mıydı?
2. Psikiyatrik bir tanısı var mıydı? Varsa;
 - Ne kadar süredir devam ediyordu?
 - Düzenli kullandığı ilaç/ilaçlar var mıydı?
 - Kontrollere düzenli gidip geliyor muydu?
 - Serviste yatış öyküsü var mıydı?
3. Alkol, madde ya da sigara kullanıyor muydu?
4. Askerliğini tam olarak yapmış mıydı?
5. Evli ise evliliğinde herhangi bir problem yaşamış mıydı, ilişki problemi var mıydı?
6. Daha önce herhangi bir adli olaya karışmış mıydı?
7. Başına daha öncesinde travmatik bir olay gelmiş miydi (kaza, felaket, tecavüz vs..)?
8. Daha öncesinde herhangi bir şekilde intihar girişiminde bulunmuş muydu? Bulundu ise;
 - Ne şekilde bulundu?
 - Kaç kez bulundu?
9. Daha öncesinde birisinin intiharına şahitlik etmiş miydi?

Soy geçmişi:

1. Ailesinde psikiyatrik hastalığı olan birisi var mıydı?
2. Ailesinde intihar girişiminde bulunan birisi var mıydı?

İntihar ile ölümü:

1. Ne şekilde intihar etti?
2. Son 1 aydır intihar edeceğine dair bir söylemi/planı var mıydı?
3. İntihardan hemen önce ya da intihar eylemini gerçekleştirdikten sonra yardım arama davranışında bulundu mu?
4. İntihar notu bırakmış mıydı?
5. İntihar öncesi 1 aylık süreçte medikal tedavi başvurusu olmuş muydu?

