

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİ İLE YAPILAN
BAŞVURULARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ**

Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR

**Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Ayhan AKÖZ**

**Uzmanlık Tezi
ERZURUM - 2012**

İÇİNDEKİLER

ONAY	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VII
KISALTMALAR.....	IX
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
GRAFİKLER DİZİNİ.....	XI
TABLolar DİZİNİ.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İntiharın Tanımı	4
2.2. İntihar Girişiminin Tanımı	8
2.3. İntihar Davranışlarının Sınıflandırması.....	8
2.3.1. Durkheim sınıflaması	8
2.3.2. Shneidman sınıflaması.....	9
2.3.3. Baechler sınıflaması	9
2.4. İntiharın Epidemiyolojisi ve İlişkili Faktörler	10
2.5. Demografik Özellikleri	11
2.5.1. Yaş.....	11
2.5.2. Cinsiyet.....	12
2.5.3. İrk	14
2.5.4. Din	14
2.5.5. Eğitim	15
2.5.6. Meslek	16
2.5.7. Medeni durum	17
2.6. Coğrafi Etkenler.....	17
2.7. Daha Önceki Özkıyım Girişimleri.....	18
2.8. Kullanılan Özkıyım Yöntemi ve Ciddiyeti	20
2.9. İntiharda Toksikoloji.....	22
2.10. Etyoloji	24

2.10.1. Biyolojik faktörler.....	24
2.10.2. Psikolojik faktörler.....	25
2.11. Tedavi.....	28
2.11.1. Tedaviye yönelik yaklaşımlar.....	28
2.11.2. Hastaneye yatırarak tedavi.....	29
2.11.3. Hastaneye yatırmadan tedavi.....	30
2.11.4. Medikal-İlaç tedavisi.....	30
3. MATERYAL METOD.....	32
3.1. Çalışma Alanının Genel Özellikleri	32
3.2. Çalışmanın Dizaynı.....	34
3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	34
3.4. Dışlama Kriterleri	35
3.5. Verilerin Toplanması	35
3.6. Etik ve İstatistiksel Analizler.....	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	89
6. SONUÇ	105
KAYNAKLAR	107

ONAY

“Acil servise intihar girişimi nedeni ile yapılan başvuruların demografik ve klinik özellikleri” isimli çalışmamız Acil Tıp Anabilim Dalı’nın 10 Nisan 2009 tarih ve 79 sayılı yazısı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nun 21 Nisan 2009 tarih ve 132 sayılı kararı ile Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulu’nun 29 Nisan 2009 tarih ve 874 sayılı kararı ile Yrd. Doç. Dr. Ayhan AKÖZ’e denetiminde Arş. Gör. Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR tarafından tez olarak çalışılması uygun görülmüştür. Çalışma ayrıca Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı’nın 14.03.2012 tarihli ve 1 nolu oturumunun 3 nolu Bölüm Kurul Kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir.

TEŞEKKÜR

Başta eğitimim süresince hiçbir zaman desteğini ve emeğini esirgemeyen sevgili hocalarım Doç. Dr. Şahin ASLAN, Doç. Dr. Zeynep GÖKCAN ÇAKIR, Yrd. Doç. Dr. Mustafa UZKESER, Yrd. Doç. Dr. Atıf BAYRAMOĞLU, Yrd. Doç. Dr. Murat SARITEMUR ile acil servis asistan arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Tezimin fikir aşamasından sonuçlanmasına kadar ki süreçte değerli vaktini ve bilimsel desteğini her anımda esirgemeyen Doç. Dr. Mücahit EMET hocama ve tez yöneticisi Yrd. Doç. Dr. Ayhan AKÖZ'e en içten teşekkürlerimi sunarım. Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, hiçbir zaman katkılarını unutmayacağım çalışma arkadaşlarım ve bölümümüz tüm personeline en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ve tabii ki...

Bu günlere gelebilmem için maddi manevi hiç bir fedakarlıktan kaçınmayan tüm aileme teşekkür ederim. Çalışmalarım boyunca maddi, manevi fedakar desteğini her zaman yanımda bulduğum sevgili eşim Halil Timurhan GÜR, kızlarım Elmas Canfer GÜR ve Zeynep Terlan GÜR'e şükranlarımı sunarım.

Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR

ÖZET

Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri

Giriş ve Amaç: Parasuisid acil servislerimizi sıkça meşgul eden ve ileride gerçekleşecek suisid ihtimalini gösteren önemli bir sağlık sorunudur. Bölgemizdeki parasuisid hastalarının epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin incelenmesi bize, bu hastalara yaklaşımda yol gösterecektir. **Metod:** Acil servisimize 45 ayda gelen yetişkin parasuisid hastaları kesitsel olarak cinsiyetlerine, Erzurum il sınırı içi/dışından gelmelerine, intihar şekline, son 6 ay içinde psikiyatri başvurusu olup olmamasına, daha önceden psikiyatrik tanı olup olmamasına, daha önceden intihar girişimi olup olmamasına, başvuru mevsimine, intihar girişim saatine, acile getirilişlerindeki gecikme süresine ve ilaçla zehirlenen hastalar da şikayetlerine göre incelenmiştir. Gruplarda x2, t testi veya Mann Whitney U testi ile anlamlı görülen parametreler mutivarite analizle incelenmiştir.

Bulgular: Yüzde 66,8'i bayan olan toplam 533 hastanın incelenmesinde, evli kadınlarda ve bekâr erkeklerde intihar girişimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Antidepresan ile zehirlenme bayanlarda, Salisilat ve alkol alımı ise erkeklerde daha yüksektir. Agresif suisidler erkeklerde, agresif olmayan suisidler ise bayanlarda daha sık görülür. Erzurum il dışından sevk edilen hastalar genellikle organofosfat zehirlenmesi olan hastalar ve şuur kaybı olan hastalardır. Kırsal alanda organofosfat zehirlenmesi daha yüksektir. Son altı ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olan intihar teşebbüsünde bulunan hastaların, son altı ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olmayanlara göre, daha önce intihar girişiminde bulunma ihtimali 2,5 (%95 CI:1,3-4,9) kat, daha önce psikiyatrik tanısının olma ihtimali de 19,9 (%95 CI: 11,1-35,9) kat azalmaktadır. Daha önceden psikiyatrik tanısı olan intihar girişiminde bulunan hastaların daha önceden psikiyatrik tanısı olmayıp intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre; daha önceden intihar girişiminde bulunma ihtimali 4 (%95 CI: 2,0-8,0) kat, son 6 ayda psikiyatriye başvurusunun olma ihtimali 19,6 (%95 CI: 10,9-35,2) kat ve aile bireylerinin en az birinin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısının olma ihtimali 2,5 (%95 CI: 1,1-5,6) kat artmaktadır. Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde

bulunan hastalara göre daha önceden psikiyatrik tanısının konulmuş olması ihtimali 4 (%95 CI: 2,0-7,8) kat; son altı ayda psikiyatriye başvurma ihtimali 2,3 (%95 CI:1,2-4,6) kat ve acilde ajitasyon gösterme ihtimali 2,6 (%95 CI: 1,1-6,0) kat artmaktadır. İntihar girişimi anlamlı olarak en sık ilkbaharda görülmektedir. İlkbaharda antidepresan ilaç olarak intihara teşebbüs oranı fazla iken; yazın organofosfat olarak intihar girişiminde bulunma oranı fazladır. Organofosfat veya salisilat alanlarda, organofosfat/salisilatla intihar girişiminde bulunmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bulantı görülmektedir. Organofosfat ile intihar girişiminde bulunanlarda, diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunanlara göre daha düşük oranda; analjezik veya parasetamol veya antibiyotik ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre daha yüksek oranda mide ağrısı şikâyeti görülmektedir. Şuur kaybı; analjezik veya parasetamol veya antibiyotik ile intihar girişiminde bulunanlarda, bulunmayanlara göre daha az görülmektedir. İntihar girişiminde bulunan kadınlar erkeklere göre; multidrug alanlar tek ilaç ile suisid girişiminde bulunanlara göre acil servisimize daha geç getirilmektedir. Erzurum il sınırları dışından gelen hastaların ortalama varış süresi yaklaşık 6 saattir.

Sonuç: Acil servisimize başvuran parasuisid hastalarının metodlarda değinilen gruplandırmaya göre incelenmesinde önemli farklılıklar göze çarpmaktadır. Acil serviste tedavi ve takibin planlamasında bu veriler yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: İntihar girişimi, Türkiye, doz aşımı, zehirlenme, agresif, intihar amacı

ABSTRACT

Demographic and Clinical Characteristics of the Parasuicide Patients that admit to Emergency Department

Introduction and Aim: Admittance to the emergency department (ED) due to parasuicide, which reflects completed suicide in the future, is common and an important health issue. Analyzing epidemiologic and clinical characteristics of parasuicide patients will aid to better approach these patients.

Method: Adult parasuicide patients that admitted to our ED in 45 months period analyzed cross-sectionally by means of gender, inside/outside the border provinces of Erzurum, type of parasuicide (aggressive/non-aggressive), the application of psychiatry in the last 6 months (yes/no), previously diagnosed as mentally ill (yes/no), previous parasuicide attempt (yes/no), season, hour of suicide attempt, delay time of ED attendance, and according to complaints of patients overdosed with drugs. In the groups, significant different parameters calculated with χ^2 , t and Mann Whitney U tests are further analyzed with multivariate analyzes.

Results: When 533 patients %66.8 of whom were female was analyzed, it was observed that married women and bachelor men attempts to suicide more. Poisonings with antidepressants are predominant in females while salicylate and alcohols are predominant in men. Aggressive parasuicides are predominant in males while non-aggressive parasuicides are predominant in women. Patients who come outside the border provinces of Erzurum are characterized with organophosphate poisonings and unconsciousness. Organophosphate poisonings are predominant in urban. For the patients that applied to psychiatry in the last 6 months, presence of previous parasuicide and diagnosing any mental illness previously decreased 2.5 (%95CI:1.3-4.9) and 19.9 (%95CI: 11.1-35.9) times, respectively. For the patients that were previously diagnosed as having a mental illness, previous suicide attempt, application to psychiatry in the last 6 months and presence of mental illness in one of the family members increases 4 (%95CI: 2.0-8.0), 19.6 (%95CI: 10.9-35.2) and 2.5 (%95CI: 1.1-5.6) times, respectively. For the patients with previous suicide attempt, diagnosing any mental illness previously, application to psychiatry in the last 6 months and agitation in ED

increases 4 (%95CI: 2.0-7.8), 2.3 (%95CI: 1.2-4.6) and 2.6 (%95CI: 1.1-6.0) times, respectively. Suicide attempts significantly increases in the fall. Parasuicide with antidepressants are predominant in the fall while organophosphate poisonings are predominant in the summer. Organophosphate or salicylate intake is significantly associated with nausea. Organophosphate intake is negatively; analgesic, paracetamol or antibiotic intake is positively associated with stomachache. Unconsciousness is uncommon with analgesic, paracetamol or antibiotic intake. Delay time of ED attendance is higher in females or multidrug overdoses. Delay time of ED attendance for patients that came outside the border provinces of Erzurum is approximately 6 hours.

Results: Important differences were observed when parasuicide patients that attempted to our ED are analyzed based on grouping details mentioned in methods section. These data will provide guidance for treatment planning and follow-up in ED.

Key words: suicide attempt, Turkey, overdose, intoxication, aggressive, suicide intent

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumuna
HAA	: Hipotalamus- Hipofiz adrenal aks
TCA	: Trisiklik Antidepresan

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünya İntihar Hızları Haritası.....	18
Şekil 2. Çalışmada her hasta için kullanılan Form.....	36

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hastaların cinsiyetlere göre dağılımı.....	39
Grafik 2. Erzurum il sınırları içinden ve dışından gelen hastalar	43
Grafik 3. Hastaların yaşadıkları yerleşim yerinin nüfusuna göre ayrılması.....	47
Grafik 4. Hastaların intihar şekline göre gruplandırılması.....	52
Grafik 5. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatri polikliniğine başvuru durumlarına göre gruplandırılması	55
Grafik 6. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısı olup olmamasına göre gruplandırılması	59
Grafik 7. Hastaların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre incelenmesi	63
Grafik 8. Mevsimlere göre acil servise başvuran intihar teşebbüsü hastalar.....	67
Grafik 9. Hastaların cinsiyetlere göre intihar girişim saatinin incelenmesi	70
Grafik 10. Hastaların intihar şekli grubuna göre intihar girişim saatinin incelenmesi ..	70
Grafik 11. Hastaların medeni durumuna göre intihar girişim saatinin incelenmesi	71
Grafik 12. Hastaların mevsimlere göre intihar girişim saatinin incelenmesi	71
Grafik 13. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre intihar girişim saatinin incelenmesi	72
Grafik 14. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre intihar girişim saatinin incelenmesi	72
Grafik 15. Hastaların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre intihar girişim saatinin incelenmesi	73
Grafik 16. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre intihar girişim saatinin incelenmesi	73
Grafik 17. Hastaların ailesinde intihar öyküsünün varlığına göre intihar girişim saatinin incelenmesi	74
Grafik 18. Mevsimlere göre hastaların intihar girişim saatinin incelenmesi.....	74
Grafik 19. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre intihar girişim saatinin incelenmesi	75
Grafik 20. Hastaların organofosfat alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi ..	75
Grafik 21. Hastaların antidepresan alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi ..	76
Grafik 22. Hastaların analjezik alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi.....	76

Grafik 23. Hastaların salisilat alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi.....	77
Grafik 24. Hastaların antibiyotik alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi.....	77
Grafik 25. Hastaların cinsiyetlere göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi.....	78
Grafik 26. Hastaların intihar şekli grubuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi	78
Grafik 27. Hastaların iş grubuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi.....	79
Grafik 28. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre geliş saatlerinin incelenmesi	79
Grafik 29. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi.....	80
Grafik 30. Hastaların mevsimlere göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi.....	80
Grafik 31. Hastaların daha önce intihar girişiminin durumuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi	81
Grafik 32. Hastaların ailesinde intihar öyküsüne göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi	81
Grafik 33. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısına göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi	82
Grafik 34. Hastaların ailede psikiyatrik hikâyesine göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi	82
Grafik 35. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi	83
Grafik 36. Hastaların cinsiyetlere göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi	84
Grafik 37. Hastaların organofosfat alımına göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi.....	85
Grafik 38. Hastaların başka ilaç alımına göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi.....	86
Grafik 39. Hastaların intihar şekli grubuna göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi.....	87
Grafik 40. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre geliş saatlerinin incelenmesi	88

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ülkelere göre intihar oranları (100 bin kişi başına).....	7
Tablo 2. TÜİK Verilerine Göre İntiharların Yıllara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	13
Tablo 3. Türkiye genelinde 2010 yılındaki aylara göre intiharlar.....	20
Tablo 4. Şekline göre intiharlar 2010	22
Tablo 5. 2010 yılındaki cinsiyete göre illerin nüfus dağılımı	33
Tablo 6. İntihar girişiminde bulunan bayanların yaş gruplarına ve medeni durumuna göre sınıflandırılması.....	38
Tablo 7. İntihar girişiminde bulunan erkeklerin yaş gruplarına ve medeni durumuna göre sınıflandırılması.....	38
Tablo 8. Hastaların cinsiyetlere göre aldığı ilaçların incelenmesi	39
Tablo 9. Agresif olmayan suisid girişiminde bulunan hastaların aldığı ilaçların cinsiyetlere göre incelenmesi	40
Tablo 10. Hastaların cinsiyetlere göre klinik özellikleri.....	40
Tablo 11. Agresif olmayan suisid girişiminde bulunan hastaların klinik özelliklerinin cinsiyetlere göre incelenmesi	41
Tablo 12. Hastaların cinsiyetlere göre sosyokültürel özellikleri.....	42
Tablo 13. Hastaların cinsiyetlere göre psikiyatrik özellikleri	43
Tablo 14. Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre aldığı ilaçların değerlendirmesi.....	44
Tablo 15. Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre klinik özellikleri	45
Tablo 16. Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre sosyokültürel özellikleri	46
Tablo 17. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre psikiyatrik özellikleri.....	47
Tablo 18. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre aldığı ilaçların değerlendirmesi	48
Tablo 19. Hastaların periferden veya şehir merkezinden gelmelerine göre klinik özellikleri	49

Tablo 20. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre sosyokültürel özellikleri	50
Tablo 21. Hastaların periferden veya şehir merkezinden gelmelerine göre psikiyatrik özellikleri	50
Tablo 22. Erzurum'un içinden gelen intihar girişiminde bulunan hastaların Erzurum'un dışından gelen intihar girişiminde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi...	51
Tablo 23. İntihar şekline göre hastaların sayısı.....	51
Tablo 24. Hastaların İntihar şekline göre klinik özelliklerinin incelenmesi.....	52
Tablo 25. Hastaların İntihar şekline göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi	53
Tablo 26. Hastaların İntihar şekline göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi.....	54
Tablo 27. Agresif suicid gerçekleştiren hastaların agresif suicid gerçekleştirmeyen hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi	54
Tablo 28. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre aldığı ilaçların incelenmesi	55
Tablo 29. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre klinik özelliklerinin incelenmesi	56
Tablo 30. Hastaların son 6ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi.....	57
Tablo 31. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi.....	57
Tablo 32. Son 6 ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olan intihar girişiminde bulunan hastaların son 6 ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olmayan intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi	58
Tablo 33. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre aldığı ilaçların incelenmesi	59
Tablo 34. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre klinik özelliklerinin incelenmesi	60

Tablo 35. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi.....	61
Tablo 36. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi.....	61
Tablo 37. Daha önceden psikiyatrik tanısı olan intihar girişiminde bulunan hastaların daha önceden psikiyatrik tanısı olmayıp intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi	62
Tablo 38. Hastaların daha önce intihar girişimine göre aldığı ilaçların incelenmesi	63
Tablo 39. Hastaların daha önce intihar girişiminin varlığına göre klinik özelliklerinin incelenmesi	64
Tablo 40. Hastaların daha önce intihar girişiminin varlığına göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi.....	65
Tablo 41. Hastaların daha önce intihar girişiminin varlığına göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi.....	65
Tablo 42. Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi.	66
Tablo 43. Mevsimlere göre ilaç alımı, sosyokültürel, klinik, psikiyatrik ve ailevi özelliklerde anlamlı bulunan parametreler	67

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi boyunca bütün toplumalarda her zaman görülen intihar sadece ruh hekimlerini ilgilendiren bir sorun olmayıp ekonomik, kültürel ve toplumsal yönleri vardır [1, 2]. Dünya Sağlık Örgütü, intiharları gerçek intiharlar ve intihar girişimleri olarak ikiye ayırarak gerçek intiharları ölümle sonuçlananlar olarak belirlemektedir. İntihar girişimleri ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlenmek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik, ölümcül olmayan tüm istemli girişimlerdir [2]. Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım biçimi vardır. Bu yaklaşımlar aslında çeşitli psikiyatrik kuramlara bağlı olarak ortaya atılırlar ve o kuramın kuralları çerçevesinde intiharlar açıklanmaya çalışılır. İntihara ilişkin en önemli kuramlardan biri, Durkheim'in toplumsal yönelimli kuramıdır; yaklaşık 100 yıl kadar önce yapılan çalışma, insanlık tarihi kadar eski olan intihar olgusuna yaklaşımda ne kadar geç kalındığının somut bir göstergesidir. Durkheim'e göre, intihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğundan, çatışmalardan kaynaklanmaktadır [3]. Topluma bağlılık oranı fazla olan kişilerde intihar olaylarının, grup özdeşleşmesi yapamamış kişilere oranla daha seyrek olduğunu, intihar oranının evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde evli olanlardan, dindar olmayanlarda dinine bağlı kişilerden daha yüksek olduğunu açıklamıştır. Ekonomik bunalım ya da savaş yenilgisi sonrası gibi toplum değerlerinin bozulduğu dönemlerde de intihar olaylarının arttığını saptamıştır. Durkheim bu bulgulardan, kişinin özdeşleştiği toplum grubuyla olan bağlarının zayıflamasının ve grubuna yabancılaşmasının intihar olaylarında başlıca etmen olduğu sonucuna varmıştır [3].

İntihar riskiyle anlamlı olarak ilişkisi olduğu düşünülen birçok psikososyal risk etmeni sayılmıştır. Evlilikle ilgili sorunlar, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey, yalnız yaşama, göç öyküsü, stresli yaşam olayları örneğin, bir yakının ölümü veya iş kaybı, gözaltında bulunma ve tutuklu olma gibi durumlarda da intihar riski artar [4, 5]. İntiharın sosyodemografik risk etmenleri arasında erkek cinsiyeti, işsizlik, yoksulluk, bekâr, boşanmış, dul ya da ayrı yaşıyor olma, ergenlik gibi durumlar sayılabilir [6-8]. Eğitim düzeyinin intihar girişimi gösteren gruplarda düşük olduğuna dair yayınlar vardır [9, 10]. Türkiye'de yapılmış çeşitli araştırmalarda intihar girişimlerinin bekârlarda evlilere göre daha çok görüldüğü bildirilmekle birlikte, ülkemizde evlilik sorunlarının

kronikleşme eğilimi ve evliliğin batılı ülkelere oranla daha sınırlayıcı olması nedeniyle evlilerde de (daha çok evli kadınlarda) yüksek oranlar saptanmaktadır [11-15]. İntihar girişimi nedenleri araştırıldığında kadınlarda “aile ve evlilik sorunlarının bazı araştırmalarda ilk sırayı alması da bunu destekleyen bir bulgudur [16].

Japonya, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi sıklık verileri oldukça geçerli araştırmalara dayanmakta ise de, intihara karşı ağır dinsel ve töresel değer yargıları taşıyan toplumlarda yeterli veri toplamak çok güç, belki de olanaksızdır [17]. Batı Avrupa Ülkeleri ve ABD’de intihar, ölüm nedenleri arasında 5.-10. sıralarda yer almaktadır. ABD’de her 20 dakikada 1, günde 75, yılda 30000 kişi intihar etmektedir [18]. Değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda intihar oranları 100000’de 2-45 olarak bulunmuştur [1]. En yüksek intihar oranları Kuzey Avrupa Ülkeleri ve Japonya’da (100000’de 25’den yüksek) bildirilmektedir. Bu oran İspanya, İrlanda, İtalya ve Mısır’da daha düşüktür (100000’de 10’dan az) [18]. Ülkemizde intihar oranı 1995 yılı için 100000’de 2.37 olarak bulunmuştur. İntihar girişimlerinin oranını saptamak güçse de, diğer ülkelere göre intihar oranlarının 10-20 kat daha az olduğu sanılmaktadır [1].

Çalışmalarda intihar olaylarının en çok genç yaşlarda olduğu saptanmıştır. İntihar biçimleri arasında da en sık görüleni ası olup intihar nedenlerin %54’ü bu yolu kullanmışlardır. Geri kalanların %18’i ilaç ve kimyasal madde almak, atlamak, ateşli silah, kesici alet ve kendini yakmak yoluyla intihar etmişlerdir [2]. İntihar girişimleri kadınlarda 4 kat fazla olmasına rağmen intihar nedeniyle ölümler erkeklerde 3 kat daha fazladır. Sosyolojik araştırmalar, sosyal izolasyon ve yabancılaşmanın artışı, alkol ve uyuşturucu kullanımının yaygınlığı ile intihar davranışının arttığını göstermektedir. İntihar olgularının %95’inde temelde psikiyatrik bir rahatsızlığın bulunduğu bilinmektedir. Ölümle sonuçlanan intiharların yaklaşık %70’i depresyonlu ya da alkol bağımlısı hastalara aittir [17]. Tüm intihar girişimlerinin %5’i ciddi, %30’u ambivalan (ölmeyi hem ister, hem de istemez) ve %65’i gösteri biçimindedir yani ölme niyeti taşımamaktadır. Yapılan bir çalışmada intihar edenlerin %80’inin daha önce intihar edeceklerini bir şekilde bildirdikleri ve intihar edenlerin %50’sinin intihardan önceki bir ay içinde, %25’inin de intihardan önceki bir hafta içinde tıbbi yardım için doktora başvurdukları bildirilmektedir [1]. Psikiyatrik rahatsızlıklar, intiharın en çok rastlanan etkenidir. Bu nedenle, psikiyatrik rahatsızlıkları olanlar arasında intihar davranışlarının görülme sıklığı yüksektir [19].

Sonuç olarak; intihar girişimleri kadınlarda fazla olmasına rağmen intihar nedeniyle ölümler erkeklerde daha fazladır. Kültürden kültüre değışmekle birlikte intihar aracı olarak erkekler ateşli silah ve asıyı yani agresif girişimli intiharları, kadınlar ise ilaç ve kimyasal maddeleri yani agresif girişimli olmayan intiharları tercih etmektedirler. Hastanemize başvuran hastalardaki intihar girişim yöntemleri arasında; ilaç içme, ateşli silah yaralanması, kendini asma, yüksekten atlama, kesici delici aletle kendini yaralama, araç altına atlama, kendini yakma, toksin maddeye maruziyet ve diğer yöntemleri sayabiliriz. Biz bu çalışmada; hastanemiz acil servisine intihar girişimi sebebi ile başvuran hastaları demografik özellikler, maliyet, intihara neden olan sorun ve kullanılan yöntem açısından değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın Tanımı

İnsanoğlunun bir anlam veremediği, anormal olarak nitelendirdiği insanın kendi canına kıyması eylemi acı verici bir olaydır. İntiharın herkes tarafından kabul edilebilir bir tanımını yapmak son derece güçtür. Çünkü intihar olgusu ile ilgili bir konuyu açıklayabilmek için bu durumun sağlam temellere dayandırılması gerekir. Yüzyıllar boyunca intihar etmek, kahramanlık, cesaret, ruhsal hastalık, zayıflık, korkaklık, günah, delilik, suç bazen de onurlu bir davranış olarak oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Bu farklılığın sebebi, insanın isteyerek ve kasten kendi canına kıymasının toplumdan topluma, din, hukuk, kültür ve zamana örf adet gelenek göreneklere göre değişebilmesinden kaynaklanmaktadır [20].

İntihar bilimine suicidology denir. Suicide (intihar) kavramının ortaya çıkışı olkökenlienidir. Latin kökenli kelimelerden oluşur. Latince değildir. İntihar latince 'insanın kendi kendini öldürmesi' anlamına gelen 'sui' yani 'ben' ve 'cedere' yani öldürmek, kıymak anlamına gelen iki sözcüğün bir araya gelmesi sonucu 'suicidere' den İngilizce'ye suicide şeklinde geçmiştir [21].

Dilimize ise ilk kez Tanzimat döneminde Türkçe'ye çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu kelime Arapça'da ise göğüs, göğüse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlak bıçakla kesme kurban anlamlarına gelen "**nahr**" kökünden gelmiştir [22]. Son dönemlerde bazı eserlerde ise intihar yerine özkıyım ya da özekıyım gibi kavramlarda kullanılmaya başlanmıştır [23].

Aslında intiharı tanımlarken temel öge olan insanı ele almak gereklidir. Herkes kendine göre tanım yapmaktadır. Littre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tarif eder. Littre'ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanın da bu eylemini intihar olarak kabul etmek gerekir. Durkheim ise kaza ile olma şartını tanımın dışına çıkarır. Durkheim'a göre insanın kendisini ölüme götüreceğini bilerek yaptığı eylem bir intihardır [24]. Yani "ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu veya olumsuz bir girişimin doğrudan yada dolaylı sonucu olan her türlü ölüm olayı intihardır" diye tanımlamıştır [25].

Delmas ise intiharı, bir insanın yaşamla ölüm arasında bir seçim yapabileceği durumda her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşır ölümü tercih edip kendini öldürmesi olarak tanımlamıştır. Bunun yanı sıra kişinin kendi davranışıyla sebep olduğu, fakat tam iradeli ve istekli olmayan ölüm isteği şekillerine ise sözde intihar (pseudo suicide) adını verir. De Fleury ise “Gerçek intihar sayılan davranışta, insan yaşamak isteyeceği yerde, şiddetle ölmek ister, bir bakıma ölüme susamıştır” diyerek tanımlama yapmaktadır [26]. Edwin Schneidman ise intihara çok yönlü bir hastalığı sonlandırılması olarak bakmaktadır. Bu esnada sıkıntılı sonu gelmeyen olumsuz olaylar arasında ambivalans hali bulunmaktadır. Bulunduğu kötü durumdan kurtulma amacına yönelik patolojik bir davranış biçimidir. Kendince intihar edenlerde patolojik davranışın temelinde patolojik bir kişiliğin de bulunduğunu ifade etmektedir [26].

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır [24]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır [27-29]. Dünyadaki intiharlara bakıldığında, günde ortalama olarak 1000 kişinin intihar nedeniyle öldüğü, 42 saniyede bir kişinin ise intihar girişiminde bulunduğu gözlemlenmiştir [30]. Genel bir terim olarak intihar davranışı yaygın kullanım görmektedir. İntihar davranışı terimiyle düşünceyle başlayıp ölümle sonuçlanan bir davranış yelpazesi ve süreci anlatılmaktadır. İntihar davranışı genel bir terim olup bu terimle tamamlanmış intihar, intihar girişimi, intihar düşüncesi anlatılmak istenmektedir [31].

Ülkelere göre intihar oranları: Aşağıdaki tablonun özellikle en alt sıralarında yer alan ülkeler hakkındaki veriler daha az güvenilir olabilir. 2008 yılına ait Türkiye verisinin kaynağı Türkiye İstatistik Kurumuna (TÜİK) aittir.

Tablo 1. Ülkelere göre intihar oranları (100 bin kişi başına)

Ülke	Erkeklerde	Kadınlarda	Tüm nüfusta	Yıl
Litvanya	68,1	12,9	38,6	2005
Belarus	63,3	10,3	35,1	2003
Rusya	58,1	9,8	32,2	2005
Slovenya	42,1	11,1	26,3	2006
Macaristan	42,3	11,2	26	2005
Kazakistan	45	8,1	25,9	2005
Letonya	42	9,6	24,5	2005
Japonya	34,8	13,2	23,7	2006
Ukrayna	40,9	7	22,6	2005
Güney Kore	29,6	14,1	21,9	2006
Belçika	31,2	11,4	21,1	1997
Estonya	35,5	7,3	20,3	2005
Finlandiya	31,1	9,6	20,1	2005
Hırvatistan	30,5	9,7	19,7	2005
Sırbistan-Karadağ	28,4	11,1	19,5	2006
Hong Kong	22	13,1	17,4	2005
Moldova	31,5	5,1	17,8	2006
Fransa	26,4	9,2	17,6	2005
İsviçre	24,7	10,5	17,6	2005
Polonya	27,8	4,6	15,8	2005
Avusturya	24,7	7	15,6	2006
Çek C.	25,5	5,6	15,3	2005
Uruguay	24,5	6,4	15,1	2001
Çin	13	14,8	13,9	1999
Danimarka	19,2	8,1	13,7	2001
Yeni Zelanda	20,3	6,5	13,2	2008
İsveç	19,5	7,1	13,3	2002
Bulgaristan	19,7	6,7	13	2004
Almanya	19,7	6,6	13	2004
Slovakya	22,3	3,4	12,6	2005
Romanya	21,5	4	12,5	2004
Küba	18,6	6,2	12,4	2004
Bosna-Hersek	20,3	3,3	11,8	1991
Norveç	15,7	7,4	11,6	2005
Kanada	17,3	5,4	11,4	2004
İzlanda	16,2	6,1	11,2	2005
Portekiz	17,5	4,9	11,2	2003
ABD	17,7	4,5	11,1	2005

Ülke	Erkeklerde	Kadınlarda	Tüm nüfusta	Yıl
Avustralya	17,1	4,7	10,9	2003
Hindistan	12,2	9,1	10,6	1998
Şili	17,8	3,1	10,4	2003
Singapur	12,9	7,7	10,3	2006
Güney Afrika	25,3	5,6	-	2005
İrlanda	16,3	3,2	9,7	2005
Hollanda	12,7	6	9,4	2004
Kırgızistan	15,3	3,2	9,2	2005
Arjantin	14,1	3,5	8,7	2003
Türkmenistan	13,8	3,5	8,6	1998
Zimbabve	10,6	5,2	7,9	1990
Tayland	12	3,8	7,8	2002
İspanya	12	3,8	7,8	2005
Nikaragua	11,1	3,3	7,2	2005
İtalya	11	3,4	7,1	2003
El Salvador	10,3	3,5	6,9	2005
Makedonya	9,5	4	6,8	2003
İngiltere	10,4	3,2	6,8	2005
İsrail	10,4	2,1	6,2	2003
Kolombiya	8,9	2,6	5,7	1999
Özbekistan	8,1	3	5,5	2003
Venezüella	8,4	1,8	5,1	2002
Brezilya	6,8	1,9	4,3	2002
Meksika	7	1,4	4,1	2005
Arnavutluk	4,7	3,3	4	2003
TÜRKİYE	-	-	4	2008
Yunanistan	5,9	1,2	3,5	2006
Bahreyn	4,9	0,5	3,1	1988
Paraguay	4,5	1,6	3,1	2003
Tacikistan	2,9	2,3	2,6	2001
Gürcistan	3,4	1,1	2,2	2001
Guatemala	3,4	0,9	2,1	2003
Filipinler	2,5	1,7	2,1	1993
Kuveyt	2,5	1,4	2	2002
Ermenistan	3,2	0,5	1,8	2003
Azerbaycan	1,8	0,5	1,1	2002
Peru	1,1	0,6	0,9	2000
İran	0,3	0,1	0,2	1991
Jamaika	0,3	0	0,1	1990
Suriye	0,2	0	0,1	1985
Mısır	0,1	0	0	1987

Kaynaklar: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=105

2.2. İntihar Girişiminin Tanımı

İntihar girişimi, tamamlanmış intiharlardan 10-40 kat daha sık gözlenmekte olup tekrarı açısından en önemli risk etkenidir [32, 33]. İntihar girişiminde kişinin kendisini yok etmek, zarar vermek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan intihar girişimleridir [34, 35]. İntihar girişiminde bulunmayı düşünen kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir [36]. Tüm intihar girişimlerinin %5'i ciddi, %30'u ambivalan (ölmeyi hem ister hem de istemez) ve %65'i gösteriş içindir [37]. Daha çok dikkat çekmek için yapılmaktadır.

WHO 1986 intihar girişiminin tanımını “söz konusu birey tarafından bilinçli olarak başlatılan ve yapılan, bireyin kendisine zarar vermesine sebep olan yada başkalarının müdahalesi olmadığında bu şekilde sonuçlanan, yada genellikle belirlenen tedavi dozajı üzerinde bir madde alındığında ölümlle sonuçlanmayan alışılmadık bir olay” olarak yapmaktadır.

2.3. İntihar Davranışlarının Sınıflandırması

2.3.1. Durkheim sınıflaması

Toplumlarda oluşan “bunalımlar” intihar oranlarında değişiklikler doğurmaktadır. Emile Durkheim'in yüzyılı aşkın bir süre önce yayınladığı klâsik eserinde, sosyal değişimin etkisi ve sosyal bütünleşme düzeylerine dayanarak, intiharı üç şekilde incelediği bilinmektedir [25].

1- Bencil (Egoistik) intiharlar: Toplumsal bağların gevşek olduğu, bireyin kendini yalnız hissettiği dönemlerde görülen, bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşme eksikliğinden oluşan intihar olayı olarak tanımlanmaktadır.

2- Elcil (Altruistik) intiharlar(diğererkâm: elcil): Birey yaşamının adetler, gelenekler ve alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğuna, topluluğun (ister dinsel, isterse siyasal nitelikte olsun) buyrukları gerektirdiğinde, kişiyi öldürdüklerine işaret etmektedir [25]. Yani toplumla aşırı bütünleşmenin getirdiği bir görev anlayışıyla toplumun kişiye yüklediği taleplerden kaçınamamaktan meydana gelen intihar tipi olarak tanımlanabilir.

3- Kurlsızlık (Anomik) intiharları: Toplumun yapısında meydana gelen değışikliğin bireyin yaşam koşullarını, manevi değerlerini altüst ederek kargaşaya neden olması olarak açıklamaktadır. Bu da ahlâkî istikrarsızlığa ve aşınası olduğumuz normların kaybına yol açan toplumsal değışimden kaynaklanmaktadır [25].

2.3.2. Shneidman sınıflaması

1- Bencil (egotic) intiharlar: Psikolojik intiharlardır. Bilinçsel daralma, sabit düşünme, dünyaya at gözlüğüyle bakma gibi işlevsel olmayan özelliklerden kaynaklandığı gibi; kişinin depresyonda kendisini aşağılaması, sadece kendi mutsuzluğu, sıkıntıları ve çektiği acılar üzerinde yoğunlaşması, ruhsal süreçlerden de kaynaklanabildiği vurgulanmaktadır.

2-Çiftli (dyadic) intiharlar: Bireyin yakınları, çevresindekilerle olan ilişkilerinde doyurulmayan gereksinimleri belirleyici olup, burada bireyin ilişki bağlamında yaşadığı hayal kırıklıkları, öfkesi, mutsuzlukları, engellenmeleri ve doyurulmayan istekleri bireyin kendi canına kıymaya neden olduğu vurgulanmaktadır.

3-Soyutlanma (ageneratic) intiharları: Kişinin etrafındakilerden, kendi soyundan, neslinden ve belki de tüm insanlıktan soyutlanması (yalnızlık intiharları) olarak tanımlanmaktadır [31].

2.3.3. Baechler sınıflaması

Fransız sosyal bilimci Jean Baechler'e göre intiharlar 4 ana grupta toplanmaktadır [31, 38].

a- Kaçma intiharları: Bireyin çözümsüz olarak düşündüğü durumdan yada sorundan kaçmak isteğiyle ilişkilendirilmiş intiharlardır. Bu da kendi içinde üçe ayrılmıştır.

a) Kaçış intiharları; dayanılmaz durumdan kaçmak için meydana gelen,

b) Yas intiharları; bir kayıp sonrası gerçekleştirilen,

c) Ceza intiharı: kişinin hatası veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen intiharlardır [31]. Maris intihar sonucu ölümlerin yüzde 75'inin kaçış intiharı olduğunu belirtmiştir [38].

b- Saldırganlık intiharları: Başkalarına yönelik duygular yüzünden meydana gelmektedir. Bu da kendi içinde dört alt tipe ayrılmaktadır.

- a) İntikam intiharları; başkalarından öç almak için yapılan,
- b) Cinayet intiharları; kişinin hem başkasını hem de kendini öldürdüğü,
- c) Şantaj intiharları; başkalarını etkilemek için yapılan,
- d) Kişinin çevreye sinyal vererek yardım talep ettiği intiharlardır [31].

Maris intihar sonucu ölümlerin yüzde 20'sinin ise saldırganlık intiharları olduğunu belirtmiştir [38].

c- Adanma intiharları: Durkheim'ın elcil intiharlarını çağırıştırır. İkiye ayrılır:

- a) Kurban intiharları; kişinin kendi değerini artırmak için,
- b) Yüceleştirme intiharları; kendini bir şeye adanmak için gerçekleştirdiği intiharlardır. (Şehitlik mertebesine ulaşmayı amaçlamak örnek olarak verilebilir.)

d- Oyun intiharları: Bireyin hayatı dolu dolu yaşarken, riskli davranışlarıyla meydana gelen ölüm olaylarıdır. İki alt tipi vardır.

- a) Dayanıklılık *denemesi* intiharları; kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği,
- b) Oyun intiharları; bireyin yaşamını riske sokan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği intiharlardır. Oyun intiharlarıyla birey, yaşamda daha fazla heyecan, mutluluk vb. duyguları tatmak için ölümle sonuçlanabilecek eylemlere girişmektedir [31].

2.4. İntiharın Epidemiyolojisi ve İlişkili Faktörler

Kültürler arası farklılıklar olsa da intihar önemli halk sağlığı sorunlarından. Dünya Sağlık Örgütü'nün sonuçlarına göre gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk ondadır. Sırasıyla kalp hastalıkları, kanserler, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diyabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Gençlerdeki ölüm nedenlerinin en sıkılarından biridir. Ölümlerin yaklaşık 0,9'u intihar sonucu meydana gelmektedir. Dünyada, her gün yaklaşık 1000 kişinin intihar ettiği düşünülmektedir [39].

İntihar yöntemlerini bazıları şiddet içeren ve şiddet içermeyen şeklinde ayırmışlardır. İlaç intoksikasyonları, gaz ve suda boğulma şiddet içermeyen; ateşli silah, yüksekten atlama, kesici aletler ve ası şiddet içeren yöntemlerdir denilmiştir [40, 41].

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada her yıl 800.000'den fazla kişi intihardan dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu sayının yaklaşık olarak 200.000'ini genç erişkinler ve ergenler oluşturmaktadır [42, 43]. Türkiye İstatistik Kurumu'na göre ülkemizde tamamlanmış intiharlar, kadınlarda en çok 15-24 yaşları arasında, erkeklerdeyse 15-34 yaşları arasında meydana gelmektedir [44]. Dünyada erkek ve kadın oranları karşılaştırıldığında, erkeklerde intihar oranı kadınlara göre 3,5 kat daha fazladır. İntihar girişim oranı ise kadınlar erkeklere göre 4 kat daha fazladır [45].

Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riski, hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bildirilmektedir[39]. Avrupa ülkeleri ile Türkiye karşılaştırıldığında intihar oranları kısmen daha düşük bulunmuştur. Ancak son yıllarda özellikle gençler arasındaki intihar hızındaki artış dikkat çekmektedir [46].

2.5. Demografik Özellikleri

2.5.1. Yaş

İntiharı konu alan çalışmalarda ele alınan temel faktörlerin başında yaş ve cinsiyet faktörleri yer almaktadır. Yaş ve cinsiyetin intiharla ilişkisi araştırılmaktadır. İntihar olaylarının hangi yaş gruplarında daha sık görüldüğü, erkek ve kadınlarda intiharla intihar girişimleri oranlarının neden farklılık gösterdiği, nelere bağlı olarak ortaya çıktığı araştırmacıların temelini oluşturmaktadır. Toplam intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde daha belirgin olmak üzere yaşla birlikte arttığı görülmektedir [47]. İntihar düşüncesi ve girişimi puberte sonrası dönemde kızlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir [48]. Kendine zarar veren sorunlu ergenlerin yaralayıcı ve zor ergenler olması özel bir dikkat gerektirmektedir [49].

İntihar yaygınlığı erkeklerde 45 yaşından sonra en yüksek düzeydedir. 55 yaşından sonra ise tamamlanmış intiharların sayısında artış görülmektedir. Yaşlı erkeklerde intihar girişimi sayısı az, ancak tamamlanmış intihar oranı yüksektir [50]. Psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda da intihar girişimi görülmesi sıktır. Duygu durumu bozukluğu olanlarda 20-40 yaşları arasında görülmektedir. Bipolar bozukluklularda

çocukluktan (5-6 yaş) 50 yaşına kadar (nadiren daha ileri yaş) her yaşta görülmektedir [33, 51, 52].

Major depresyonda intihar her yaşta görülmekle birlikte genellikle 30 ile 40 yaşları arasında daha sıktır [53]. Türkiye’de intiharlar 15-24 ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaşa göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarındaysa erkeklerde yüksek oranda görülmektedir [54].

2.5.2. Cinsiyet

Temel faktörlerdendir. Türkiye’de tüm bölgelerde erkek intihar oranları kadınlarınkinden fazla olmaktadır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlarda kadın intiharlarının erkek intiharlarından fazla olduğu görülmektedir [23]. Şenol ve arkadaşları Kayseri’deki çalışmalarında kadın/erkek oranını 1,7 olarak bulmuşlardır[55]. Ambade ve arkadaşları bir çalışmada intihardan ölümlerin oranını erkeklerde %62,5, kadınlardaysa %37,5, oran olarak ta 1,7:1 bulunmuştur [56]. Çin’de kadınların intihar hızı erkek’den %25 fazladır [57].

Bercz ve arkadaşlarının Macaristan’da yaptıkları çalışmada tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır [58]. İngiltere ve Galler’de son yirmi yılda genç erkeklerde intihar oranı ikiye katlanmıştır. 35 yaş altı genç erkeklerde en yaygın olum nedenidir. Tüm gruplarda erkekler kadınlardan daha çok risk altındadır [59]. Tayland’da 1998-2003 yıllarında yapılan bir çalışmada ortalama intihar oranı 7.9:100000, erkeklerin kadınlara oranı ise 3.4:1 olarak bulunmuştur [60]. Erkeklerin intihar etme durumu genellikle kadınların 3 katı olmasına rağmen kadınlar 4 kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar [61]. Stengel, kadın intihar girişimlerinin, erkeklerinkine oranla daha fazla manipülatif ilişki kurma anlamı taşıdığını öne sürmektedir. Erkeklerde ise intihar girişim baskı kurmanın, güç gösterisinin, parasal durumlarla ilgili tehditlerin bir aracı olabilir [62].

Doshi ve arkadaşlarının çalışmasında 15-19 yaş arasındaki kadın hastaların acil servislere başvurmaları erkek hastalardan daha fazladır. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda intihar girişimlerinde bu oran kızların lehine 4:1 oranındadır [63]. Kanchan ve arkadaşlarının yaptığı postmortem 137 intihar vakasının incelendiği bir çalışmada da erkeklerin kadınlara oranı 2.8:1 olarak bulunmuştur [64]. Tüm dünyada 15- 44 yas

arasındaki başlıca ölüm nedenlerine cinsiyet farklılıkları bağlamında bakıldığında ise; ölüm nedenleri arasında intiharın, kadınlarda %7,1'lik oranla ikinci; erkeklerde ise %6,6'lık bir oranla dördüncü sırada olduğu gözlemlenmiştir [65]. Alkol erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülmektedir. Ateşli silahla intihar edenlerde de kanda alkol pozitif olma olasılığı 4,9 kat daha fazladır [66-68]. Kadında ve erkekte mayıs-haziran aylarında intiharların sık olduğu, kadınlarda bu aylara ek olarak ekim ayında da intihar sayısında artma olduğu bildirilmiştir [69].

Tablo 2. TÜİK Verilerine Göre İntiharların Yıllara ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı

YIL	ERKEK	KADIN
1987	663	435
1988	665	434
1989	717	455
1990	865	492
1991	778	450
1992	726	441
1993	732	497
1994	949	587
1995	907	553
1996	1122	683
1997	1156	834
1998	1125	765
1999	1111	742
2000	1114	688
2001	1677	907
2002	1392	909
2003	1574	1131
2004	1681	1026
2005	1740	963
2006	1782	1047
2007	1808	985
2008	1924	892
2009	2111	787
2010	2073	860

(TÜİK, İntihar İstatistikleri, 2010 sayfa7)

2.5.3. Irk

İntihar oranları cinsiyetten ırka kadar değişen geniş bir alanla ilişkilendirilebilirse de [70], cinsiyet ve eğitim farklılıkları açısından incelenmeye çalışılmıştır. Bir takım çalışmalarda intihar oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının çalışmalarında beyaz erkek ve kadınlardaki intihar etme oranı siyah erkek ve kadınlardakinden iki kat daha fazla olduğu göstermektedir [63]. Garrison ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada intihar girişimi beyaz adolesan kızlarda siyah adolesan genç kızlardan daha yüksek bulunmuştur. Siyah kızlar arasında medikal tedavi gerekliliği daha yüksektir [71] ABD’lerinde; Afroamerikanlar ülkedeki diğer gruplara göre daha düşük risk altındadırlar [72]. Popüler bir politikacının yâda filim yıldızının ardından; politik protesto amacı ile de intiharlar görülebilmektedir [73].

Japonlarda ise intihar izin verilen bir davranıştır. Ailesel anlaşmazlıklar da Doğu toplumlarında intihar nedenidir. Yerli Amerikalılar da ve İspanyol kökenli olmayan beyazlarda intihar hızı – 100 000’de 13,6 ve 12, 1 oranlarıyla oldukça yüksektir. Başka ırklarda yaşla düzeltilmiş intihar hızı 100 000’de 6 dolaylarındadır. Göç edenlerde intihar hızı göç ettiği ülke neresiyse oraya benzemektedir [57, 74].

2.5.4. Din

İslam dinine göre intihar yasaktır. Fakat buna rağmen Müslümanlar arasında da intihar edenler bulunmaktadır. Kişilerin dindarlık düzeyleri farklıdır ve intiharı engellemede dindarlık seviyesi önemlidir. Musevi-Hristiyanlık geleneğinin intihara bakışı ele alındığında ne eski ne de yeni Ahit’te insanın kendini öldürmesine yönelik doğrudan bir yasakla yoktur. Shneidman’a göre Hristiyanlık geleneğinde intiharı yasaklama, dini olmayan sebepler yüzünden ortaya çıkmıştır. İlk Hristiyanlar arasında şehitlik mertebesine ulaşarak cennete gidebilmek için kendini öldürmelerin yaygınlaşması, kilise ileri gelenlerini korkutmuş ve onları bu konuda bir yasaklama getirmek zorunda bırakmıştır. Tevrat’taki on emirden altıncısı “Öldürmeyin” diyerek öldürmemeyi emretmektedir. Aziz Thomas Aquinas altıncı emre dayanarak, kişinin kendini öldürmesinin Tanrı’ya karşı geliş olduğunu ileri sürmüştür [75]. Bütün tek Tanrı’lı dinler insanın kendisini öldürmemesi gerektiği yönünde birbirine benzer görüşler ileri sürseler de, intihara karşı en kuvvetli ve direk yasaklamayı İslamiyet’te

görmekteyiz. Canı veren Allah olduğuna göre, onu Allah'ın bilgisi dışında sonlandırmak, Tanrının yasalarına karşı gelmektir [76].

İntihar, Hristiyanlıktan farklı olarak Kur'an-ı Kerim tarafından doğrudan doğruya yasaklanmıştır. Kişilerin içinde yetiştiği toplumun dini görüşleri intiharın görülme sıklığını etkilemektedir. Bir çalışmada Levav ve Aisenberg İsrail'de doğup büyüyen Yahudiler, İsrailli Araplar, Avrupa ülkelerinden göç eden Yahudiler ve Müslüman ülkelerden İsrail'e göç eden Yahudiler arasındaki intihar olaylarını karşılaştırmıştır. Burada Müslüman ülkelerden göç eden Yahudilerin daha düşük intihar oranına sahip oldukları bulunmuştur [76].

İslam ve Katoliklik intiharı şiddetle kınamaktadırlar. Törensiz intiharların onaylandığı Japonya'da intihar hala yüksektir. Müslüman sayısı arttıkça intihar oranı azalmaktadır. Dine düşkün kişilerde boşanma, alkol ve madde bağımlılığı, tamamlanmış intihar azdır. Sosyal destek vermek kişilerin yalnızlık duygularını azaltır, depresyona karşı korur. Bunların intiharla doğrudan ilgisi varsa, dindarlık dolaylı yoldan intihar üzerinde koruyucu etki gösterecektir [77].

2.5.5. Eğitim

Eğitim en önemli sosyoekonomik düzey göstergelerindendir [78] Düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, az gelir ve yoksul yaşam risk faktörleridir [72]. Eğitim açısından yaklaşıldığında intihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik duygusu, umutsuzluk ve gerginlik sebebiyle, düşünme yeteneklerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda da mevcut çıkış yollarını, alternatifleri yetersiz düşündükleri hesaba katıldığında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir [65].

İntihar ve intihara teşebbüs edenlerin eğitim durumları yükseldikçe sebeplerinde değiştiği ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanların %93'ünün eğitim seviyelerinin lise ve daha da altında olduğunu, 5-8-11 yıllık eğitimler arası anlamlı bir farklılıkların bulunmadığını belirtilmektedir [79].

Çalışmalar, işsizliğin ve intiharın birbiriyle alakalı olduğunu, intiharların düşük sosyoekonomik durumu olanlarda daha yaygın olabileceğini desteklemektedir [80]. Avrupa'da intihar girişimleri genellikle eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından

gerçekleştirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12’si, erkeklerin ise %20’si işsizdir[81]. Türkiye’de intihar girişimlerinin ev hanımı, öğrenci gibi ekonomik olarak bağımlı olan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir [82]. Kişilerin suicid ihtimalini sosyal statüsünün yükselmesi ve düşmesi etkilemektedir. Genel olarak düşük sosyal sınıftan olmak riski arttırdığı bildirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunanların yarısından fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte olmasına rağmen, kadınların %5’i, erkeklerin %10’u üst sosyal sınıftan gelmektedir [83].

2.5.6. Meslek

İşsizlerde intihar etme oranı, işi olan gruba göre daha yüksektir. Ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar artmaktadır, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında azalmaktadır [39]. İntihar için risk grubundaki meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlardan psikiyatristler başta gelmekte, onları göz doktorları ve anesteziistler izlemektedir [39]. Tarihe baktığımızda, öz-kıyım ya da öldürmek amaçlı zehir kullanımına devlet adamları, sanatçılar ve bilim adamlarında rastlanmaktadır [84, 85].

İşsizlik intihar riskini arttırmaktadır. Durkheim çalışmanın, enerjiyi belli bir alana yönlendirmenin intihar riskini azalttığını belirtmektedir. Kişilerarası ilişkilerin az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşük, ilişkilerin çok olduğu gruplarda intihar riski yüksektir. Londra’da ki çalışmada işsizlerdeki intihar oranı genel toplumun üç kat daha fazla olarak bulunmuştur. Ankara’da ki intihar girişimi ile ilgili yapılan bir çalışmada öğrencilerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Emekli olanlarda da ihtimal artmaktadır [86]. Burns ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada suicid vakalarının 29 tanesi (%48,3) işsizdir. Bunların 25 tanesi erkek ve 4 tanesi kadın olarak bulunmuştur [87]. Cheng ve arkadaşları 1985-2000 yılları arasındaki intihar oranı ile işsizlik karşılıklı olarak birbirleriyle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir [88].

2.5.7. Medeni durum

Ebeveynlerin davranışlarının, çocuktaki mizaç, karakter, psikopatoloji ve uyumluluk, uyumsuzluk davranışları arasındaki ilişkide direk rol oynadığı bilinmektedir [89-91]. Annelerle ilişkilerdeki sorunlar (annenin negatif etkileri), annelerin psikiyatrik sorun yaşamaları, babalarla karşılaştırıldığında, çocukların mizaç özelliklerini daha çok olumsuz etkilemektedir [91-93].

Yapılan bazı çalışmalar ailede babanın yokluğu veya ebeveynlerin ayrı olması, ebeveynlerden birinin eksikliği adölesanlarda intihar girişiminde artış olduğunu göstermiştir [71]. Boşanmış yada ayrı yaşayan ana-babaların çocuklarında evliliklerdeki uyumsuzluklar, annenin eğitim düzeyi düşükse veya yaşı gençse ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmaktadır [72]. Kısaca tek ebeveynli aile çocuklarında intihar daha sık görülür [74].

Deveci ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada intihar girişimi ile başvuranların %18,4'ünde ailede psikiyatrik problem, %8,8'inde ailede intihar girişimi, %15,8'inde çevresinde intihar girişimi olduğunu saptamıştır [94]. Depresyonlu hastaların ailelerinde de önceden intihar girişiminin bulunma sıklığı suicid girişimi bulunmayan kişilere göre daha çoktur. Yapılan çalışmalar Psikiyatrik hastalığı olanlarda ailelerinde intihar öyküsü varsa özkıyım davranış riskinin arttığını göstermektedir [95].

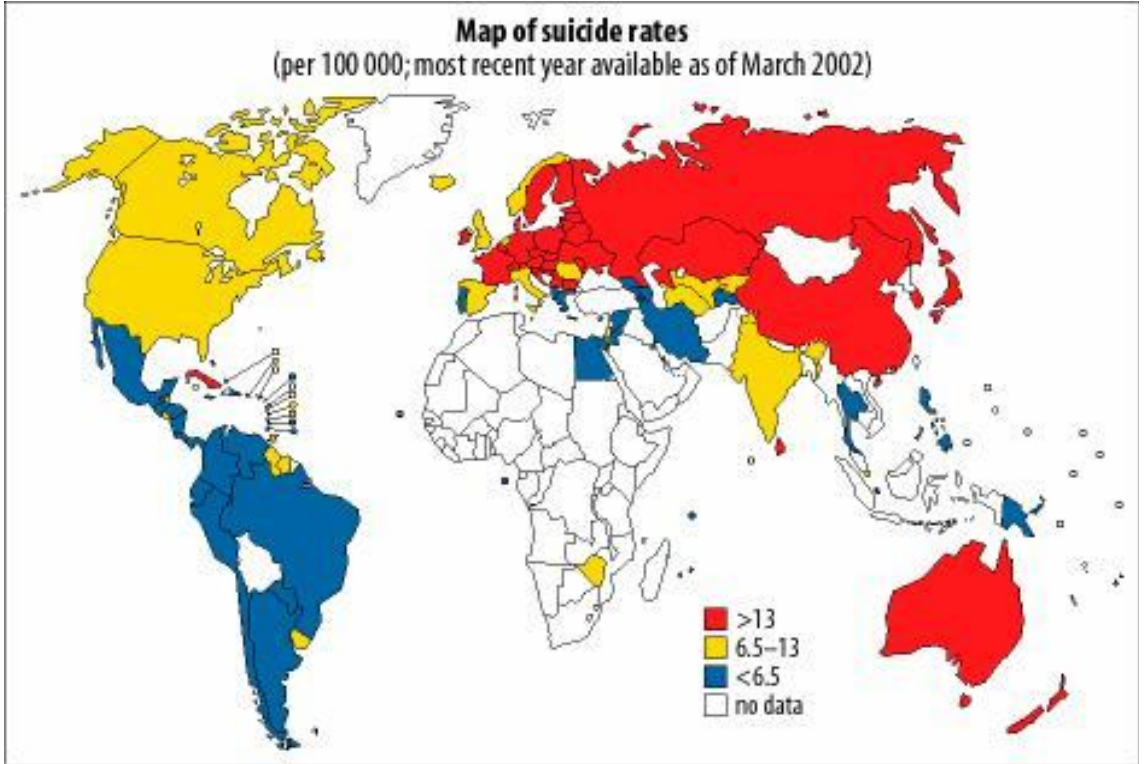
ABD'de evlilerde intihar oranı 11/100000, evlenmemiş kişilerde oran bunun neredeyse iki katı kadardır. Erkek olmak burada oranları yükseltmektedir. Boşanmış erkeklerde oran 69/100000, boşanmış kadınlarda daha düşüktür 18/100000'dir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekâr, dul veya yalnız yaşamaktadır [83]. Yapılan bir çalışmada boşanmış yada ayrı yaşayanlarda risk olmayanlara göre 11 kat fazla bulunmuştur [72].

Boşanma oranlarının ülkemizin doğusunda batısına göre daha az görülmektedir. Ülkemizdeki en yüksek intihar oranları gene Ege bölgesinde görülmektedir [96].

2.6. Coğrafi Etkenler

Türkiye'de de intihar sonucu oluşan ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği bilinmektedir [80]. Alptekin'in de [97] belirttiği gibi, en yüksek Ege,

Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde kaydedilirken en düşük oranlar Karadeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir. Türkiye'nin batısından doğuya doğru gidildikçe kadın intihar hızlarının artışı görülmektedir. Güneydoğudaki bayanlarda intihar sayısı daha fazladır. Bölgedeki tamamlanmış intiharlar sınırlı sayıda da olsa intihar girişimleri üzerine yapılan araştırmalarda [98-100] elde edilen sonuçlar gene kadınların ön planda olduğunu göstermektedir. Ülkeler arasında Doğu Avrupa'da en çok Latin Amerika'da, Müslüman ülkelerinde ve birkaç Asya ülkesinde en az intihar hızı vardır.



Şekil 1. Dünya İntihar Hızları Haritası

2.7. Daha Önceki Özkıym Girişimleri

Psikiyatrik hastalıklar, daha önceki intihar girişimleri bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun en önemli göstergesidir [101-103]. Özkıym girişimlerinin, ölümle sonuçlanabilme ihtimaline karşı [104, 105] toplumdaki sıklığının ve yaygınlığının azaltılmasının gerekliliği açıktır. Yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunmuş olan depresif hastaların yaklaşık %40'ının daha önce den girişimde bulunduğunu göstermektedir. Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunma ihtimalinin en yüksek

olduğu dönem ilk intihar girişiminden sonraki üç ay içindedir[61]. Daha önce intihar girişiminde bulunanların sonraki girişimlerinde mortalitenin daha yüksek olduğu bulunmuştur [106-108]. Hikâyede intihar girişiminin olması özkıyım girişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır [109].

İntihar girişiminin tekrarlanmasında ki başlıca risk etkenleri aile içinde stresin fazla olması, remisyona girmemiş affektif bozukluğun olması, taburculuktan sonra yapılması planlanan aile terapisine devam edilmemesi, tedavideki trisiklik antidepressanların kullanılması olarak belirtilmektedir [110-112].

Daha önceki intihar girişimlerinin tamamlanmış olsun, olmasın tekrarı için risk etkeni olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ının girişimlerini yinelediği ve %12-25'inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdikleri görülmektedirler [81, 113-115].

İntihar girişiminde bulunanların %32-60'ının son 2 ay içinde daimi hekimlerine müracaat ettikleri görülüyor ki yaklaşık %50'sinin de 1 hafta içerisinde bir hekime gittiği gösterilmiştir. Çoğu son reçete verilen ilaçların aşırı dozda alımı ile ölmektedir [116, 117]. Son 12 ayda intihar girişimini yineleyenler çoğunlukla bekâr, işsiz, alkol bağımlısı ve psikiyatrik problemleri olanlardır [118].

Tekrarlanan intihar girişiminde rol oynayabilecek kültürel ve diğer etkenlerin de incelenmesi amaçlanmıştır [119]. Akıcı yatkınlık kuramı (fluid vulnerability theory) bazı bireylerin neden bir kez intihar girişiminde bulunduğunu, bazılarının da birden fazla intihar girişiminde bulunduğunu açıklamaktadır. Bu kurama göre tekrarlayan intihar girişiminde bulunan kişilerin başlangıçta intihar girişimi riskinin yüksek olduğu, sonraki girişimleri açısından yatkınlık taşıdığı ve yaşam stresörleri ile intihar girişiminin kolayca tetiklenebildiği öne sürülmektedir [120]. Tekrarlayan intihar girişimleri mortalite ve morbiditeyi artırması açısından çok önemli bir sağlık sorunudur. İntihar yapan ergenlerin yaklaşık olarak yüzde 10'u, iki sene içerisinde ikinci kez veya daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır [67, 121].

Tablo 3. Türkiye genelinde 2010 yılındaki aylara göre intiharlar

Aylar	Toplam	Erkek	Kadın
Ocak	255	184	71
Şubat	207	147	60
Mart	291	215	76
Nisan	274	190	84
Mayıs	234	170	64
Haziran	285	216	69
Temmuz	279	186	93
Ağustos	274	189	85
Eylül	220	155	65
Ekim	206	135	71
Kasım	188	137	51
Aralık	220	149	71
Toplam	2 933	2 073	860

TÜİK, İntihar İstatistikleri, 2010 sayfa44

2.8. Kullanılan Özkıym Yöntemi ve Ciddiyeti

Sıralaması ülkelere göre değişse de, ilk üç sıradaki intihar yöntemleri, kimyasal madde (analjezikler, antibiyotikler, antidepresanlar, antihistaminikler ve koroziv etkili ilaçlar) alarak kendini zehirleme yani intoksikasyonla, ası ve kendini ateşli silahla vurma olarak belirtilmiştir [55]. Girişim yönteminin vücuda verdiği hasar arttıkça girişimin ciddiyeti de artmaktadır. Seppuku yani harakiri ortaçağ Japonya'sına ait bir yöntemdir. Şiddet içeren kılıçla yâda bıçakla yapılan savaşçıların yöntemidir.

İntihar girişimleri şiddet içeren ve içermeyen olarak iki gruba ayrılmıştır. Şiddet içerenler arasında ası, yüksekte atlama, kendini yakma, arabayla uçmak, kesici alet ve ateşli silah kullanımı; şiddet içermeyen yöntemlerden de; ilaç içme ve gazla yapılan girişimlerdir. Yöntem seçiminin incelendiği iki çalışmada, şiddet içeren girişimde bulunanların yaş ortalamalarının daha büyük olduğu ve erkeklerin çoğunlukta olduğu sonucuna varılmıştır [122]. Aile öyküsünde intihar olanların girişi şiddetle ilişkilidir [123]. Çetin ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları on yıllık bir periyodu inceledikleri çalışmada İstanbul'daki Boğaz Köprüsünden atlama yoluyla intihar eden 65 vaka incelemişlerdir. Bu vakaların 61 tanesi erkek, 4 tanesi ise kadındır. Avusturya'da

yapılan 30 yıllık bir çalışmada intihar yöntemlerinin her iki cinsten de %44,8 ile ası ilk sıradadır [124].

Avusturya'da yapılan epidemiyolojik çalışmada, kadın ve erkekler arasındaki intiharların mevsimsel eğilimi taşıdığı, her ikisinde de mayıs ayında tepe noktasına ulaştığı, şubat ayında ise düşüş gösterdiği saptanmıştır [125].

Burns ve arkadaşlarının Kuzey İrlanda'da ki çalışmalarında da her iki cinsten en sık kullanılan yöntemin ası olduğu, en sık 20-29 yaş grubunda olduğu gösterilmiştir [126]. Türkiye'de de her iki cinsiyette, intiharların neredeyse yarıya yakın bir kısmı kendini asma yoluyla gerçekleştirilmektedir. Daha sonra İkinci sırada kadınlarda kimyasal madde; erkeklerde ateşli silah kullanarak intihar gelmektedir. Üçüncü sıradaki yöntem kadınlarda yüksekten atlama, erkeklerde ise kimyevi maddeyle olmaktadır [23].

Litvanya'da 1993-2002 yıllarını kapsayan çalışmada ası yöntemi yine her iki cinsten kullanılan en yaygın yöntem olarak bulunmuştur. Asıdan sonraki en yaygın ikinci intihar metodu ise erkeklerde ateşli silah ve patlayıcılar, kadınlarda ise zehirlenmedir. Almanya, İsrail, Slovenya, Macaristan ve Estonya gibi ülkelerde de en sık görülen intihar yöntemi asıdır. Genelde bu ülkelerdeki ası oranı Litvanya'dan daha düşük olarak rapor edilmiştir. Bazı ülkelerde de yüksekten atlama yaygındır. Singapur'da %70 ile intihar için en yaygın metot yüksekten atlamadır [127].

Tayland'daki çalışmada tüm yaş gruplarında her iki cinsten de en yaygın kullanılan yöntem ası olarak tespit edilmiştir [60]. Özkıymdaki kuvvetle ilişkili olan faktörler; arasında erkek olmak, depresyonda olmak, alkol veya ilaçla ilişkili problemi bulunmak, toplumdan izole olmak, ciddi fiziksel rahatsızlığı mevcut olmak, boşanmış veya ayrı yaşıyor olmak, yakın zamanda işini kaybetmiş olmak, hapisanede olmak gibi daha çok özellik sayılabilir [59].

Kadınlarda genellikle kas gücü gerektiren yöntemleri yani şiddet içerenleri tercih etmemektedir. Seçtikleri yöntemler daha az öldürücüdür. Erkekler daha aktif metotları tercih ederler. Amaçlarına daha çabuk ulaşmaktadırlar. Bu tercihleri yaparken bile seçim sebepleri toplumsal etkilerden dolaydır. Maddeyi kötüye kullanmak, depresif bozukluklar, fobiler, adolesan öncesi evrede, davranışsal yâda duygusal bozukluklar geçirme ile intihar risklerinin arttırmaktadır [128].

Yöntemleri belirleyen etkenlerden biri de kültürdür. Evrensel olarak yüksekten atlayarak ölmek ilk ve en doğal yöntem olmuştur. Asılmak, boğulmak, atlamak eski yöntemlerdendir. Teknoloji bunlara engel olamamış yalnızca azalmasına neden olmuştur. Yerini yeni yöntemler almıştır. 18.yüzyılda ateşli silahlar,19.yüzyılda evlerdeki mevcut gazlar, 20.yüzyılda uyku ilaçları teknoloji sayesinde yerini almıştır. 20. yüzyılın özellikle son yarısın da ortaya çıkan gelişmeler, faydalı olmasına karşın; zararlı olabilen çok sayıda ilacı tıbbın hizmetine sunmuştur. Endüstrileşme ve ilerleyen teknoloji ile birlikte insan hayatına giren binlerce kimyasal madde ve ilaç, bunların kullanıldığı terör olayları nedeniyle, zehirlenmeler etkin koruma ve tedavi gerektiren acil durumlar olarak önem kazanmaktadır [129-131].

Birde Harakiri, shinju, junshi gibi geleneksel intiharlar bulunmaktadır. Buna en güzel örnek Japonya'daki intiharlardır.

Tablo 4. Şekline göre intiharlar 2010

	Toplam	Asarak	Kimyevi madde kullanarak	Yüksekten atlayarak	Suya atlayarak	Ateşli silah kullanarak
Toplam	2933 (%100)	1528 (%52,10)	204 (%6,96)	300 (%10,23)	67 (%2,28)	693 (%23,63)
Erkek	2073 (%100)	1080 (%52,10)	103 (%4,97)	177 (%8,54)	51 (%2,46)	574 (%27,69)
Kadın	860 (%100)	448 (%52,09)	101 (%11,75)	123 (%14,30)	16 (%1,86)	119 (%13,84)

Kaynak: TÜİK, İntihar İstatistikleri, 2010 sayfa10

2.9. İntiharda Toksikoloji

Özkıyım amaçlı en yaygın yöntem ilaç alımıdır. Zehir terimi ilk defa İngiliz literatüründe milattan sonra 1230 yıllarında içeriği ölümcül olabilen ilaçları ve ilaç dozlarını tanımlamak için kullanılmıştır [132]. Paracelsus'un dediği gibi “her madde zehir özelliği gösterebilir ancak ilaç ile zehri birbirinden ayıran dozudur” tanımı birçok maddenin zehirsel özellik taşıyabileceği anlaşılmaktadır. Bildiğiniz gibi ilaç iyileştirme, zehir ise öldürme amacıyla kullanılır. Tedavi için önerilen dozun fazlası alınırsa, o zaman ilaç zehir olarak kullanılmış olacaktır.

Son yüzyılda endüstrideki gelişmeyle birlikte kimyasal maddelerin yaygınlaşması; bunların da kolayca elde edilebilmesi ya da hızlı ve ani ölüm meydana getirmeleri sonucu zehirle intihar sayısında önemli artışlar meydana gelmiştir. Acil tıp servislerinin kurulması; buraya başvuran zehirlenme vakalarının istatistiksel dokümantasyonu yapıldıkça toksikolojinin önemi daha da anlaşılmıştır.

İlaç intoksikasyonu acil servislere başvuru nedenlerinden birisidir. İlaç intoksikasyonları çocuklarda sıklıkla kazara alım sonucu, erişkinlerde ise sıklıkla öz kıyım amaçlı meydana gelmektedir. Ülkemizde, acil servislerin sık karşılaştığı sorunlardan biri olmasına karşılık güvenilir morbidite ve mortalite istatistiklerine ulaşmak oldukça güçtür [133].

Toksikoloji sanayi, ekonomik ve adli toksikoloji olarak üç ana alt dala ayrılır. Sanayi toksikolojisi, hava ve sudaki kimyevi kirleticilerin zararlı etkilerini inceler, çalışma ve ev ortamında mevcut olanları da konu alır. Ekonomik toksikoloji ise ilaçlarda, yiyeceklere ilave edilen maddelerde, kozmetik, gübre ve veteriner ilaçlarındaki kimyevi maddeleri inceler. Adli toksikoloji ise özellikle ölüm veya ciddi yaralanmayla sonuçlanan vakaların tıbbi yönünü araştırır.

İlaç iyileştirme, zehir ise öldürme amacıyla kullanılır. Ama tedavi için önerilen dozdan daha fazlası alınırsa, o ilaç zehir olarak kullanılmış olacaktır. İntihar, zehirlenme sonucu ölümlerin en sık görülen şeklidir. Siyanür, arsenik ve diğer toksik maddelere sık, intiharlarda en çok, reçete ile alınmış ilaçlar karşımıza çıkmaktadır. rastlanmasa da Psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olan kişiler, bu hastalıklarının semptomlarıyla mücadele etmek için kendilerine verilen ve fazla miktarda alındığında öldürücü olabilen ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmektedirler [134].

Avustralya'da tüm çabalara rağmen ilaçların toksik dozda kullanımı önemli bir sorundur [135]. İlaçların tıbbi endikasyon dışında ya da bulunduğu toplumun kültürel ve sosyal yapısına uymayacak şekilde kullanılması "ilaç suistimali olarak" tanımlanır. Böylece bütün ilaçların (ağrı kesiciler, antibiyotikler, vitaminler gibi) suistimali mümkündür. İlaçlardan sonra keyif verici maddeler, ev kaynaklı, endüstriyel ve tarımsal kaynaklı toksik maddelerle de zehirlenme olmaktadır [132]. İlaçlardan barbitüratlar, trankilizanlar intihar amacıyla sık kullanılırken, asit içme, havagazı, çamaşır suyu, karbonmonoksit, antifriz vb. madde ve yöntemler de kullanılabilmektedir.

Kişi, ölümün ağrısız olacağını düşünerek kolay temin edebileceği maddeleri tercih eder. Kişilerin yaşadıkları çevrede en kolay ulaşabildikleri maddeleri intihar amaçlı kullandıkları da bir gerçektir. Şehirlerde ilaçlar, kırsal kesimde ise zirai mücadele ilaçları daha kolay temin edilirler.

Gelişmiş ülkelerde intihar amaçlı ilaç alımı yaygınken diğer ülkelerde kaza ile oluşan zehirlenmeler daha sıktır. Böcek ilaçları ve organofosfatlar gelişmekte olan ülkelerde sorun haline gelmektedir [136, 137]. İngiltere’de en sık intihar parasetamolle olurken, Finlandiya’da alkol ve psikiyatrik ilaçlar öne çıkmaktadır [136].

2.10. Etiyoloji

2.10.1. Biyolojik faktörler

İntiharın etiyojisinde, biyolojik açıdan genetik faktörler, endokrinolojik etkenler, nörokimyasal bulgular, EEG bulguları, nörotransmitterler, beyin biyokimyası, vb. birçok neden öne sürülmüştür.

Araştırma sonuçları intihar davranışı üzerinde genetik faktörlerin rolünün, diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik stres faktörlerinden ayrı olarak %30-50 oranında olduğunu göstermektedir [138, 139]. Bazı kişilerin yapısal olarak özkıyım davranışına daha yatkın olduğu ve bu yapısal yatkınlığın kalıtsal kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir[140].

Psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, intihar davranışında da ailesel yatkınlık söz konusudur. İkiz ve evlatlık çalışmalarından; moleküler genetik çalışmalarından elde edilen güçlü veriler vardır. Bu çalışmalarda mono zigot ikizlerde intihar ve intihar girişimi konkordansının diğerlerine göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur [138, 141]. Tek yumurta ikizlerindeki intihar artışı, yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran iki kat daha fazladır [121].

Hipotalamus- Hipofiz adrenal (HAA) aks gerçek beklenen ve algılanan zarara fizyolojik cevabı düzenleyen sistemdir. Akut strese HAA aksı aktive olur. Glikokortikoid seviyelerini yükselir. Serotonin fonksiyonu da intiharla alakalıdır. Düşük serotonin aktivitesi hem intihar için hem de impulsif agresyon için bir eğilim oluşturmaktadır [141, 142]. Serotonerjik sistemle Hipotalamus-Hipofiz adrenal aksı

arasında ters ilişki vardır. Serotonerjik yolların aktivasyonu kortizolu yükseltir. Tersine serotonin reseptörleri glikokortikoidlerce inhibe edilir. Duval ve arkadaşları 2001 yılında serotonin geri alım inhibitörü olan d-fenfluramin'in intihardaki etkisini ait bazı sonuçlar elde ettikleri bilinmektedir [118]. İntihar girişiminde bulunanların beyinlerinde serotonerjik ve değişmiş noradrenerjik fonksiyonlar mevcuttur. Bunlara ek olarak beyinlerinde serotonin ve asit miktarında azalma tespit edilmiştir. Serotoninin impulsif hareketin inhibisyonunda etkili olduğuna dair kanıtlar vardır [118]. Bunların yanında stres, üzüntü, psikoaktif madde kullanımı, kolesterol gibi intiharla ilişkili tüm çevresel faktörlerle serotonin etkileşebilir [143]. Prolaktinin azalmış cevabı da intiharla alakalıdır. Son çalışmalarda intihar girişimi olan psikiyatrik hastalarda serum kolesterol düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir [144].

1972'de, Struve intihar düşüncesi olanlarda diğer hastalara göre iki kat daha fazla EEG'de paroksizmal ritim bozukluğu olduğunu bildirmiştir. EEG'deki bozukluğunun yalnızca intiharla ilgili olmadığını, saldırgan ve yıkıcı davranışla da birlikte olduğunu öne süren çalışmalarda yapılmıştır [50].

2.10.2. Psikolojik faktörler

Erişkinlerle yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda da erişkin dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların birçoğunun erişkin dönemden önce başladığı gösterilmektedir.

Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım biçimi vardır. İntihar eden yada girişiminde bulunan kişilerin %94'ünde en az bir ruhsal hastalık bildirilmektedir[145]. Psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı da araştırılmalıdır [57]. Kronik Sağlık problemi olanlarda ciddi öz-kıyım riski taşıdıkları bulunmuştur. Bunlar arasında en çok intihar riskini taşıyanların malign neoplazmalarda olduğu kanıtlanmıştır [146].

Epilepsi hastalarında da intihar oranı diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında 5-7 kat daha yüksektir. Bunun dışında hipotiroidizm, hepatik ensefalopati, adrenal hipoaktivite gibi hastalıklarda bireyin ruhsal durumunu etkilediğinden suicide zemin hazırlamaktadır [147]. Bulimialı, nervozalı adolesanlarda, kötü aile tecrübeleri; multipl faktörler, intihar riskini arttırmıştır [148].

Deveci ve arkadaşları psoriasis'li hastalarda yaptıkları bir çalışmada intihar etme olasılığını yüksek olduğunu belirtmişlerdir [149]. Yeterli tedavi almayan psikiyatrik problemliler hastalığının iyileşmemesine, kronikleşmesine, komplike olmasına yol açarak intihar riskini arttırabilir [150].

Dürtüsel davranış eğilimi özkıyıma yatkınlıkta ortak özellik olarak belirtilmektedir [151-154]. İntihar girişiminde bulunanların kişilik özelliklerini araştıran çalışmalarda kişilerin olgunlaşmamış, ben merkezci, bencil, bağımlılık gereksinimleri çok fazla ve dürtü kontrolleri zayıf olduğu bulunmuştur [155, 156].

Unipolar yada majör depresyonda yaşam boyu %10-15 ihtimalle intihar gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Tedavi edilmeyenlerde bu ihtimal daha da yüksektir. Tel ve Uzun çalışmalarında intihar girişiminde bulunan kişilerin sorunlarla başa çıkmada, duygusal baş etmeyi yansıtan çaresiz zor yaklaşımı daha fazla kullandıklarını saptamıştır [157].

İntiharı gerçekleştirenlerde genellikle alkol ve madde kötüye kullanımı, birden çok fiziksel hastalık ve çeşitli kişilik bozuklukları gibi başka tanılara da sahip oldukları belirlenmiştir [158]. Depresif bozukluk en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıktır. Hagnel ve Rorsman'ın yapmış olduğu çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olmayan popülasyonda intihar oranı 100.000'de 8,3 iken, depresif bozukluklarda bu oran 100.000'de 83 olarak bulunmuştur. Depresif bozukluklu erkeklerde ise bu oran 100.000'de 650'lere kadar yükselmektedir [159]. Freud, yasta gerçek bir nesne kaybı olduğunu, depresyonda ise gerçekte ya da hayali bir nesne kaybı olduğunu vurgulamıştır [160].

Ateşçi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada intihar girişiminde bulunanların %46,7 sinin psikiyatrik değerlendirilmelerinde depresif bozukluk tanısı almıştır. Bunları da psikotik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları takip etmiştir [161]. Sağınç ve arkadaşlarının çalışmalarında da depresyon %48,1 olarak bulunmuştur [27]. İntihar girişimlerinin birçoğunun dürtüsel olarak gerçekleştirildiği gösterilmiştir [162, 163].

İntihar edenlerin ruhsal hastalıklarına bakıldığında başta %35-80 oranında depresif bozukluklar, %10 oranında şizofreni, %5 oranında demans ya da deliryum gelmektedir. Bunların %25'inde aynı zamanda alkol bağımlılığı bulunmaktadır [39, 82] Akıl hastalığı intiharla eş değildir. İntihar girişiminde bulunanların büyük bir kısmının

akıl hastalığı olsa da tersi doğru değildir. Çocukluk çağı travmaları da hem psikiyatrik bir hastalığa yatkınlığı hem de stresli yaşam olaylarına yol açarak intihar etme riskini artırır. Çocukluk çağı travmaları; İntiharla ilişkili bilişsel faktörlerin oluşumuyla, kendine saygının düşük oluşuyla, kontrol kaybı duygusuyla, bağımlılık, düşük problem çözme kabiliyeti umutsuzluk gibi faktörlerle ilişkilidir [118].

Ebeveynlerden herhangi birinin ölümü, kişinin yaşı ne olursa olsun ruhsal travmaya maruz kalınırken; bu kayıp, küçük çocukları daha çok etkilemektedir. Burada da yapılması gereken sosyal problemleri çözüme ulaştırmaktır [164]. Çin'in Henan Bölgesinde çocuk cinsel istismarının ergen kızlar üzerindeki intiharla ilgili bir çalışma yapılmıştır. Bunun amacı da, Çin'deki çocuk cinsel istismarının sıklığı ve ruh sağlığı üzerine etkileri ve ergen kızlardaki riskli davranışların ortaya çıkarılmasıdır. 351 ortaöğretimde okuyan kız öğrenci üzerinde yapılmıştır. Bunun sonucunda %21'i bir şekilde 16 yaşından önce cinsel istismara maruz kalmıştır. Bunda %14'ünün fiziksel temasla olduğu belirtilmiştir. Bu da ailenin eğitim durumu, kardeşin bulunup bulunmaması; kırsal alan veya şehirde oturmakla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Sonunda da, Çin'deki cinsel istismara maruz kalan ergen kızların davranış biçimlerinin başka batı ülkelerindekine benzer şekilde ortaya çıktığı bulunmuştur [165].

Antisosyal kişilik bozukluğu olanların %5'inin intihar girişiminde bulunduğu tahmin edilmektedir. Mahkûmlarda intihar oranı toplumun üç katıdır. Mahkûmların intiharlarının üçte birinden fazlası daha önce psikiyatrik tedavi görmüş kişilerdir. Bunlarında yarısının, son altı ay içinde daha önceden bir intihar tehdidi ya da girişimi bulunmaktadır [61].

Şizofrenilerde yapılan ve 1 yıldan 40 yıla kadar değişebilen zaman aralıklarını içeren izleme çalışmaları, şizofrenide tamamlanmış intihar sonuçlarını %10-13 oranında bulmuştur. Bu çalışmadaki suikid girişimlerinde bulunan hastaların oranı %40 civarında bulunmuştur. ABD'de yapılan Ulusal komorbidite çalışmasında şizofreniklerin yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunanların oranını %37 olarak bulunmuştur. Bu oran da görüldüğü gibi tek bir hastalık için yaşam boyu en yüksek intihar oranını göstermektedir. Şizofrenik hastalarda intihar etme oranları genel toplumun ortalamalarının en az 20 katı kadardır [166]. Şizofreniye depresyon eklendiğinde en önemli tanınabilir intihar risk etmenidir. Şizofrenisi olan hastalardan yineleyen depresif

bozukluk gelişenlerin ortalama %10' unda yaşam boyu intihar girişimi görüldüğü bildirilmiştir [166]. İntihar eden Şizofrenilerin hastaneye yattığında yüksek oranda tedaviye olumsuz ve ilgisiz yaklaşım (%81), alkolizm (%36), paranoid alt tip(%57), yakın zamanlı intihar girişimi ya da bunun dile getirilmesi (%74), çok sayıda hastaneye yatış varlığı ve son hastanede yatış süresinin kısa sureli olması izlenmiştir [158].

Mc Girr ve Turecki çalışmasında 527 tamamlanmış intiharın 43 vakada (%8.1) şizofreni ve şizoaffektif bozuklukla karşılaşmışlardır [167].

Nakaya ve arkadaşları Japonya'da yaptıkları bir çalışmada ağır alkol alan, alkol almayan ve az alkol alanlar olarak 3 ayrı şekilde incelemişlerdir. Sonuç olarak da Ağır alkol alanlarda intihar riskinin anlamlı derece de arttığını göstermişlerdir [168]. Roy'un yapmış olduğu bir çalışmada 280 alkoliğin 121 (%42,9) tanesinin öz-kıyım girişimi olduğu gözlenmiştir [169]. İntihar çalışmaları tüm özkıyımların %20-%40'ının alkolik olduğunu göstermiştir. Crombie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkolün suicide sebep olduğunu saptanmıştır [170].

Kokain bağımlılarında da intihar oranı artmıştır. ABD'de 13673 vakanın incelendiği epidemiyolojik çalışmada kokain kullananların artmış intihar girişimine sahip olduğu görülmüştür [171].

2.11. Tedavi

2.11.1. Tedaviye yönelik yaklaşımlar

İntihar insanın aklına genellikle yaşadığı güçlüklerle bilişsel ve duygusal olarak başa çıkamadığı zaman gelmektedir.

Tedavide amaç, bireyi intihara teşvik eden nedenlerin çözebilmesi için yardım edilmesi gerekliliği olarak belirtilmiştir. İntihar nedeni kişinin zorlandığı, çözemediği durumlarda başvurduğu bir arayıştır. Tedavi sırasında bunlara yönelik yardımlar da yapılmalıdır [79, 172]. Kişinin baş etme kapasitesini arttırmaya yönelik müdahaleler de tedavide önemli yer tutar [172]. Tedavi sırasında klinisyen empati kurarsa ve bunu da hissettirirse daha güven verici olur, iletişimi artırır [79].

Tedavinin başarıya ulaşabilmesi için sağlık hizmeti veren ekip ve hasta arasında ilişkinin iyi kurulması, güven verici olması, profesyonel tutum gerekmektedir [172].

Ergenler diğer yaş gruplarına göre bir krizle karşılaşma durumunda mevcut intihar araçlarını sık kullanma meyillindedirler. Bu yaş grubundakilerin ateşli silahla intihar riski yüksektir, temin etme ve bulundurmaya kısıtlayan yasal düzenlemeler intihar insidansını düşürebilir [173]. Hekimleri tedirgin eden, iyi prognozu olanlar ile kötü prognozularını ayırt etme ile ilgilidir. Başka bir sorunda ergenin olaydan önceki ve sonraki niyetini değerlendirmedeki zorluklardır.

Hekimler, ergenin yaptığı davranışı hakkında farklı görüşlere sahiptirler. Ölmek isteyenlerle yapılan çalışmada, doktorların üçte biri aynı sonucu söyleyebilmiştir.

Düzenli tedaviye uyumu arttırmak için; aileye durumun öneminin öğretilmesi, hastanın intihar girişimi ile doğrudan bağlantısı olmayan çeşitli etkenlerin ele alınması, acil bölümünden taburcu olmadan önce takip amacı ile randevu verilmesi, hastaya randevularını hatırlatıcı önlemler alınması gerekmektedir [121].

Ateş nasıl bir enfeksiyon hastalığının belirtisiyse ve de tedavi edilmesi gerekiyorsa, intihara meyilli hastalarda da altta yatan psikiyatrik hastalıklar, tedavi için belirlenmeli ve tedavi edilmelidir.

2.11.2. Hastaneye yatırarak tedavi

Ergenlerin yaralayıcı ve zor ergenler olması özel dikkat gerektirmektedir [49]. Hastaneye yatışın olumlu ya da olumsuz etkilerini gösteren çalışmalar yoktur. Eğer kişinin kendisine zarar verme ihtimali yüksekse hastaneye yatırılmaktadır. Kendi kendisini öldürme isteği devam ediyorsa, psikopatolojisi bozulmuşsa, çevresindekilerden destek sağlanamıyorsa tehlikenin artmış olduğu belirtilmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişinin fazla risk altında olduğuna inanılırsa hastaneye yatış gereklidir. Hastaneye yatış mümkünse gönüllü olmalıdır. Eğer hasta reddederse, gönüllülük olmaksızın yasal dayanaklar oluşturularak yatış yapılmaya çalışılmalıdır [121]. Akut olarak intihara eğilimli olan hastaneye yatırılmış ajite hastalarda, hastane, erken tedavi, güvenlik açısından gözlemek ve iyileşmek için ümit vermek yönünde en önemli parçalardan biridir. Kliniklerin deneyimleri faydalı olabilir [121].

2.11.3. Hastaneye yatırmadan tedavi

Ağır bir psikopatoloji yoksa geçici bir kriz durumuysa; görüşmede etkileşim umut vericiyse ayaktan tedavi denenmektedir. Hasta ile ilgili durumlarda hekimin kararı bir sonraki adımları belirler. Eğer riskin az olduğu düşünülürse (iyi prognostik göstergeler belirtilmeli), hekim altta yatan durumları poliklinik koşullarında tedavi etmeyi seçebilir. Hastasını izlemeye yardımcı olacak, klinik durumu kötüleştiğinde terapist?? Kim bu haber verecek güvenilir bir destek ağı varsa; hastanın risk altında olduğuna inansa dahi hekim poliklinik tedavisini seçebilir. Hasta ile terapistin aralarında pozitif bir ilişki olması gerekir.

2.11.4. Medikal-İlaç tedavisi

Bir ölüm veya başka bir olaya bağlı olarak kriz döneminden geçen kişilerde özellikle uyku bozukluğu varsa bir sedasyon faydalı olmaktadır. Bu dönemde benzodiyazepinlerle, 1-2 haftalık bir dönem içinde günde 1- 3 mg'lık bir uygulama önerilmektedir. Ajitasyon artıka antidepresan kullanımının tedavinin bir parçası olduğu düzenli terapiyle faydalı olmaktadır [79].

Hekimler, intihar girişiminde bulunmuş hastalara, benzodiazepinler gibi, kişinin kontrolünü azaltan ilaçları verirken dikkatli olmalıdırlar. Fenobarbital verilirken de yüksek dozlarda alınmamasına dikkat edilmeli aksi halde bu ilacın öldürücü potansiyeli yüksektir. Benzodiazepin grubu ilaçlar bazı kişileri dizinhibe edebilir; bu kişiler agresyon gösterirler ve intihar girişiminde bulunabilirler. Bu etkilere benzer etkileri başka ilaç gruplarında da görülebilir [121].

Ajite durumlarında, özellikle küçük dozlardaki antipsikotik ilaçların yararlı olduğu gösterilmiştir. Lityumun erişkinlerde intiharı önemli bir şekilde azalttığı gösterilmiştir. Ancak iki uçlu hastalar lityumu aniden kestiklerinde, intihar riski artmaktadır. Klozapin, şizofrenik erişkinlerde intiharın azaltılmasında etkili bulunmuştur. Lityum ve klozapinin çocuk ve ergenlerdeki etkisi araştırılmamıştır [121]. İntihar girişiminde bulunan kişilerin kimisi öfke patlaması yaşayabilirler. Bu kişiler sık olarak intihar girişiminde bulunurlar. Bu durumlarda, küçük dozlardaki antipsikotik ilaçların faydalı olduğu gösterilmiştir.

İntihara eğilimli kişilerde birçok psikoterapi şekli kullanılır. Psikoterapi hastanın altta yatan hastalığı ve tedavinin etkinliği üzerinde ampirik dokümantasyonu temel alınarak özel yapılmalıdır. Borderline kişilik bozukluğu olan bir hastanın ilaç ve davranış tedavisi tercihen de dialektik davranış tedavisi ile tedavi edilmesi daha iyi olacaktır.

Psikoterapi alan intihara eğilimli poliklinik hastalarını, akut olarak intihara eğilimli olmayana, unutana kadar en az haftada bir görülmelidir. Kısa dönem psikoterapi, grup psikoterapisi, davranış tedavisi, kognitif-davranış tedavisinin psikoanaliz, psikoanalitik yönelimli psikoterapi ve multipl diğer psikoterapötik yaklaşımların hepsi kullanılmıştır [121].

Bazen, intihar düşüncesinin tedavi bittikten sonra kaybolduğu görülür. Fakat birçok ergen ve erişkin ile yapılan metanalizler, selektif seretonin re-uptake İnhibitörlerinin intihar fikrini azalttığını düşündürmektedir. Tedavi esnasında intihar eğilimini düşündüren olaylar, intiharla yakından ilgili olsa da, her zaman doğru değildir.

Bu çalışmada amacımız Erzurum Atatürk üniversitesine intihar girişimi amaçlı başvuran hastaların 4 yıllık dağılımını ve tamamlanmamış intihar girişimlerinin sosyodemografik ve davranışsal özelliklerini incelemektir. Çalışmamız Erzurum il sınırları içindeki hastalar kadar 11 çevre il sınırlarındaki hastalarıda kapsamaktadır. Parasuicidlerin oluşmasında rol alan epidemiyolojik karakteristik ve lokal faktörlerin belirlenmesi, özel koruma yöntemlerinin gelişiminin planlanmasında, tanı ve tedavi yaklaşımında gelişmeyi sağlayacağı düşüncesindeyiz.. Bu çalışmada suicid tipinin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi sonucunda agresif suicidal girişimin muhtemel öngördürücülerine ulaşmayı da amaçladık.

3. MATERYAL METOD

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servisine Mayıs 2008, Ocak 2012 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran 16 ve üzeri yaştaki hastaların dâhil edilmesi planlandı. İntihar maksadı olmayan ilaç zehirlenmeleri ile kaza ile yaralanmalar ve kazalar çalışma dışı tutuldu.

İlk kabul ve takip esnasında hastalara yapılan tıbbi müdahaleler, konsültasyonlar, takip ve tedavi amaçlı yatırıldıkları klinikler, verilen psikiyatrik destek ve konulan psikiyatrik tanıların kaydedilmesi ile ilk başvuru esnasından tanının konulmasına kadar geçen süre ve bu süreçteki biyokimyasal verilerin özelliklerinin hesaplanması planlandı.

İntihar girişimi ile Acil servise başvuran hastaların ilk kabulden ve değerlendirmenin ardından, hastalardan ve/veya yakınlarından hastalara ait demografik veriler, şikayetler, semptom ve bulgular, daha öncesine ait psikososyal durum, intihara neden teşebbüs ettiği ve intihar için hangi yöntemi seçtiği, ilaç ve/veya toksik madde almış ise nerden temin ettiği gibi medikal ve sosyal hikayelerinin alınması planlandı.

3.1. Çalışma Alanının Genel Özellikleri

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi yetişkin acil servisine başvuran hastaları içermektedir. Üniversitemize başvuran hasta popülasyonu primer olarak Erzurum merkezi olmakla birlikte Erzurum'un ilçe ve köylerinden, çevre illerden özellikle Erzincan, Kars, Ağrı, Bayburt, Ardahan, Van, Gümüşhane, Bingöl, Artvin, Iğdır, Muş'tan intihar girişiminde bulunan hastalar servisimize sevk edilmektedir. Üniversite acil servisimizin hizmet ettiği toplam nüfus tablo 'de gösterilmiştir.

Tablo 5. 2010 yılındaki cinsiyete göre illerin nüfus dağılımı

	NÜFUS 2010	BAYAN	ERKEK
Erzurum toplam	769 085	384 455 (%50)	384 630 (%50)
Erzincan toplam	224 949	106 073 (%47)	118 876 (%53)
Bayburt toplam	74 412	36 533 (%50)	37 879 (%50)
Ağrı toplam	542 022	261 504 (%48)	280 518 (%52)
Kars toplam	301 766	146 949 (%49)	154 817 (%51)
Iğdır toplam	184 418	89 975 (%49)	94 443 (%51)
Ardahan toplam	105 454	51 431 (%49)	54 023 (%51)
Bingöl toplam	255 170	126 439 (%50)	128 731 (%50)
Van toplam	1 035 418	509 630 (%49)	525 788 (%51)
Muş toplam	406 886	199 771 (%49)	207 115 (%51)
Gümüşhane toplam	129 618	64 587 (%50)	65 031 (%50)
Artvin toplam	164 759	82 438 (%50)	82 321(%50)
Toplam	4 193 957	1 675 330 (%40)	2 518 627(%60)

(TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2010 sayfa 50-51)

Erzurum göç veren bir bölge olup 2009-2010 yılları arasında net 12 417 kişi göç etmiştir. Net göç hızı ise -16.02 dir [174]. Erzurum'da 2008, 2009 ve 2010 yıllarında TÜİK verilerine göre gerçekleşmiş intiharların sayısı sırasıyla 23, 23 ve 24 kişidir [175]. 2010 yılındaki intiharların yaş gruplarına dağılımı şu şekildedir: 15 yaş altı 4 kişi, 15-19 kişi yaşları arası 3 kişi, 20-24 kişi yaşları arası 2 kişi, 25-29 grubunda 3 kişi, 30-34 yaşları arası 3 kişi, 35-39 yaşları arası 3 kişi, 45-49 yaşları arası 3 kişi, 50-54 yaşları arası 1 kişi, 55-59 yaşları arası 1 kişi, 65-69 yaşları arası 1 kişi olarak kaydedilmiştir [176]. Erzurum il sınırlarında intihar edenler 2010 yılında nedene göre inceleme yapıldığında: hastalıktan dolayı 1 kişi, aile geçimsizliğinden dolayı 3 kişi, geçim zorluğundan dolayı 1 kişi, ticari başarısızlık sebebiyle 1 kişi, hissi ilişki ve istediği ile evlenememekten dolayı 2 kişi, diğer nedenlerden dolayı 1 kişi, bilinmeyen 15 kişidir [177]. Kaba intihar hızı Erzurum için 2010 yılında yüz binde 3,12'dir. 2010 a göre Doğu Anadolu Bölgesinde intihar sayısı yüz binde 249; kaba intihar hızı ise yüz binde 4,32dir [178].

TÜİK verilerine göre Erzurum, Erzincan, Bayburt bölgesine ait net göç hızı 2009-2010'a göre binde -10,6'dır. 2010/11 yıllarında ilköğretimde öğretmen başına düşen öğrenci sayısı %0,17, 2007'ye göre yüz bin kişi başına hastane yatak sayısı 364 olarak bulunmuştur[179]. Kişi başına Gayri Safi Katma Değer 2008 yılında Erzurum, Erzincan, Bayburt bölgesi için 5 520(\$), 2010 yılında işsizlik oranı %6,2 ve işgücüne katılma oranı ise %52,8'dir [180].

Erzurum'un 2010 yılına göre şehir nüfusunun toplam nüfus içindeki oranı %63,7; nüfus yoğunluğu %30; toplam yaş bağımlılık oranı %60,0; 2009-2010 yıllık nüfus artış hızı %-6,64 [181]. 2009 yılına ait Erzurum'daki işsizlik oranı %7,9 dir [182]. Kişilerin medeni durum dağılımları şöyledir: 172 973 kişi hiç evlenmemiş, 326 271 kişi evli, 4 769 kişi boşanmış, 30 029 kişininde eşi ölmüştür [183].

2010 yılına göre Erzurum da okuma yazma bilmeyenlerin sayısı 58 217, Okuma yazma bilenlerin sayısı 589 629, okuma yazma durumları bilinmeyenler ise 32 317 olarak tespit edilmiştir [184]. Onbeş yaş üstünde 2010 yılında kişilik nüfusunun Erzurum'un toplam 534 042 kişininin 57 952'si okuma yazma bilmiyor, 44 790'ı okuma yazma biliyor ama okul bitirmemiş, 138 882'si ilkokul mezunu, 92 441'i ilköğretim, 25 519'u da ortaokul veya dengi okul, 102 735'i lise veya dengi okul, 35 271'i yüksekokul veya fakülte, 3 153'ü yüksek lisans mezunu, 1 729'u doktora mezunu, 31 570 'i okuma yazma durumları bilinmeyenler olarak tesbit edilmiştir [185]. 2007 yılı itibariyle Erzurum'da toplam 16 hastahane ve 3 239 tane yatak sayısı bulunmaktadır [186].

3.2. Çalışmanın Dizaynı

Bu çalışma Mayıs 2008-Ocak 2012 (45 ay) tarihleri arasında acil servisimize başvuran 533 parasuicid olayının kesitsel olarak incelemektedir.

3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Servisine

- 1) Mayıs 2008 ile Ocak 2012 tarihleri arasında
- 2) İntihar amaçlı oral alım sonrası acil servise başvuran 16 yaş üzeri vakalar
- 3) İntihar amaçlı bütün yaş gruplarındaki yaralanma vakaları

4) İlgi çekmek amacıyla düşük dozda ilaç alımı / zehirli madde alımı nedeniyle acil servisimize başvuran hastalarda çalışmaya dâhil edildi.

3.4. Dışlama Kriterleri

1) İntihar amaçlı oral alım sonrası çocuk acil servise başvuran 16 yaş ve altı hastalar

2) İntihar amaçlı olmayan ilaç zehirlenmeleri

3) İntihar amaçlı olmayan yaralanma ve kazalar

4) İntihar girişiminde bulunup kendine zarar veren fakat acil servise medikal tedavi amaçlı başvurmayan hastalar hastalar çalışmaya dâhil edilmedi

5) Acil servise geldiğinde çalışma formunu dolduramayacak durumda olup, yakınlarından da bilgi alınamayan hastalar, çalışma formunu doldurmadan acil servisten ayrıldıklarından çalışmadan dışlandı.

3.5. Verilerin Toplanması

Sağlık bakanlığının düzenlemelerine göre intihar girişiminde bulunmuş bir hasta acil servise başvurduğunda belli başlı prosedürler takip edilmelidir. Sağlık bakanlığı tarafından geliştirilmiş standart bir form her hasta için doldurulmaktadır. Bizde bu formu çalışmamız için modifiye ederek geliştirdik (şekil:2).

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ AZİZİYE HASTANESİ ACİL SERVİSİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ KAYIT FORMU

Ad-Soyad: _____ **Protokol No:** _____ **Tarih:** _____ **Cinsiyet: K () E ()**
İntihar Girişim Saati: _____ **Acile Geliş Saati:** _____
Adres: KÖY () İLÇE () MERKEZ () ERZURUM DIŞI İL () _____ KÖY () İLÇE () MERKEZ ()
Tel: _____
Yaş: _____
Medeni Durum: Evli () Bekar () Dul () Nişanlı () Ayrı Yaşıyor ()
Eğitim Durumu: Okur Yazar değil () Okur yazar () İlkokul-ortaokul () Lise ()
 Üniversite () Bilinmiyor ()
İş Durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor () Ev Hanımı () Öğrenci () Bilinmiyor ()
Meslek: _____
İNTİHAR ŞEKLİ: İlaç toksik Madde () Kendini Asarak () Suya Atlama () Tüpgaz (), Doğalgaz ()
 Kesici Aletle () Ateşli Silahla () Yakma () Araç Altına Atlama () Yüksekten Atlama () Diğer ()
ALDIĞI İLAÇ: _____
Görünen İntihar Nedeni: Aile () Aile içi şiddet () Çocuklar () Ebeveyn Çatışmaları () Ölüm-kayıp ()
 Yalnızlık () Taciz () İletişim Sorunları () Tecavüz () Karşı Cinsle Sorunlar () Cinsel sorunlar ()
 Okul () İş () Evsiz Kalma () Ekonomik () Gelişim Dönemi Sorunları () Sınav Kaygısı ()
 Alkol Madde Bağımlılığı () Evlilik () Süregen Hastalık () Ruhsal Hastalık ()
Daha Önceki İntihar Girişimleri: Kendisinde Var () Yok () Ailede Var () Yok ()
PSİKİYATRİK TANI: Kendisinde yok () var: _____
 Ailesinde yok () var: _____
Son 6 ay içinde psikiyatriye başvuru: var () yok ()
HASTANIN ŞİKÂyetİ: (Bulantı, Kusma, Uykuya meyil, Mide ağrısı, Kanama, vs): _____
GELİŞ VİTAL: TA: ____ / ____ mm/Hg Ateş: ____ C SS: ____ /dk Nb: ____ /dk G_K_S: _____
Acilde Uygulanan Tedavi: Nazogastrik () Mide Yıkama () Aktif Kömür () SF () Diğer ()
Acilde Psikiyatri Konsültasyonu: evet () hayır ()
AC GRAFİSİ: _____
BT: _____
AKG: pH: ____ pO2: ____ pCO2: ____ HCO: ____ BE: ____ satO2: ____
ACİLDE UYGULANAN KONSÜLTASYONLAR: YBU () DAHİLİYE () DİĞER: _____
ACİLDE KALİŞ SÜRESİ: _____
PROGNOZ: TABURCU () Yatışı Kabul Etmeyip Gitti () YATIŞ-YATTIĞI SERVİS: _____
 Sevk () Ex () YATTIĞI GÜN SAYISI: _____
ACİLDE YAPILAN TETKİKLER: HEMOGRAM () BİOKİMYA () AKG () PAAC () EKG ()
 BT () İLAÇ DÜZEYİ () ETANOL () diğeri: _____
ACİLDE TANI MAALİYETİ: ____ YTL. ACİLDE TEDAVİ MAALİYETİ: ____
YATTIĞI SERVİSTE MAALİYET: TANI: ____ YTL. TEDAVİ: ____ YTL
LÜTFEN EKG VE LABARATUVAR PARAMETRELERİNİ EKLEYİNİZ.
FORMU DOLDURAN: _____

Şekil 2. Çalışmada her hasta için kullanılan Form

Formda sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, iş durumu, medeni durum, yerleşim yeri, eğitim durumu, parasuicidin tarihi ve zamanı); intihar girişim metodu, psikososyal özellikler (daha önceki psikiyatrik tanısı, aile bireylerinde bulunan psikiyatrik tanı, daha önceki intihar girişimi, ailede intihar öyküsü, son 6 ay içinde psikiyatriye başvuru, acil serviste yapılan psikiyatri konsültasyonu), hastanın prognozu (taburculuk veya yatış), hastanın yatış süresi, hastanede kaldığı sürece tanı ve tedavi maliyeti, hastanın mevcut şikâyeti (bulantı, kusma, uykuya meyil, mide ağrısı, kanama) incelenmektedir.

Formu doldururken önce suikid girişimi bulunan hastadan bilgi alındı. Daha sonra hastanın yakınlarından hastadan alınan bilgiler teyit edildi. Formlar acil servis asistanları ve intörnler tarafından dolduruldu. Birden fazla intihar girişiminde bulunup acil servisimize başvuran hastalar için her intihar olayı için ayrı form dolduruldu.

3.6. Etik ve İstatistiksel Analizler

Bu tez protokolü Atatürk Üniversitesi etik kurulu tarafından 21.04.2009 tarihli, B.30.2.ATA.0.01.00/132 sayılı karar ile onaylandı. Her hastadan çalışma ile ilgili çalışmada yer almayı kabul ettiğine dair olur formu alındı. Hesaplanan veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS.19 (Statistical Package for Social Sciences) for Mac (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanıldı. Ortalamalar standart sapmalarla birlikte gösterildi. Kategorik değişkenlerin istatistiksel analizi “ki kare” testi ile, numerik değişkenlerinin analizi ise “t” testi ile yapıldı. Veriler gruplara ayrılarak logistik regresyon analizleri yapıldı. bulgular $p < 0,05$ düzeyinde ise anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Acil servisimize başvuran hastaların yıllara göre dağılımı tabloda verilmiştir. 2009-2010-2011 yıllarında acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuranlarda cinsiyete göre fark bulunmamıştır ($P>0,05$).

Tablo 6. İntihar girişiminde bulunan bayanların yaş gruplarına ve medeni durumuna göre sınıflandırılması

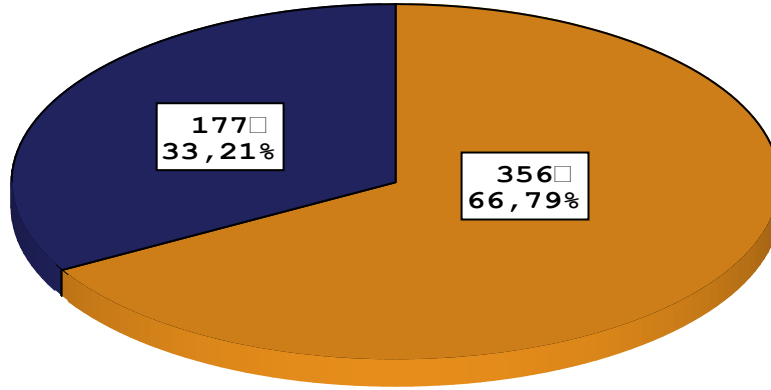
Yas grup	Evli (n)	Bekar (n)
9-19	13	94
20-29	77	97
30-39	40	9
40-49	17	3
50-59	3	1
60-69	0	0
80-89	1	1

Tablo 7. İntihar girişiminde bulunan erkeklerin yaş gruplarına ve medeni durumuna göre sınıflandırılması

Yas grup	Evli (n)	Bekar (n)
9-19	1	37
20-29	17	72
30-39	15	10
40-49	14	1
50-59	7	0
60-69	2	0
80-89	1	0

Bayanlar ve erkekler ister evli ister bekar olsun en sık 20-29 yaş arası intihar girişiminde bulunmaktadır.

Hastaların cinsiyetlere göre analizi



Grafik 1. Hastaların cinsiyetlere göre dağılımı

Tablo 8. Hastaların cinsiyetlere göre aldığı ilaçların incelenmesi

Aldığı ilaç	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	41 (%11,5)	20 (%11,3)	0,533
Antidepresan alımı (var/yok)	110(%30,9)	35(%19,8)	0,007
Analjezik alımı* (var/yok)	73 (%20,5)	35 (%19,8)	0,843
Antihipertansif alımı (var/yok)	14 (%3,9)	12 (%6,8)	0,151
Salisilat alımı (var/yok)	9 (%2,5)	10 (%5,6)	0,067
Parasetamol alımı (var/yok)	67 (%18,8)	24 (%13,6)	0,128
Antibiyotik alımı (var/yok)	52 (%14,6)	16 (%9,0)	0,070
Başka ilaç alımı (var/yok)	212 (%59,6)	92 (%52)	0,096
Kanda etanol (var/yok)	2 (%0,6)	8 (%4,5)	0,002
İdrarda TCA (var/yok)	16 (%4,5)	4 (%2,3)	0,201
İdrarda THCB (var/yok)	5 (%1,4)	6 (%3,4)	0,129
İdrarda benzodiazepin (var/yok)	9 (%2,5)	2 (%1,1)	0,285
İdrarda parasetamol (var/yok)	24 (%6,7)	10 (%5,6)	0,627

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Hastaların antidepresan olarak intihar girişiminde bulunmaları bayanlarda erkeklere göre belirgin olarak daha yüksek olduğu (%30,9'a %19,8; P=0,007) ve etanol alımının erkeklerde bayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (%4,5'e %0,6; P=0,002) (Tablo 8).

Tablo 9. Agresif olmayan suisid girişiminde bulunan hastaların aldığı ilaçların cinsiyetlere göre incelenmesi

Aldığı ilaç	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	41 (%12,5)	20 (%14,1)	0,647
Antidepresan alımı (var/yok)	108 (%33,0)	34 (%23,9)	0,049
Analjezik alımı* (var/yok)	72 (%22,0)	35 (%24,6)	0,533
Antihipertansif alımı (var/yok)	14 (%4,3)	12 (%8,5)	0,070
Salisilat alımı (var/yok)	9 (%2,8)	10 (%7,0)	0,030
Parasetamol alımı (var/yok)	67 (%20,5)	24 (%16,9)	0,367
Antibiyotik alımı (var/yok)	52 (%15,9)	16 (%11,3)	0,190
Başka ilaç alımı (var/yok)	210 (%64,2)	90 (%63,4)	0,862

Tablo 10. Hastaların cinsiyetlere göre klinik özellikleri

Klinik Özellik	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Bulantı (var/yok)	196 (%55,1)	80 (%45,2)	0,032
Kusma (var/yok)	123 (%34,6)	51 (%28,8)	0,183
Mide ağrısı (var/yok)	84 (%23,6)	48 (%27,1)	0,375
Uykuya meyil (var/yok)	134 (%37,6)	55 (31,1)	0,136
Şuur kaybı (var/yok)	36 (%10,1)	20 (%11,3)	0,674
Baş dönmesi (var/yok)	44 (%12,4)	10 (%5,6)	0,016
Baş ağrısı (var/yok)	34 (%9,6)	9 (%5,1)	0,075
Ajitasyon (var/yok)	33 (%9,3)	10 (%5,6)	0,148
İdrar retansiyonu (var/yok)	17 (%4,8)	1 (%0,6)	0,011
Halsizlik (var/yok)	51 (%14,3)	15 (%8,5)	0,053
İntihar şekli <i>Agresif</i>	29 (%8,1)	35 (%19,8)	0,001
<i>Agresif değil</i>	327 (%91,9)	142 (%80,2)	
Prognoz <i>Taburcu</i>	57 (%16)	25 (%14,1)	0,839
<i>Yatış</i>	262 (%73,6)	134 (%75,7)	
<i>Terk</i>	37 (%10,4)	18 (%10,2)	
Yattığı servis <i>Acil</i>	256 (%71,9)	109 (%61,6)	0,047
<i>Dahili servisler</i>	23 (%6,5)	10 (%5,6)	
<i>YBU</i>	17 (%4,8)	11 (26,6)	
<i>Cerrahi servisler</i>	60 (%16,9)	47 (%26,6)	
Kalış süresi <i>Bir gün altı</i>	287 (%80,6)	152 (%85,9)	0,134
<i>Bir gün üstü</i>	69 (%19,4)	25 (%14,1)	

Hastaların şikâyetlerine göre anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bulantı (%55'e %45; $P=0,032$), baş dönmesi (%12,4'e %5,6; $P=0,016$) ve idrar retansiyonu (%4,8'e %0,6; $P=0,011$) şikâyetleri bayanlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Erkeklerde agresif suikid girişimi bayanlara göre belirgin olarak daha yüksektir (%19,8'e %8,1 $P=0,001$) (Tablo 10).

İntihar girişimi nedeniyle gelen hastaların cinsiyetlere göre acil servis sonrasında yattığı servislerde değişiklik göstermektedir. Dâhili servislere yatış oranları benzer olup acil serviste yatış bayanlarda daha fazla (%6,5'e %5,6), yoğun bakıma ve cerrahi servislere yatış ise erkeklerde daha fazladır (%26,6'ya %4,8; %26,6'ya %16,9) ($P=0,047$) (Tablo 10).

Tablo 11. Agresif olmayan suikid girişiminde bulunan hastaların klinik özelliklerinin cinsiyetlere göre incelenmesi

Klinik Özellik	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Bulantı (var/yok)	189 (%57,8)	76 (%53,5)	0,391
Kusma (var/yok)	123 (%37,6)	49 (%34,5)	0,521
Mide ağrısı (var/yok)	81 (%24,8)	44 (%31,0)	0,162
Uykuya meyil (var/yok)	131 (%40,1)	54 (%38,0)	0,679
Şuur kaybı (var/yok)	31 (%9,5)	13 (%9,2)	0,912
Baş dönmesi (var/yok)	41 (%12,5)	10 (%7,0)	0,079
Baş ağrısı (var/yok)	30 (%9,2)	8 (%5,6)	0,197
Ajitasyon (var/yok)	28 (%8,6)	3 (%2,1)	0,010
İdrar retansiyonu (var/yok)	17 (%5,2)	1 (%0,7)	0,020

Tablo 12. Hastaların cinsiyetlere göre sosyokültürel özellikleri

Sosyokültürel Özellik		Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Eğitim	Okur-yazar değil	39 (%11)	1 (%0,6)	<0,0001
	Okur-yazar	26 (%7,3)	6 (%3,4)	
	İlköğretim	113 (%31,7)	63 (%35,6)	
	Lise	112 (%31,5)	78 (%44,1)	
	Üniversite	63 (%17,7)	28 (%15,8)	
	Bilinmiyor	3 (%0,8)	1 (%0,6)	
Medeni durumu	Evli	151 (%42,4)	57 (%32,2)	0,023
	Bekâr	205 (%57,6)	120 (%67,8)	
İş durumu	Çalışıyor	31 (%8,7)	72 (%40,7)	0,001
	Çalışmıyor	226 (%63,5)	56 (%31,6)	
	Öğrenci	92 (%25,8)	36 (%20,3)	
	Bilinmiyor	7 (%2)	13 (%7,3)	

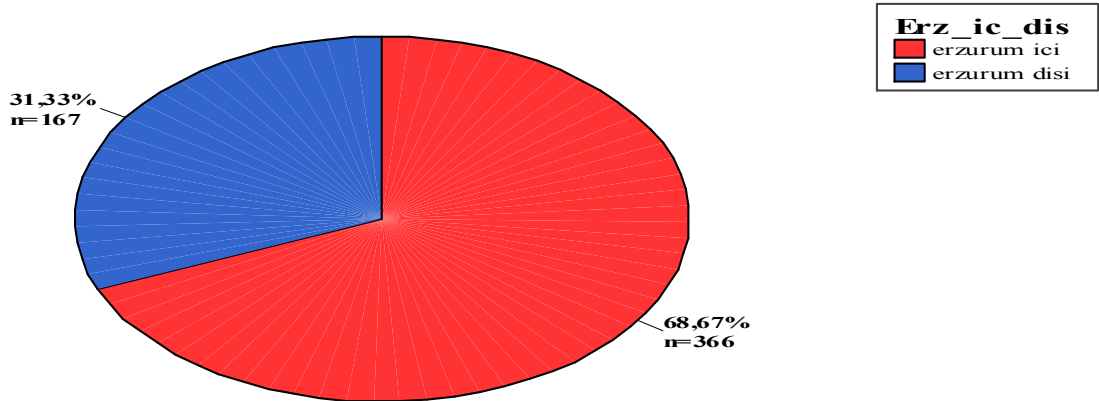
Hastaların cinsiyetlere göre sosyokültürel özelliklerinde de önemli farklılıklar mevcuttur. Kadınların genel olarak erkeklere göre eğitim durumunun daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Bayanlarda evli olma durumu (%42,4'e %32,2) erkeklerde ise bekâr olma durumunda (%67,8'e %57,6) parasuicid oranları artmaktadır (P=0,023) (Tablo 12). Acil servise başvuran hastaların cinsiyetlere göre iş durumu doğu ve kuzeydoğu Anadolu bölgesinin genel iş durumunu yansıtmakta olup bayanlarda erkeklere göre çalışmıyor olma belirgin derecede yüksektir (%63,5'e %31,6 P=0,001) (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların cinsiyetlere göre psikiyatrik özellikleri

Psikiyatrik özellik	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P
Anne-baba akrabalık (var/yok)	29 (%8,1)	15 (8,5)	0,897
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	251 (%70,5)	115 (%65)	0,195
Son 6 ayda psikiyatri başvuru (var/yok)	79 (%22,2)	42 (%23,7)	0,690
Ailede psikiyatrik hikaye (var/yok)	49 (%13,8)	17 (%9,6)	0,170
Daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	91 (%25,6)	48 (%27,1)	0,700
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	20 (%5,6)	12 (%6,8)	0,595
Daha önce intihar girişimi (var/yok)	50 (%14,0)	31 (%17,5)	0,293

Hastaları cinsiyetlere göre ailesi ve kendisiyle ilgili psikiyatrik özellikleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 13).

Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre incelenmesi

**Grafik 2.** Erzurum il sınırları içinden ve dışından gelen hastalar

Tablo 14. Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre aldığı ilaçların değerlendirilmesi

Aldığı ilaç	Erzurum içi n (%)	Erzurum dışı n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	22 (%6,0)	39 (%23,4)	<0,0001
Antidepresan alımı (var/yok)	104 (%28,4)	41 (24,6)	0,352
Analjezik alımı* (var/yok)	79 (%21,6)	29 (%17,4)	0,261
Antihipertansif alımı (var/yok)	21 (%5,7)	5 (%3,0)	0,173
Salisilat alımı (var/yok)	11 (%3,0)	8 (%4,8)	0,303
Parasetamol alımı (var/yok)	70 (%19,1)	21 (%12,6)	0,062
Antibiyotik alımı (var/yok)	53 (%14,5)	15 (%9,0)	0,078
Başka ilaç alımı (var/yok)	206 (%56,3)	98 (%58,7)	0,604
Kanda etanol (var/yok)	9 (%2,0)	1 (%1,2)	0,644
İdrarda TCA (var/yok)	14 (%3,8)	6 (%3,6)	0,896
İdrarda benzodiazepin (var/yok)	7 (%1,9)	4 (%2,4)	0,716
İdrarda parasetamol (var/yok)	28 (%7,7)	6 (%3,6)	0,075

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre aldıkları ilaçlar bakımından anlamlı fark bulunmazken, bir tarım ilacı olan organofosfat alımı Erzurum dışından hastanemize sevk edilen hastalarda, Erzurum il sınırları içinden gelen hastalara göre belirgin olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (%23,4'e %6 P<0,0001). Bununla birlikte parasetamol alımı (%19,1'e %12,6 P=0,062) ve antibiyotik alımı (%14,5'e %9 P=0,078) Erzurum il sınırları içinden gelen hastalarda daha yüksek olup bu farklar istatistiksel olarak anlamlılığı sağlayamamıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre klinik özellikleri

Klinik Özellik	Erzurum içi n (%)	Erzurum dışı n (%)	P
Bulantı (var/yok)	188 (%51,4)	88 (%52,7)	0,776
Kusma (var/yok)	114 (%31,1)	60 (%35,9)	0,275
Mide ağrısı (var/yok)	89 (%24,3)	43 (%25,7)	0,722
Uykuya meyil (var/yok)	125 (%34,2)	64 (%38,3)	0,351
Şuur kaybı (var/yok)	27 (%7,4)	29 (%17,4)	<0,0001
Baş ağrısı (var/yok)	32 (%8,7)	11 (%6,6)	0,396
Baş dönmesi (var/yok)	34 (%9,3)	20 (%12,0)	0,340
Ajitasyon (var/yok)	29 (%7,9)	14 (%8,4)	0,857
İdrar retansiyonu (var/yok)	9 (%2,5)	9 (%5,4)	0,082
Halsizlik (var/yok)	41 (%11,2)	25 (%15,0)	0,221
Prognoz <i>Taburcu</i>	62 (%16,9)	20 (%12,0)	0,003
<i>Yatış</i>	257(%70,2)	139(%83,2)	
<i>Sevk</i>	47(%12,8)	8 (%4,8)	
Yattığı servis <i>Acil</i>	247(%67,5)	118(%70,7)	<0,0001
<i>Dahili servisler</i>	16 (%4,4)	17 (%10,2)	
<i>YBU</i>	14 (%3,8)	14 (%8,4)	
<i>Cerrahi servisler</i>	89 (%24,3)	18 (%0,8)	
Kalış süresi <i>Birgün altı</i>	314(%85,8)	125(%74,9)	0,002
<i>Birgün üstü</i>	52(%14,2)	42 (%25,1)	
İntihar şekli <i>Agresif</i>	45 (%12,3)	19 (%11,4)	0,762
<i>Agresif değil</i>	321(%87,7)	148(%88,6)	

Erzurum dışından kliniğimize başvuran hastalarda Erzurum il sınırları içinden gelenlere göre şikâyet ve klinik özellikler benzer olup şuur kaybının Erzurum dışından gelen hastalarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir (%17,4'e %7,4 P< 0,001) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Erzurum İl sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre sosyokültürel özellikleri

Sosyokültürel özellik		Erzurum içi n (%)	Erzurum dışı n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	244 (%66,7)	112 (%67,1)	0,928
	Erkek	122 (%33,3)	55 (%32,9)	
Eğitim	Okur-yazar değil	16 (%4,4)	24 (%14,4)	0,001
	Okur-yazar	21 (%5,7)	11 (%6,6)	
	İlköğretim	120 (%32,8)	56 (%33,5)	
	Lise	133 (%36,3)	57 (%34,1)	
	Üniversite	73 (%19,9)	18 (%10,8)	
	Bilinmiyor	3 (%0,8)	1 (%0,6)	
Medeni durumu	Evli	136(%37,2)	72 (%43,1)	0,191
	Bekar	230(%62,8)	95 (%56,9)	
İş durumu	Çalışıyor	75(%20,5)	28 (%16,8)	0,567
	Çalışmıyor	187(%51,1)	95(%56,9)	
	Öğrenci	91 (%24,9)	37 (%22,2)	
	Bilinmiyor	13 (%3,6)	7 (%4,2)	

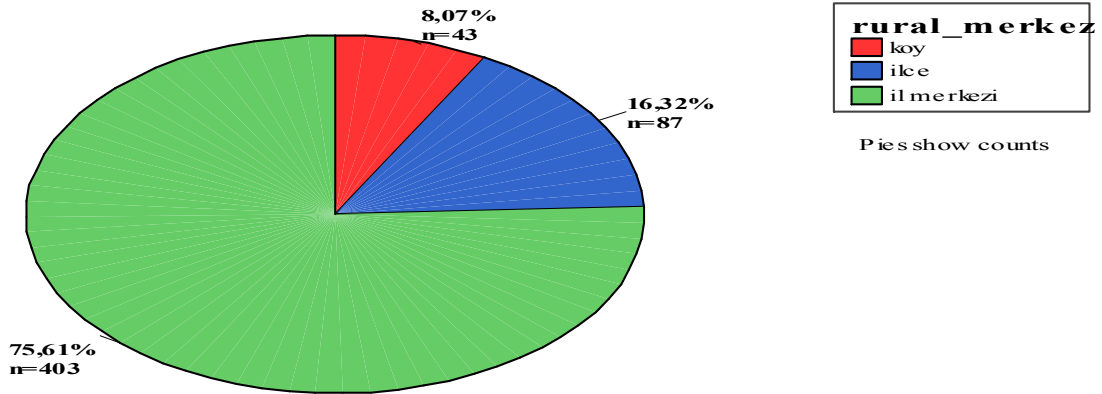
Erzurum il sınırı dışından gelen hastalarda okur yazar olmama oranı ve üniversite mezunu olmama oranı, Erzurum il sınırı içinden gelen hastalara göre daha yüksektir. (Tablo 16). Erzurum il sınırı dışından gelen hastaların, Erzurum il sınırı içinden gelen hastalara göre acil servisten taburcu edilme oranları daha düşük; yatış oranları daha yüksek ve yatışı kabul etmeme oranları daha düşüktür ($P=0,003$) (Tablo 15). Erzurum il sınırı dışından gelen hastaların 1 günün üzerindeki yatış oranları, Erzurum il sınırı içinden gelen hastalara göre yüksektir (%25,1'e %14,2 $P=0,002$) (Tablo 15).

Tablo 17. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre psikiyatrik özellikleri

Psikiyatrik özellik	Erzurum içi n (%)	Erzurum dışı n (%)	P
Anne-baba akrabalık (var/yok)	29 (%7,9)	15 (%9,0)	0,680
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	245 (%66,9)	121 (%72,5)	0,203
Son 6 ayda psikiyatri başvuru (var/yok)	82 (%22,4)	39 (%23,4)	0,808
Ailede psikiyatrik hikaye (var/yok)	51 (%13,9)	15 (%9,0)	0,107
Daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	95 (%26,0)	44 (%26,3)	0,924
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	19 (%5,2)	13 (%7,2)	0,242
Daha önce intihar girişimi (var/yok)	51 (%13,9)	30 (%18,0)	0,229

Erzurum il sınırı dışından gelen hastaların, Erzurum il sınırı içinden gelen hastalarla kıyaslandığında gerek kişisel, gerek ailevi psikiyatrik özellikler arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir.

Hastaların kırsal alan şehir merkezinden gelmelerine göre incelenmesi



Grafik 3. Hastaların yaşadıkları yerleşim yerinin nüfusuna göre ayrılması

Tablo 18. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre aldığı ilaçların değerlendirilmesi

Aldığı ilaç	Köy n (%)	İlçe n (%)	İl merkezi n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	12 (%27,9)	11 (%12,6)	38 (%9,4)	0,001
Antidepresan alımı (var/yok)	8 (%18,6)	28 (%32,2)	109 (%27,0)	0,259
Analjezik alımı* (var/yok)	7 (%16,3)	19 (%21,8)	82 (%20,3)	0,757
Antihipertansif alımı (var/yok)	0 (%0,0)	3 (%3,4)	23 (%5,7)	0,203
Salisilat alımı (var/yok)	2 (%4,7)	8 (%9,2)	9 (%2,2)	0,006
Parasetamol alımı (var/yok)	4 (%9,3)	14 (16,1)	73 (%18,1)	0,333
Antibiyotik alımı (var/yok)	4 (%9,3)	11 (%12,6)	53 (%13,2)	0,772
Başka ilaç alımı (var/yok)	21 (%48,8)	43 (%49,4)	240(%59,6)	0,118
Kanda etanol (var/yok)	0 (%0,0)	2 (%2,3)	8 (%2,0)	0,620
İdrarda THC	1 (%2,3)	1 (%1,1)	9 (%2,2)	0,806
İdrarda benzodiazepin (var/yok)	1 (%2,3)	1 (%1,1)	9 (%2,2)	0,806
İdrarda parasetamol (var/yok)	3 (%7,0)	5 (%5,7)	26 (%6,5)	0,957

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Hastalar yaşadıkları bölgenin nüfus oranına göre köy, ilçe ve il merkezi olmak üzere 3 ayrı bölgeye ayrılmışlardır. Geldikleri bölgeye göre ilaç alımı incelendiğinde organofosfat alımının köy merkezinden gelenlerde ilçe ve il merkezinden gelenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla %27,9'a %12,6 ve %9,4 P=0,001) (Tablo 18). Salisilat alımı ise ilginç olarak ilçe merkezinden gelenlerde köy ve il merkezinden gelenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla %9,2'e %4,7 ve %2,2 P=0,006) (Tablo 18).

Tablo 19. Hastaların periferden veya şehir merkezinden gelmelerine göre klinik özellikleri

Klinik Özellik	Köy n (%)	İlçe n (%)	İl merkezi n (%)	P
Bulantı (var/yok)	26 (%60,5)	41 (%47,1)	209 (%51,9)	0,358
Kusma (var/yok)	18 (%41,9)	26 (%29,9)	130 (%32,3)	0,370
Mide ağrısı (var/yok)	11 (%25,6%)	23 (%26,4)	98 (%24,3)	0,910
Uykuya meyil (var/yok)	11 (%25,6)	32 (%36,8)	146 (%36,2)	0,367
Şuur kaybı (var/yok)	6 (%14,0)	14 (%16,1)	36 (%8,9)	0,106
Baş ağrısı (var/yok)	5 (%11,6)	8 (%9,2)	30 (%7,4)	0,578
Baş dönmesi (var/yok)	7 (%16,3)	9 (%10,3)	38(%9,4)	0,367
Ajitasyon (var/yok)	0 (%0,0)	10 (%11,5)	33 (%8,2)	0,076
İdrar retansiyonu (var/yok)	2 (%4,7)	7 (%8,0)	9 (%2,2)	0,022
Halsizlik (var/yok)	8 (%18,6)	14 (%16,1)	44 (%10,9)	0,180
İntihar şekli <i>Agresif</i>	4 (%9,3)	14 (%16,1)	46 (%11,4)	0,405
<i>Agresif değil</i>	39 (%90,7)	73 (%83,9)	357 (%88,6)	
Prognoz <i>Taburcu</i>	0 (%0,0)	11 (%12,6)	71 (%17,6)	0,002
<i>Yatış</i>	39 (%90,7)	73 (%83,9)	284 (%70,5)	
<i>Terk</i>	4 (%9,3)	3 (%3,4)	48 (%11,9)	
Yattığı servis <i>Acil</i>	33 (%76,7)	60 (%69,0)	272 (%67,5)	0,199
<i>Dahili servisler</i>	1 (%2,3)	8 (%9,2)	24 (%6,0)	
<i>YBU</i>	4 (%9,3)	6 (%6,9)	18 (%4,5)	
<i>Cerrahi servisler</i>	5 (%11,6)	13 (%14,9)	89 (%22,1)	
Kalış süresi <i>Birgün altı</i>	28 (%65,1)	69 (%79,3)	342 (%84,9)	0,004
<i>Birgün üstü</i>	15 (%34,9)	18 (%20,7)	61 (%15,1)	

Hastaların şikayetlere göre geldikleri bölgeler bakımından belirgin bir fark bulunmamakla birlikte idrarretansiyonu belirgin olarak ilçe merkezinden gelenlerde köy ve il merkezinden gelenlere göre daha yüksektir (sırasıyla %8'e %4,7 ve %2,2 P=0,022) (Tablo 19). Hastanın ajitasyon şikayeti ile acil servise başvurma oranı ilçe ve il merkezlerinde yüksekken, köyden gelen hastalarda böyle bir bulgu görülmemiştir, fakat bu durum istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır (sırasıyla %11,5'e %8,2 %0 P=0,076)(Tablo 19).

Parasuicid hastalarının yaşadıkları bölgedeki nüfus sayısı azaldıkça hospitalizasyon oranları artmaktadır (köy:%90,7; ilçe:%83,9 ve il:%70,5 P=0,002) ve 1

günün üstünde hastahane de kalma oranlarında geldikleri merkezin nüfus sayısı azaldıkça artmaktadır (köy:%34,9; ilçe:%20,7 ve il:%15,1 $P=0,004$) (Tablo 19).

Tablo 20. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre sosyokültürel özellikleri

Sosyokültürel Özellik		Köy n (%)	İlçe n (%)	İl merkezi n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	31 (%72,1)	53 (%60,9)	272(%67,5)	0,370
	Erkek	12 (%27,9)	34 (%39,1)	131 (%32,5)	
Medeni durumu	Evli	23 (%53,5)	39 (%44,8)	146 (%36,2)	0,042
	Bekâr	20 (%46,5)	48 (%55,2)	257 (%63,8)	
İş durumu	Çalışıyor	4 (%9,3)	17 (%19,5)	82 (%20,3)	0,452
	Çalışmıyor	27 (%62,8)	48 (%55,2)	207 (%51,4)	
	Öğrenci	10 (%23,3)	17 (%19,5)	101 (%25,1)	
	Bilinmiyor	2 (%4,7)	5 (%5,7)	13 (%3,2)	

Parasuicid hastalarının yaşadıkları bölgedeki nüfus sayısı azaldıkça evli olma ihtimalleri anlamlı olarak azalmaktadır ($P=0,042$) (Tablo 20).

Tablo 21. Hastaların periferden veya şehir merkezinden gelmelerine göre psikiyatrik özellikleri

Psikiyatrik özellik	Köy n (%)	İlçe n (%)	İl merkezi n (%)	P
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	32 (%74,4)	57 (%65,5)	277 (%68,7)	0,588
Son 6 ayda psikiyatri başvuru (var/yok)	8 (%18,6)	19 (%21,8)	94 (%23,3)	0,764
Ailede psikiyatrik hikâye (var/yok)	5 (%11,6)	9 (%10,3)	52 (%12,9)	0,796
Daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	7 (%16,3)	25 (%28,7)	107 (%26,6)	0,285
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	3 (%7,0)	7 (%8,0)	22 (%5,5)	0,629
Daha önce intihar girişimi (var/yok)	4 (%9,3)	13 (%14,9)	64 (%15,9)	0,519

Hastaların periferden veya şehir merkezinden gelmelerine göre kıyaslandığında gerek kişisel, gerek ailevi psikiyatrik özellikler arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 21).

Tablo 22. Erzurum'un içinden gelen intihar girişiminde bulunan hastaların Erzurum'un dışından gelen intihar girişiminde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi.

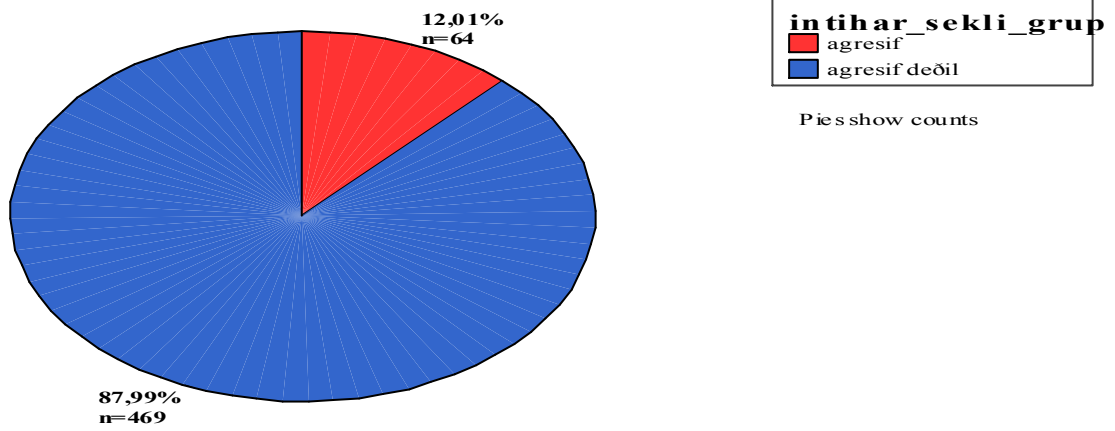
Hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri	P	OR	95%C.I.	
	Lower	Upper	Lower	Upper
Organofosfat alımı (var/yok)	<0,0001	4,840	2,449	9,566
Antibiyotik alımı (var/yok)	0,597	1,187	0,629	2,239
Parasetamol alımı (var/yok)	0,677	1,126	0,643	1,973
Kalış süre grup (bir gün üstü/bir gün altı)	0,997	1,001	0,557	1,798
Şuur kaybı (var/yok)	0,118	0,522	0,231	1,179
GKS	0,919	1,006	0,903	1,119
İdrar retansiyonu (var/yok)	0,245	1,938	0,635	5,909
BT çekilmek (var/yok)	0,091	1,819	0,909	3,638
Aile bireylerinde psikiyatrik tanı (var/yok)	0,256	1,445	0,766	2,726

Erzurum'un içinden gelen intihar girişiminde bulunan hastaların Erzurum'un dışından gelen intihar girişiminde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle Enter metoduyla incelenmesi sonucunda, Erzurum'un dışından acil servisimize başvurularda organofosfat alarak intihar ihtimali Erzurum'un içinden gelenlere göre 4,8 (%95 CI: 2,5-9,6) kat artmaktadır (Tablo 22).

Hastaların İntihar şekline göre incelenmesi

Tablo 23. İntihar şekline göre hastaların sayısı

İntihar şekli	Hasta sayısı	%
Agresif Ası	9	1,7
Kesici alet	23	4,3
Ateşli silah	8	1,5
İlaç içme-kesi	8	1,5
Doğal gaz-kesi	2	0,4
Yüksekten atlama	18	3,4
Asit madde içme	4	0,8
Agresif değil İlaç içme	459	86,1
LPG-doğalgaz	2	0,4



Grafik 4. Hastaların intihar şekline göre gruplandırılması

Tablo 24. Hastaların İntihar şekline göre klinik özelliklerinin incelenmesi

Klinik Özellik	Agresif n (%)	Agresif değil n (%)	P
Bulantı (var/yok)	11 (%17,2)	265 (%56,5)	<0,0001
Kusma (var/yok)	2 (%3,1)	172 (%36,7)	<0,0001
Mide ağrısı (var/yok)	7 (%10,9)	125 (%26,7)	0,006
Uykuya meyil (var/yok)	4 (%6,3)	185 (%39,4)	<0,0001
Şuur kaybı (var/yok)	12 (%18,8)	44 (%9,4)	0,022
Baş ağrısı (var/yok)	5 (%7,8)	38 (%8,1)	0,929
Baş dönmesi (var/yok)	3 (%4,7)	51 (%10,9)	0,124
Ajitasyon (var/yok)	12 (%18,8)	31 (%6,6)	0,001
İdrar retansiyonu (var/yok)	0 (%0,0)	18 (%3,8)	0,111
Halsizlik (var/yok)	3 (%4,7)	63 (%13,4)	0,046
Prognoz Taburcu	16 (%25,0)	66 (%14,1)	0,054
Yatış	44 (%68,8)	352 (%75,1)	
Terk	4 (%6,3)	51 (%10,9)	
Yattığı servis Acil	6 (%9,4)	359 (%76,5)	<0,0001
Dahili servisler	7 (%10,9)	26 (%5,5)	
YBU	8 (%12,5)	20 (%4,3)	
Cerrahi servisler	43 (%67,2)	64 (%13,6)	
Kalış süresi Bir gün altı	64 (%100,0)	375 (%80,0)	<0,0001
Bir gün üstü	0 (%0,0)	94 (%20,0)	

Bulantı, kusma, mide ağrısı, uykuya meyil, halsizlik gibi ilaçlara bağlı semptomlar agresif olmayan suididler daha fazla görölmekte iken, şuur kaybı ve ajitasyon agresif olan suididlerde daha fazla görölmektedir (Tablo 24). Yattığı servisle ilgili agresif olan suididler agresif olmayanlara göre anlamlı olarak acil serviste daha yüksek oranda yatırılmakta iken (%76,5'e %9,4 $P<0,0001$), agresif suididler daha sık cerrahi servislere yatırılmaktaydı (%67,2'ye %13,6 $P<0,0001$) (Tablo 24). Agresif olan suididler bir günden az acil servisimizde kalmakta iken agresif olmayanlar ise daha fazla sürede müşade edilmektedir (Tablo 24).

Tablo 25. Hastaların İntihar şekline göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi

Sosyokültürel Özellik		Agresif n (%)	Agresif değil n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	29 (%45,3)	327 (%69,7)	<0,0001
	Erkek	35 (%54,7)	142 (%30,3)	
Geldiği yer	Erzurum içi	45 (%70,3)	321 (%68,4)	0,762
	Erzurum dışı	19 (%29,7)	148 (%31,6)	
Medeni durumu	Evli	28 (%43,8)	180 (%38,4)	0,409
	Bekar	36 (%56,3)	289 (%61,6)	
İş durumu	Çalışıyor	11 (%17,2)	92 (%19,6)	0,066
	Çalışmıyor	35 (%54,7)	247 (%52,7)	
	Öğrenci	12 (%18,8)	116 (%24,7)	
	Bilinmiyor	6 (%9,4)	14 (%3,0)	
Kırsal alan-Şehir	Köy	4 (%6,3)	39 (%8,3)	0,405
	İlce	14 (%21,9)	73 (%15,6)	
	İl merkezi	46 (%71,9)	357 (%76,1)	

İntihar şekline göre sosyokültürel özelliklerinin incelendiğinde kadınlarda daha çok agresif olmayan suidid görölmekte, erkeklerde daha çok agresif olan suididler görölmektedir (Tablo 25).

Tablo 26. Hastaların İntihar şekline göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi

Psikiyatrik özellik	Agresif n (%)	Agresif değil n (%)	P
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	21 (%32,8)	345 (%73,6)	<0,0001
Son 6 ayda psikiyatri başvuru (var/yok)	9 (%14,1)	112 (%23,9)	0,079
Ailede psikiyatrik hikâye (var/yok)	5 (%7,8)	61 (%13,0)	0,237
Daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	15(%23,4)	124 (%26,4)	0,608
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	6 (%9,4)	26 (%5,5)	0,226
Daha önce intihar girişimi (var/yok)	12 (%18,8)	69 (%14,7)	0,399

İntihar şekline göre psikiyatrik özellikler incelendiğinde; agresif girişimli hastaların agresif girişimli olmayan hastalara göre acil serviste psikiyatri konsültasyonları isteme oranları daha düşüktür (%32,8'e %73,6; $P<0,0001$) (Tablo 26). Buda agresif olan girişimlerde büyük olasılık genel tıbbi durumun bozukluğu nedeniyle psikiyatri konsültasyonu istenememesine bağlanmaktadır.

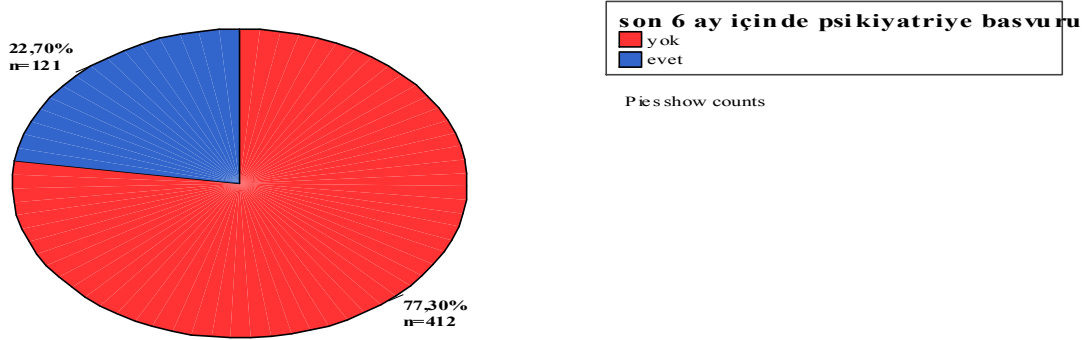
Tablo 27. Agresif suicid gerçekleştiren hastaların agresif suicid gerçekleştirmeyen hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi

Hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri	P	OR	95%C.I.	
	Lower	Upper	Lower	Upper
Cinsiyet	0,001	2,800	1,566	5,006
Kalış süre grup (bir gün üstü/bir gün altı)	0,996	<0,0001	<0,0001	.
Ajitasyon durumu (var/yok)	<0,0001	5,152	2,175	12,205
Hastada son altı ay içinde psikiyatriye başvuru (var/yok)	0,278	0,640	0,286	1,433
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	<0,0001	4,817	2,647	8,769

Agresif suicid gerçekleştiren hastaların agresif suicid gerçekleştirmeyenlere göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle Enter metoduyla incelenmesi sonucunda, erkek olma ihtimali 2,8 (%95 CI:1,6-5,0) kat artmaktadır. Agresif olmayan suicid girişiminde bulunan hastaların agresif suicid girişiminde bulunan hastalara göre acilde psikiyatri konsültasyonu istenme oranı 4,8 (%95 CI: 2,7-

8,8) kat artmaktadır ve acilde ajitasyon gösterme durumu 5,2 (%95 CI: 2,2-12,2) kat artmaktadır.

Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre incelenmesi



Grafik 5. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatri polikliniğine başvuru durumlarına göre gruplandırılması

Tablo 28. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre aldığı ilaçların incelenmesi

Aldığı ilaç	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu VAR n (%)	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu YOK n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	50 (%12,1)	11 (%9,1)	0,355
Antidepresan alımı (var/yok)	87 (%21,1)	58 (%47,9)	<0,0001
Analjezik alımı* (var/yok)	92 (%22,3)	16 (%13,2)	0,028
Antihipertansif alımı (var/yok)	20 (%4,9)	6 (%5,0)	0,963
Salisilat alımı (var/yok)	14 (%3,4)	5 (%4,1)	0,702
Antibiyotik alımı (var/yok)	55 (%13,3)	13 (%10,7)	0,450
Başka ilaç alımı (var/yok)	230 (%55,8)	74 (%61,2)	0,298
Parasetamol alımı (var/yok)	77 (%18,7)	14 (%11,6)	0,067
Kanda etanol (var/yok)	9 (%2,2)	1 (%0,8)	0,333
İdrarda benzodiazepin (var/yok)	5(%1,2)	6(%5,0)	0,011
İdrarda parasetamol (var/yok)	26 (%6,3)	8 (%6,6)	0,905

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Son altı ay içinde psikiyatriye başvurusu olan hastaların psikiyatriye başvurusu olmayan hastalara göre antidepresanla intihar teşebbüsünde bulunmaları belirgin olarak daha düşük oranda iken (%21,1'e %47,9; $P<0,0001$), analjezikle intihar teşebbüsünde bulunmaları daha yüksek (%22,3'e %13,2; $P=0,028$) ve idrar tahlillerinde benzodiazepine rastlama oranları daha düşüktür (%1,2'ye %5 $P=0,011$) (Tablo 28).

Tablo 29. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre klinik özelliklerinin incelenmesi

Klinik Özellik	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu VAR n (%)	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu YOK n (%)	P
Bulantı (var/yok)	215 (%52,2)	61 (%50,4)	0,732
Kusma (var/yok)	136 (%33,0)	38 (%31,4)	0,741
Mide ağrısı (var/yok)	98 (%23,8)	34 (%28,1)	0,334
Uykuya meyil (var/yok)	131 (%31,8)	5 (%47,9)	0,001
Şuur kaybı (var/yok)	44 (%10,7)	12 (%9,9)	0,810
Baş ağrısı (var/yok)	39 (%9,5)	4 (%3,3)	0,029
Baş dönmesi (var/yok)	47 (%11,4)	7 (%5,8)	0,072
Ajitasyon (var/yok)	36 (%8,7)	7 (%5,8)	0,294
İdrar retansiyonu (var/yok)	13 (%3,2)	5 (%4,1)	0,601
Halsizlik (var/yok)	55 (%13,3)	11 (%9,1)	0,211
İntihar şekli <i>Agresif</i>	55 (%13,3)	9 (%7,4)	0,079
<i>Agresif değil</i>	357 (%86,7)	112 (%92,6)	
<i>Prognoz Taburcu</i>	67 (%16,3)	15 (%12,4)	0,353
<i>Yatış</i>	300 (%72,8)	96 (%79,3)	
<i>Terk</i>	45 (%10,9)	10 (%8,3)	
<i>Yattığı servis Acil</i>	280 (%68,0)	85 (%70,2)	0,126
<i>Dahili servisler</i>	21 (%5,1)	12 (%9,9)	
<i>YBU</i>	22 (%5,3)	6 (%5,0)	
<i>Cerrahi servisler</i>	89 (%21,6)	18 (%14,9)	
<i>Kalış süresi Birgün altı</i>	339 (%82,3)	100 (%82,6)	0,927
<i>Birgün üstü</i>	73 (%17,7)	21 (%17,4)	

Son altı ay içinde psikiyatriye başvurusu olan hastaların antidepresanla intihara meyil oranları daha düşük olduğu için kliniklerinde uykuya meyil oranları da belirgin olarak daha düşük bulunmuştur (%31,8'e %47,9 P=0,001) (Tablo 29).

Tablo 30. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi

Sosyokültürel Özellik		Son 6 ay Psikiyatri başvurusu VAR n (%)	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu YOK n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	277 (%67,2)	79 (%65,3)	0,690
	Erkek	135 (%32,8)	42 (%34,7)	
Geldiği yer	Erzurum içi	284(%68,9)	82 (%67,8)	0,808
	Erzurum dışı	128 (%31,1)	39 (%32,2)	
Medeni durumu	Evli	158 (%38,3)	50 (%41,3)	0,556
	Bekar	254 (%61,7)	71 (%58,7)	
İş grubu	Çalışıyor	80 (%19,4)	23 (%19,0)	0,987
	Çalışmıyor	217 (%52,7)	65 (%53,7)	
	Öğrenci	100(%24,3)	28 (%23,1)	
	Bilinmiyor	15 (%3,6)	5 (%4,1)	
Kırsal alan-şehir merkezi	Köy	35 (%8,5)	8 (%6,6)	0,764
	İlçe	68 (%16,5)	19 (%15,7)	
	İl merkezi	309 (%75,0)	94 (%77,7)	

Son altı ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre sosyokültürel özellikler incelendiğinde önemli bir farklılık gözlenmemiştir.

Tablo 31. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi

Psikiyatrik özellik	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu VAR n (%)	Son 6 ay Psikiyatri başvurusu YOK n (%)	P
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	267 (%64,8)	99 (%81,8)	<0,0001
Ailede psikiyatrik hikaye (var/yok)	32 (%7,8)	34 (%28,1)	<0,0001
Daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	44 (%10,7)	95 (%78,5)	<0,0001
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	19 (%4,6)	13 (%10,7)	0,013
Daha önce intihar girişimi (var/yok)	37 (%9,0)	44 (%36,4)	<0,0001

Son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusu olan hastaların acil servis de psikiyatri konsültasyonları isteme oranları (%64,8'e %81,8 $P<0,0001$), ailede psikiyatrik hastalık olma hikayesi oranları (%7,8'e %28,1 $P<0,0001$), daha önce psikiyatrik tanısı olması oranları (%10,7'ye %78,5 $P<0,0001$), ailede intihar girişimi öyküsü oranları (%4,6'ya %10,7 $P=0,013$) ve daha önce kendisinde intihar girişimi öyküsü oranları (%9,0'a %36,4 $P<0,0001$) belirgin olarak daha düşüktür (Tablo 31). Acile intihar girişimi ile başvuran hastalarda son altı ay içinde psikiyatriye başvurusu olanlar daha olumludur.

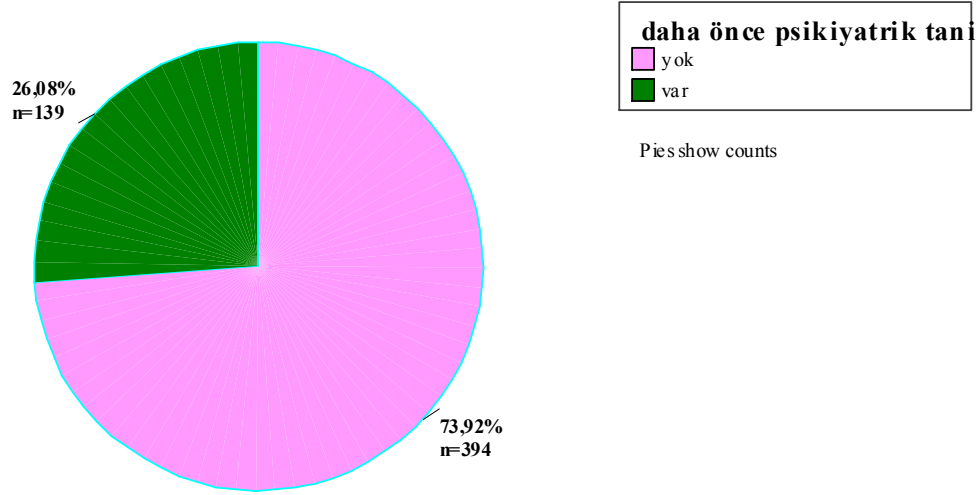
Tablo 32. Son 6 ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olan intihar girişiminde bulunan hastaların son 6 ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olmayan intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi

Hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri	P	OR	95%C.I.	
	Lower	Upper	Lower	Upper
Parasetamol alımı (var/yok)	0,947	1,029	0,437	2,422
Analjezik alımı* (var/yok)	0,153	1,778	0,807	3,918
Antidepresan alımı (var/yok)	0,103	0,592	0,315	1,113
Benzodiazepin alımı (var/yok)	0,783	0,805	0,171	3,785
İntihar şekli	0,147	0,461	0,162	1,313
Baş ağrısı (var/yok)	0,086	0,300	0,075	1,189
Baş.dönmesi (var/yok)	0,053	2,965	0,984	8,934
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	0,134	1,701	0,850	3,405
Ailede.intihar.girisimi var mı (var/yok)	0,893	0,925	0,298	2,869
Ailede.psikiyatrik.tanı (var/yok)	0,239	0,616	0,275	1,379
Hastada daha.önce.intihar.girisimi (var/yok)	0,009	2,491	1,255	4,942
Hastada daha.önce.psikiyatrik.tanı (var/yok)	<0,0001	19,899	11,046	35,849

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Son altı ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olan intihar teşebbüsünde bulunan hastaların, son altı ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olmayanlara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle Enter metoduyla incelenmesi sonucunda, daha önce intihar girişiminde bulunma ihtimali 2,5 (%95 CI:1,3-4,9) kat, daha önce psikiyatrik tanısının olma ihtimali de 19,9 (%95 CI: 11,1-35,9) kat azalmaktadır.

Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının olup olmamasına göre incelenmesi



Grafik 6. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısı olup olmamasına göre gruplandırılması

Tablo 33. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre aldığı ilaçların incelenmesi

Aldığı ilaç	Psikiyatrik tanısı yok n (%)	Psikiyatrik tanısı var n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	51(%12,9)	10 (%7,2)	0,67
Antidepresan alımı (var/yok)	77 (%19,5)	68 (%48,9)	<0,0001
Analjezik alımı* (var/yok)	89 (%22,6)	19 (%13,7)	0,024
Antihipertansif alımı (var/yok)	19 (%4,8)	7 (%5,0)	0,920
Salisilat alımı (var/yok)	15 (%3,8)	4 (%2,9)	0,611
Parasetamol alımı (var/yok)	77 (%19,5)	14 (%10,1)	0,011
Antibiyotik alımı (var/yok)	56 (%14,2)	12 (%8,6)	0,90
Başka ilaç alımı (var/yok)	221 (%56,19)	83 (%59,7)	0,458
Kanda Etanol (var/yok)	8 (%2,0)	2 (%1,4)	0,659
İdrarda Benzodiazepin (var/yok)	3 (%0,8)	8 (%5,8)	<0,0001
İdrarda Parasetamol (var/yok)	29 (%7,4)	5 (%3,6)	0,119

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Daha önceden psikiyatrik tanısı olan hastalar olmayanlara göre şu psikiyatrik ilaçlar kullanarak intihar girişiminde daha sık bulunmuşlardır: Antidepresan (%48,9'a %19,5 P<0,0001) ve benzodiazepin (%5,8'e %0,8 P<0,0001). Tersine psikiyatrik tanısı olmayan hastalarda psikiyatrik ilaç olmayan analjezik alımı (%22,6'ya %13,7 P=0,024) ve parasetamol alımı (%19,5'e %10,1 P=0,011) daha yüksektir (Tablo 33).

Tablo 34. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre klinik özelliklerinin incelenmesi

Klinik Özellik	Psikiyatrik tanı yok n (%)	Psikiyatrik tanı var n (%)	P
Bulantı (var/yok)	204 (%51,89)	72 (%51,8)	0,996
Kusma (var/yok)	128 (%32,5)	46 (%33,1)	0,896
Mide ağrısı (var/yok)	101 (%25,6)	31 (%22,3)	0,434
Uykuya meyil (var/yok)	117 (%29,7)	72 (%51,8)	<0,0001
Şuur kaybı (var/yok)	42 (%10,7)	14 (%10,1)	0,846
Baş ağrısı (var/yok)	37 (%9,4)	6 (%4,3)	0,059
Baş dönmesi (var/yok)	42 (%10,7)	12 (%8,6)	0,496
Ajitasyon (var/yok)	32 (%8,1)	11 (%7,9)	0,938
İdrar retansiyonu (var/yok)	13 (%3,3)	5 (%3,6)	0,867
Halsizlik (var/yok)	51 (%12,9)	15 (%10,8)	0,508
İntihar şekli <i>Agresif</i>	49 (%12,4)	15 (%10,8)	0,608
<i>Agresif değil</i>	345 (%87,6)	124 (%89,2)	
<i>Prognoz Taburcu</i>	63 (%16,0)	19 (%13,7)	0,791
<i>Yatış</i>	290 (%73,6)	106 (%76,3)	
<i>Terk</i>	41 (%10,4)	14 (%10,1)	
<i>Yattığı servis Acil</i>	271 (%68,8)	94 (%67,6)	0,058
<i>Dahili servisler</i>	18 (%4,6)	15 (%10,8)	
<i>YBU</i>	22 (%5,6)	6 (%4,3)	
<i>Cerrahiservisler</i>	83 (%21,1)	24 (%17,3)	
<i>Kalış süresi Birgün altı</i>	321 (%81,5)	118 (%84,9)	0,363
<i>Birgün üstü</i>	73 (%18,5)	21 (%15,1)	

Daha önceden psikiyatrik tanısı olan hastalar daha çok psikiyatrik ilaçlarla intihar girişiminde bulundukları için klinik olarak uykuya meyil bu hastalarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (%51,8'e %29,7 P<0,0001). Baş

ağrısı bulgusu psikiyatrik tanısı olmayanlarda daha sık görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır (%9,4'e %4,3 P=0,059) (Tablo 34).

Tablo 35. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi

Psikiyatrik özellik	Psikiyatrik tanı yok n (%)	Psikiyatrik tanı var n (%)	P
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	254 (%64,5)	112 (%80,6)	<0,0001
Ailede psikiyatrik hikaye (var/yok)	27 (%6,9)	39 (%28,1)	<0,0001
Son 6 ayda psikiyatri başvuru (var/yok)	26 (%6,6)	95 (%68,3)	<0,0001
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	16 (%4,1)	16 (%11,5)	0,001
Daha önce intihar girişimi (var/yok)	30 (%7,6)	51 (%36,7)	<0,0001

Daha önceden psikiyatrik tanısı olan hastalarda acil serviste psikiyatri konsültasyonu isteme oranları (%80,6'ya %64,5 P<0,0001), ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olma oranı (%28,1'e %6,9 P<0,0001), son 6 ayda psikiyatri polikliniğine başvuru oranları (%68,3'e %6,6 P<0,0001), ailede intihar teşebbüsü öyküsü oranları (%11,5'e %4,1 P=0,001) ve daha önce intihar girişimi oranları (%36,7'ye %7,6 P<0,0001) belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 35).

Tablo 36. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi

Sosyokültürel Özellik		Psikiyatrik tanı yok n (%)	Psikiyatrik tanı var n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	265 (%67,3)	91 (%65,5)	0,700
	Erkek	129 (%32,7)	48 (%34,5)	
Geldiği yer	Erzurum içi	271 (%68,8)	95 (%68,3)	0,924
	Erzurum dışı	123 (%31,2)	44 (%31,7)	
Medeni durumu	Evli	155 (%39,3)	53 (%38,1)	0,801
	Bekar	239 (%60,7)	86 (%61,9)	
İş grubu	Çalışıyor	79 (%20,1)	24 (%17,3)	0,663
	Çalışmıyor	203 (%51,5)	79 (%56,8)	
	Öğrenci	98 (%24,9)	30 (%21,6)	
	Bilinmiyor	14 (%3,6)	6 (%4,3)	
Kırsal alan-şehir merkezi	Köy	36 (%9,1)	7 (%5,0)	0,285
	İlçe	62 (%15,7)	25 (%18,0)	
	İl merkezi	296 (%75,1)	107 (%77,0)	

Daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre sosyokültürel özelliklerinin incelendiğinde her 2 grupta farklılık bulunmamıştır.

Tablo 37. Daha önceden psikiyatrik tanısı olan intihar girişiminde bulunan hastaların daha önceden psikiyatrik tanısı olmayıp intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi.

Hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri	P	OR	95%C.I.	
	Lower	Upper	Lower	Upper
Organofosfat alımı (var/yok)	0,236	0,541	0,195	1,496
Antidepresan kullanımı (var/yok)	0,129	1,695	0,858	3,351
Analjezik alımı *(var/yok)	0,501	0,777	0,372	1,621
Parasetamol alımı (var/yok)	0,278	0,628	0,271	1,456
Benzodiazepin alımı (var/yok)	0,153	3,688	0,616	22,084
Baş ağrısı (var/yok)	0,198	0,482	0,158	1,465
Uykuya meyil (var/yok)	0,188	1,536	0,811	2,911
Aile bireylerinde intihar girişimi (var/yok)	0,373	1,606	0,567	4,547
Aile bireylerinde psikiyatrik tanı (var/yok)	0,025	2,501	1,125	5,562
Hastada daha önce intihar girişimi (var/yok)	<0,0001	4,011	2,013	7,994
Hastada son altı ay içinde psikiyatriye başvuru (var/yok)	<0,0001	19,580	10,889	35,208
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	0,148	1,622	0,843	3,123

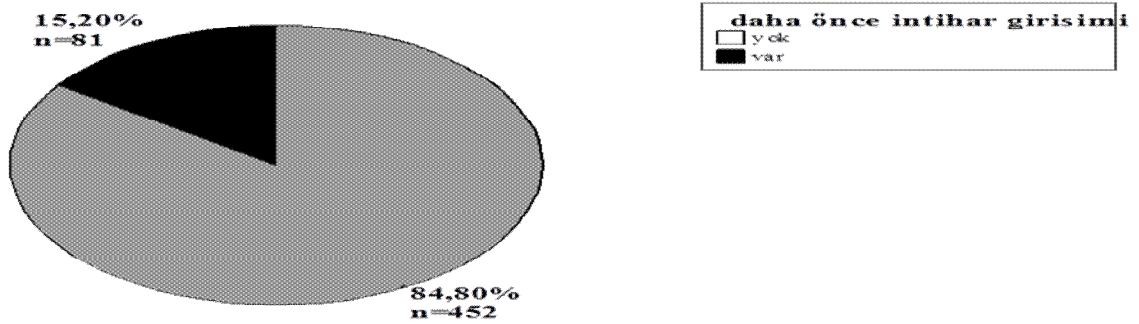
*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Daha önceden psikiyatrik tanısı olan intihar girişiminde bulunan hastaların daha önceden psikiyatrik tanısı olmayıp intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre aile bireylerinin en az birinin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısının olma ihtimali 2,5 (%95 CI: 1,1-5,6) kat artmaktadır.

Çalışmamızda daha önceden psikiyatrik tanısı olan hastaların daha önceden psikiyatrik tanısı olmayan hastalara göre, daha önceden intihar girişiminde bulunma ihtimali 4 (%95 CI: 2,0-8,0) kat artmaktadır.

Daha önceden psikiyatrik tanısı olan intihar girişiminde bulunan hastaların daha önceden psikiyatrik tanısı olmayıp intihar teşebbüsünde bulunan hastalara göre son 6 ayda psikiyatriye başvurusunun olma ihtimali 19,6 (%95 CI: 10,9-35,2) kat artmaktadır.

Hastaların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre incelenmesi



Grafik 7. Hastaların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre incelenmesi

Tablo 38. Hastaların daha önce intihar girişimine göre aldığı ilaçların incelenmesi

Aldığı ilaç	Yok n (%)	Var n (%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	54 (%11,9)	7 (%8,6)	0,390
Antidepresan alımı (var/yok)	114 (%25,2)	31 (%38,3)	0,015
Analjezik alımı* (var/yok)	98 (%21,7)	10 (%12,3)	0,054
Antihipertansif alımı (var/yok)	24 (%5,3)	2 (%2,5)	0,274
Salisilat alımı (var/yok)	16 (%3,5)	3 (%3,7)	0,942
Parasetamol alımı (var/yok)	83 (%18,4)	8 (%9,9)	0,062
Antibiyotik alımı (var/yok)	57 (%12,6)	11 (%13,6)	0,810
Başka ilaç alımı (var/yok)	256 (%56,6)	48 (%59,3)	0,661
Kanda Etanol (var/yok)	9 (%2,0)	1 (%1,2)	0,644
İdrarda Benzodiazepin (var/yok)	9 (%2,0)	2 (%2,5)	0,781
İdrarda Parasetamol (var/yok)	30 (%6,6)	4 (%4,9)	0,564

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Daha önce intihar girişiminde bulunan hastalar daha önce intihar girişiminde bulunmayanlara göre antidepresan alarak intihar girişiminde bulunma oranları anlamlı olarak daha yüksektir (%38,3'e %25,2 P=0,015). Daha önce intihar girişiminde bulunmayanlar ise analjezik alımı (%21,7'ye %12,3 P=0,054) ve parasetamol alımı (%18,4'e %9,9 P=0,062) daha yüksek oranda olup istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır (Tablo 38).

Tablo 39. Hastaların daha önce intihar girişiminin varlığına göre klinik özelliklerinin incelenmesi

Klinik Özellik	Yok n (%)	Var n (%)	P
Bulantı (var/yok)	239 (%52,9)	37 (%45,7)	0,233
Kusma (var/yok)	148 (%32,7)	26 (%32,1)	0,909
Mide ağrısı (var/yok)	112 (%24,8)	20 (%24,7)	0,987
Uykuya meyil (var/yok)	150 (%33,2)	39 (%48,1)	0,010
Şuur kaybı (var/yok)	48 (%10,6)	8 (%9,9)	0,841
Baş ağrısı (var/yok)	34 (%7,5)	9 (%11,1)	0,275
Baş dönmesi (var/yok)	46 (%10,2)	8 (%9,9)	0,934
Ajitasyon (var/yok)	32 (%7,1)	11 (%13,6)	0,048
İdrar retansiyonu (var/yok)	14 (%3,1)	4 (%4,9)	0,398
Halsizlik (var/yok)	53 (%11,7)	13 (%16,0)	0,277
İntihar şekli Agresif	52 (%11,5)	12 (%14,8)	0,399
Agresif değil	400 (%88,5)	69 (%85,2)	
Prognoz Taburcu	71 (%15,7)	11 (%13,6)	0,747
Yatış	336 (%74,3)	60 (%74,1)	
Terk	45 (%10,0)	10 (%12,3)	
Yattığı servis Acil	316 (%69,9)	49 (%60,5)	0,164
Dahili servisler	25 (%5,5)	8 (%9,9)	
YBU	21 (%4,6)	7 (%8,6)	
Cerrahi servisler	90 (%19,9)	17 (%21,0)	
Kalış süresi Bir gün altı	376 (%83,2)	63 (%77,8)	0,240
Bir gün üstü	76 (%16,8)	18 (%22,2)	

Daha önce intihar girişiminde bulunan hastalar daha çok antidepresan ile intihar girişiminde bulundukları için klinik olarak uykuya meyil (%48,1'e %33,2 P=0,010) ve ajitasyon (%13,6'ya %7,1 P=0,048) görülme oranları istatistiksel olarak daha yüksektir (Tablo 39).

Tablo 40. Hastaların daha önce intihar girişiminin varlığına göre psikiyatrik özelliklerinin incelenmesi

Psikiyatrik özellik	Yok n (%)	Var n (%)	P
Psikiyatri konsültasyonu (var/yok)	305 (%67,5)	61 (%75,3)	0,162
Ailede psikiyatrik hikâye (var/yok)	45 (%10,0)	21 (%25,9)	<0,0001
Daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	88 (%19,5)	51 (%63,0)	<0,0001
Son 6 ayda psikiyatri başvuru (var/yok)	77 (%17,0)	44 (%54,3)	<0,0001
Ailede intihar öyküsü (var/yok)	23 (%5,1)	9 (%11,1)	0,036

Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların, daha önceden intihar girişiminde bulunmamış hastalara göre acil serviste psikiyatri konsültasyonu istenme oranları arasında anlamlı fark bulunmayıp (%75,3'e %67,5 P=0,162), ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olma oranları (%25,9'a %10,0 P<0,0001), son 6 ayda psikiyatri polikliniğine başvuru oranları (%54,3'e %17,0 P<0,0001), ailede intihar teşebbüsü öyküsü oranları (%11,1'e %5,1 P=0,036) ve daha önce psikiyatrik tanısının bulunma oranları (%63,0'e %19,5 P<0,0001) belirgin olarak daha önce intihar girişiminde bulunan hastalarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 40).

Tablo 41. Hastaların daha önce intihar girişiminin varlığına göre sosyokültürel özelliklerinin incelenmesi

Sosyokültürel Özellik		Yok n (%)	Var n (%)	P
Cinsiyet	Kadın	306 (%67,7)	50 (%61,7)	0,293
	Erkek	146 (%32,3)	31 (%38,3)	
Geldiği yer	Erzurum içi	315 (%69,7)	51 (%63,0)	0,229
	Erzurum dışı	137 (%30,3)	30 (%37,0)	
Medeni durum	Evli	176 (%38,9)	32 (%39,5)	0,923
	Bekâr	276 (%61,1)	49 (%60,5)	
İş durumu	Çalışıyor	88 (%19,5)	15 (%18,5)	0,404
	Çalışmıyor	234 (%51,8)	48 (%59,3)	
	Öğrenci	114 (%25,2)	14 (%17,3)	
	Bilinmiyor	16 (%3,5)	4 (%4,9)	
Kırsal alan-şehir merkezi	köy	39 (%8,6)	4 (%4,9)	0,519
	İlçe	74 (%16,4)	13 (%16,0)	
	İl merkezi	339 (%75,0)	64 (%79,0)	

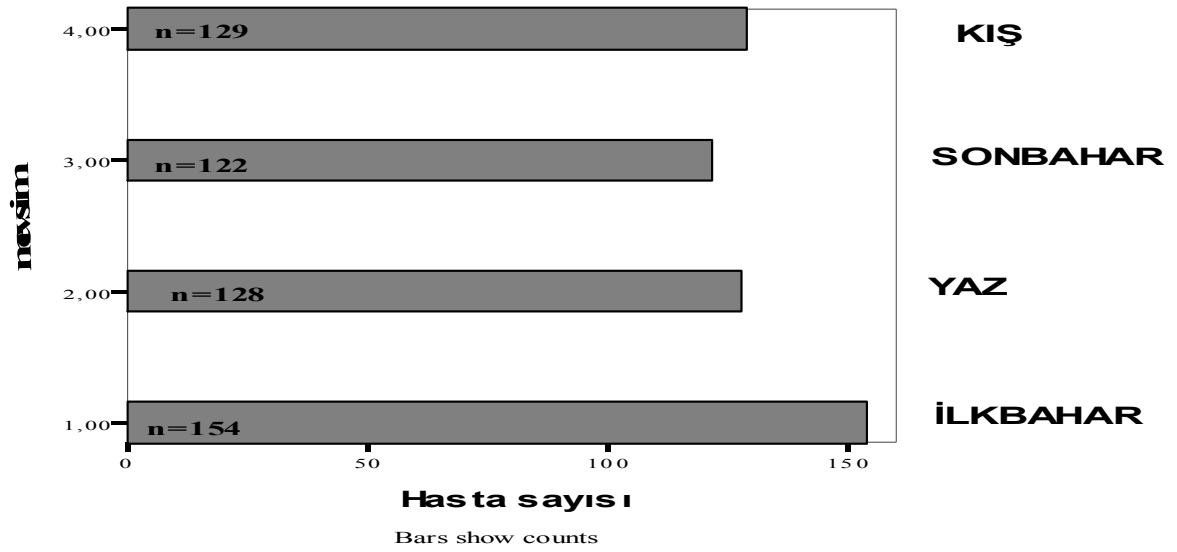
Daha önce intihar girişiminin varlığına göre sosyokültürel özellikleri incelendiğinde her 2 grupta farklılık bulunmamıştır.

Tablo 42. Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde bulunan hastalara göre klinik ve sosyodemografik özelliklerinin lojistik regresyon analiziyle incelenmesi.

Hastanın klinik ve sosyodemografik özellikleri	P	OR	95%C.I.	
			Lower	Upper
Antidepresan kullanımı (var/yok)	0,372	0,765	0,425	1,377
Analjezik alımı* (var/yok)	0,219	0,615	0,283	1,335
Parasetamol alımı (var/yok)	0,368	0,676	0,289	1,583
Ajitasyon (var/yok)	0,025	2,594	1,126	5,977
Aile bireylerinde intihar girişimi (var/yok)	0,601	1,293	0,493	3,394
Aile bireylerinde psikiyatrik tanı (var/yok)	0,293	1,456	0,723	2,929
Hastada daha önce psikiyatrik tanı (var/yok)	<0,0001	3,969	2,009	7,841
Hastada son altı ay içinde psikiyatriye başvuru (var/yok)	0,015	2,337	1,181	4,627

*: Parasetamol ve salisilat dışı diğer analjezikler

Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde bulunan hastalara göre daha önceden psikiyatrik tanısının konulmuş olması ihtimali 4 (%95 CI: 2,0-7,8) kat artmaktadır. Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde bulunan hastalara göre son altı ayda psikiyatriye başvurma ihtimali 2,3 (%95 CI:1,2-4,6) kat artmaktadır. Daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde bulunan hastalara göre ajitasyon kliniğinin olma ihtimali 2,6 (%95 CI: 1,1-6,0) kat artmaktadır.



Grafik 8. Mevsimlere göre acil servise başvuran intihar teşebbüsü hastalar

Tablo 43. Mevsimlere göre ilaç alımı, sosyokültürel, klinik, psikiyatrik ve ailevi özelliklerde anlamlı bulunan parametreler

Özellik	İlkbahar n(%)	Yaz n(%)	Sonbahar n(%)	Kış n(%)	P
Organofosfat alımı (var/yok)	15 (24,6)	23 (37,7)	8 (13,1)	15 (24,6)	0,034
Antidepresan alımı (var/yok)	49 (33,8)	24 (16,6)	37 (25,5)	35 (24,1)	0,076
Kusma (var/yok)	38 (21,8)	50 (28,7)	51 (29,3)	35 (20,1)	0,004
İntihar şekli <i>Agresif</i>	28 (43,8)	19 (14,1)	8 (12,5)	19 (29,7)	0,005
<i>Agresif değil</i>	126 (26,9)	119 (25,4)	114 (24,3)	110 (23,5)	
Kırsal alan-şehir merkezi <i>Köy</i>	6 (14,0)	20 (46,5)	10 (23,3)	7 (16,3)	0,010
<i>İlçe</i>	27 (31,0)	15 (17,2)	24 (27,6)	21 (24,1)	
<i>il merkezi</i>	121 (30,0)	93 (23,1)	88 (21,8)	101 (25,1)	

Mevsimlere göre ilaç alımı, sosyokültürel, klinik, psikiyatrik ve ailevi özellikleri incelendiğinde şu özelliklerin anlamlı olduğu görülmüştür. İlkbaharda antidepresan ilaç olarak intihara teşebbüs oranı fazla iken (Tablo); yazın organofosfat olarak intihar

girişiminde bulunma oranı fazla görülmektedir (Tablo 43; $P=0,034$). Sonbahar da ise klinik bulgu olarak kusma (Tablo 43; $P= 0,004$) diğer mevsimlere göre daha yüksek oranda görülmektedir. Hem agresif hem de agresif olmayan İntihar girişimi diğer mevsimlere göre anlamlı olarak ilkbaharda en sık görülmektedir (Tablo 43; $P=0,0005$). İlçe ve il merkezinden intihar girişiminde bulunmuş hastaların acil servisimize başvurma oranları ilkbaharda en yüksek iken köylerden intihar girişiminde bulunan hastaların acil servisimize gönderilme oranı yazın daha yüksek bulunmuştur (Tablo; $P=0,010$). Yazın köyden gelen başvurularda artı olmasının nedeni yazın köyden gelen hastalarda organofosfat intoksikasyonunun yüksek olması ve bu nedenle bu hastaların üniversitemize sevk edilmesi olabilir.

Hastaların aldığı ilaçlara göre semptomlarının incelenmesi: Organofosfat alanlarda, organofosfatla intihar girişiminde bulunmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek oranda bulantı görülmektedir [%73,8 (n=45)'e karşı %48,9 (n=231); $P<0,0001$]. Salisilat ile intihar girişiminde bulunan hastalarda da diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunan hastalara göre daha yüksek oranda bulantı görülmektedir

[%78,9 (n=15)'e karşı %50,8 (n=261); $P=0,016$]. Parasetamol ile intihar girişiminde bulunan hastalarda da diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunan hastalara göre bulantı görülme oranı yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır [%60,4 (n=55)'e karşı %50 (n=221); $P=0,07$].

Organofosfat ile intihar girişiminde bulunanlarda, diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunanlara göre daha düşük oranda mide ağrısı şikâyeti görülmektedir [%13,1 (n=8)'e karşı %26,3 (n=124); $p=0,025$]. Analjezik ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre daha yüksek oranda mide ağrısı şikâyeti görülmektedir [%34,3 (n=37)'ye karşı %22,4 (n=95); $P=0,010$]. Salisilat ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre mide ağrısı şikâyeti daha fazladır [%42,1 (n=8)'e karşı %24,1 (n=124); $P=0,75$]. Fakat istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır. Parasetamol ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre daha yüksek oranda mide ağrısı şikâyeti görülmektedir [%40,7 (n=37)'ye karşı %21,5 (n=95); $P<0,0001$]. Antibiyotik ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre daha yüksek oranda mide ağrısı şikâyeti görülmektedir [%39,7 (n=27)'ye karşı %22,6 (n=105); $P=0,002$].

Organofosfat ile intihar girişiminde bulunanlarda diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunanlara göre daha düşük oranda uykuya meyil şikâyeti görülmektedir [%19,7 (n=12)'ye karşı %37,5 (n=177); P=0,006]. Antidepresan ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre beklendiği gibi daha yüksek oranda uykuya meyil şikâyeti görülmektedir [%62,8 (n=54)'e karşı %30,2 (n=135); P<0,0001]. Benzodiazepin ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre beklendiği gibi daha yüksek oranda uykuya meyil şikâyeti görülmektedir [%90,9 (n=10)'a karşı %34,3 (n=179); P<0,0001].

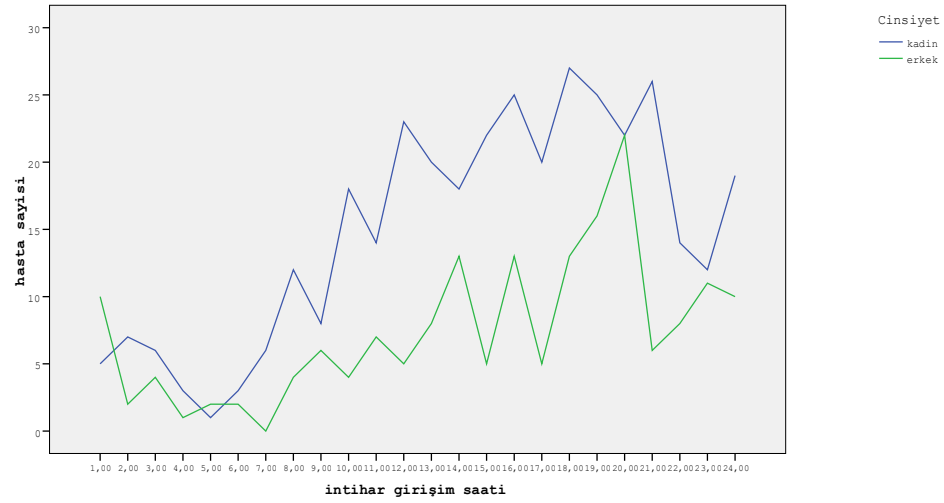
Şuur kaybı; analjezik ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre [%2,8 (n=3)'e karşı %12,5 (n=53); P=0,003], parasetamol ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre [%2,2,(n=2)'e karşı %12,2 (n=54); P=0,005] ve antibiyotik ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre [%2,9 (n=2)'e karşı %11,6 (n=54); P=0,029] daha az görülmektedir.

Organofosfat ile intihar girişiminde bulunanlarda diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunanlara göre daha düşük oranda ajitasyon görülmektedir [%0 (n=0)'a karşı %9,1 (n=43); P=0,014] (Tablo:).

Analjezik [%0 (n=0)'a karşı %4,2 (n=18); P=0,030] ve parasetamol [%0 (n=0)'a karşı %4,1 (n=18); P=0,050] ile intihar girişiminde bulunanlarda diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunanlara göre daha düşük oranda idrar retansiyonu görülmektedir.

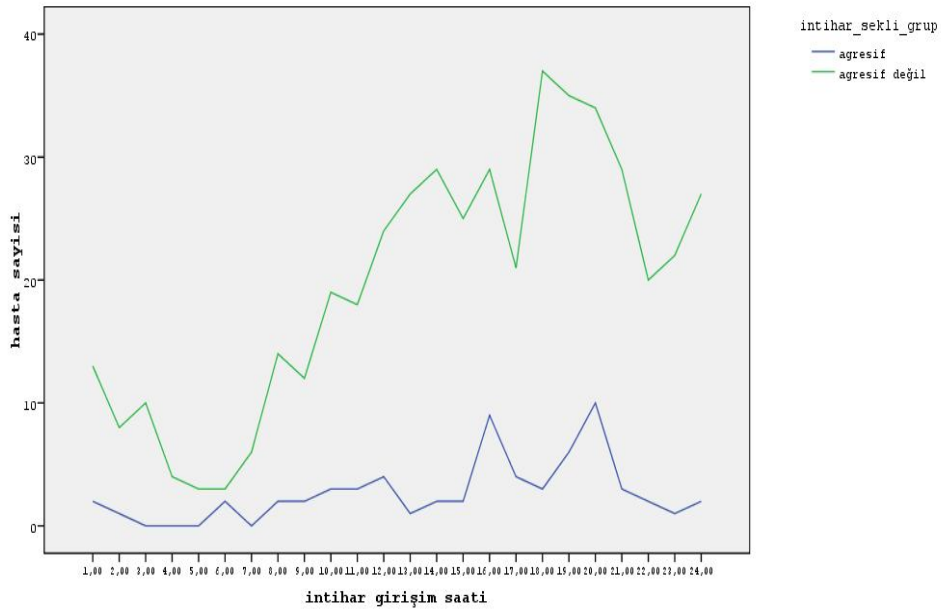
Organofosfat ile intihar girişiminde bulunanlarda diğer ilaçlarla intihar girişiminde bulunanlara göre daha düşük oranda halsizlik görülmektedir [%3,3 (n=2)'ye karşı %13,6 (n=64); P=0,022]. Antidepresan ile intihar girişiminde bulunanlarda bulunmayanlara göre daha düşük oranda halsizlik görülmektedir [%4,7 (n=4)'e karşı %13,9 (n=62); P=0,017].

Hastaların intihar girişim saatine göre incelenmesi



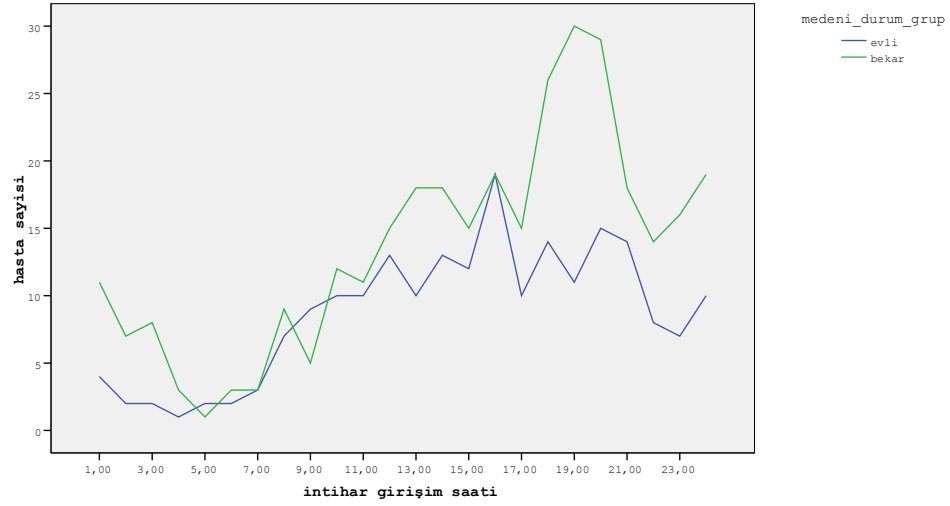
Grafik 9. Hastaların cinsiyetlere göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Cinsiyet ile hastaların geliş saatleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($P=0,034$) (Grafik 9). Genel olarak sabah saatlerinde bayanların intihar teşebbüs oranı erkeklere göre daha yüksek olup, akşam 19:00-03:00 arasında bu oran erkeklerin lehine değişmektedir. Biz bunu bayanların sabah saatlerinde, erkeklerinse iş çıkışı akşam saatlerinde evde yalnız olmalarına bağlıyoruz.



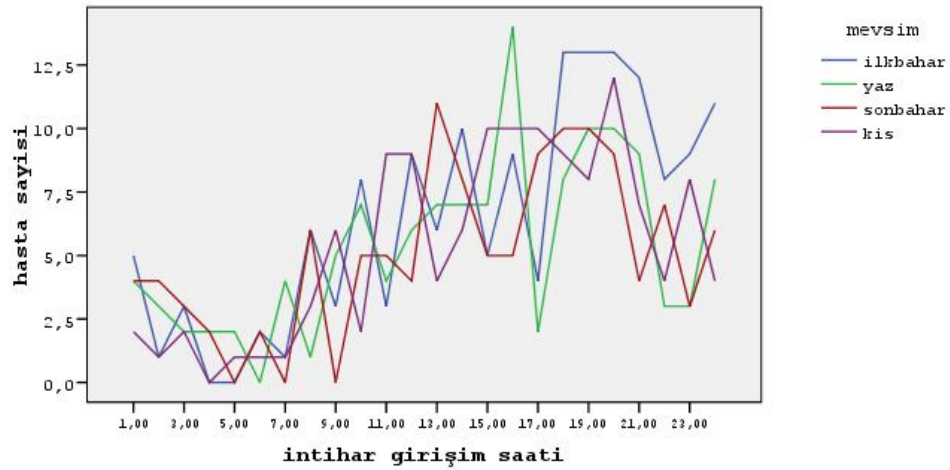
Grafik 10. Hastaların intihar şekli grubuna göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların intihar şekli ile intihar girişim saati arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$) (Grafik 10).



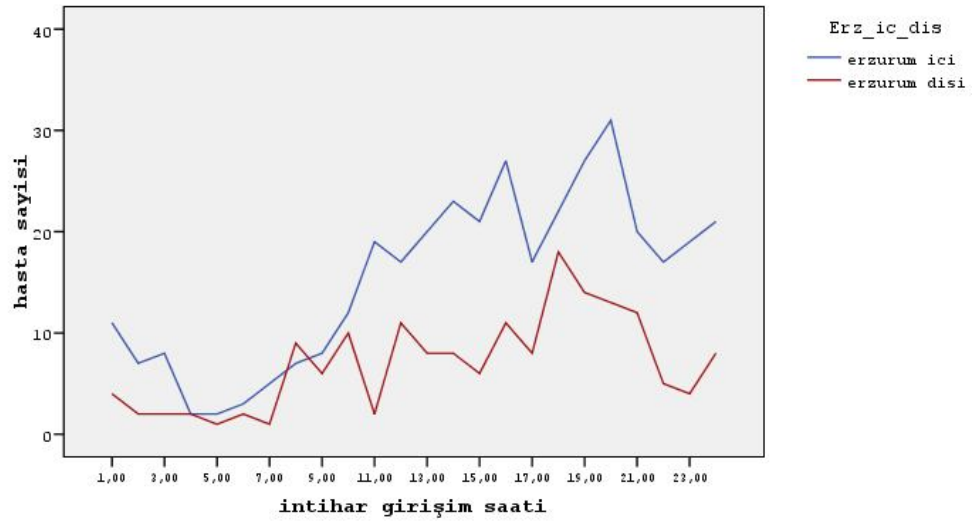
Grafik 11. Hastaların medeni durumuna göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların medeni durumu ile intihar girişim saati arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 11).



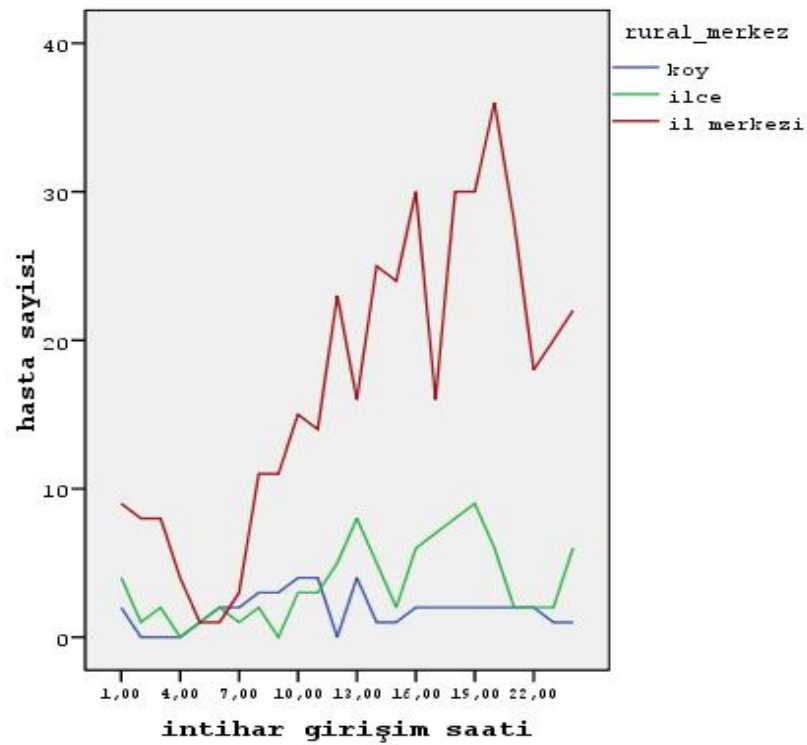
Grafik 12. Hastaların mevsimlere göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların çalışma durumuyla intihar girişim saati arasında anlamlı bir ilişki çıkmamıştır ($P=0,457$) (Grafik 12).



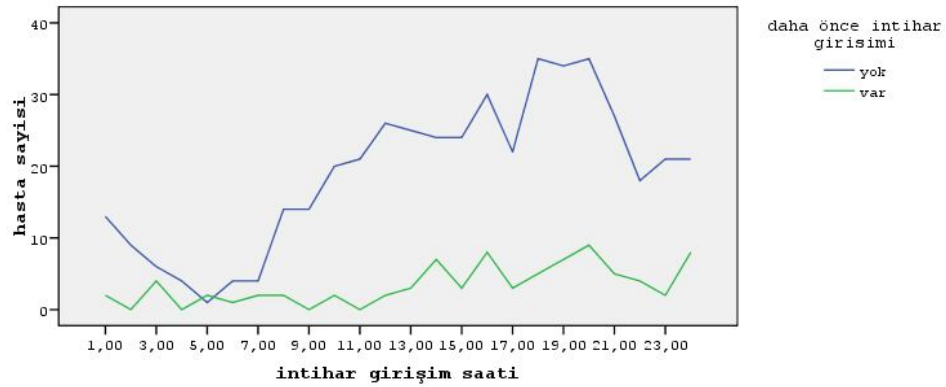
Grafik 13. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre intihar girişim saati arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($P=0,378$) (Grafik 13).



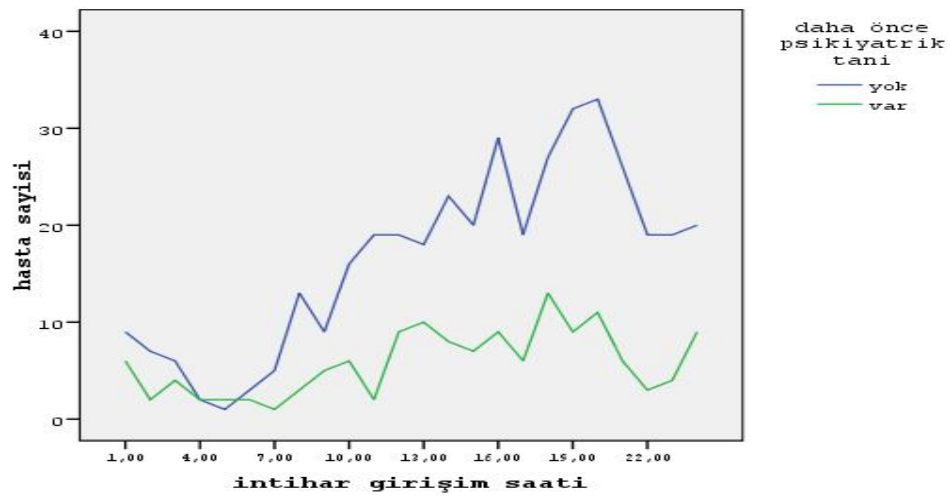
Grafik 14. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların geliş saatleri ile kırsal alan veya şehir merkezinden gelme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. İl merkezinden başvuranlarda genellikle suikid girişim saatleri saat 7:00'de artmaya başlayıp 21:00'de pik yapmaktadır. İlçede yaşayanlarda bu artış çok az belirginken; köylerden gelenlerde böyle bir artış görülmemiştir ($P>0,05$) (Grafik 14). Biz bu durumu şehirdeki yaşam tarzıyla köydeki yaşam tarzı arasındaki farklılığa bağlıyoruz.



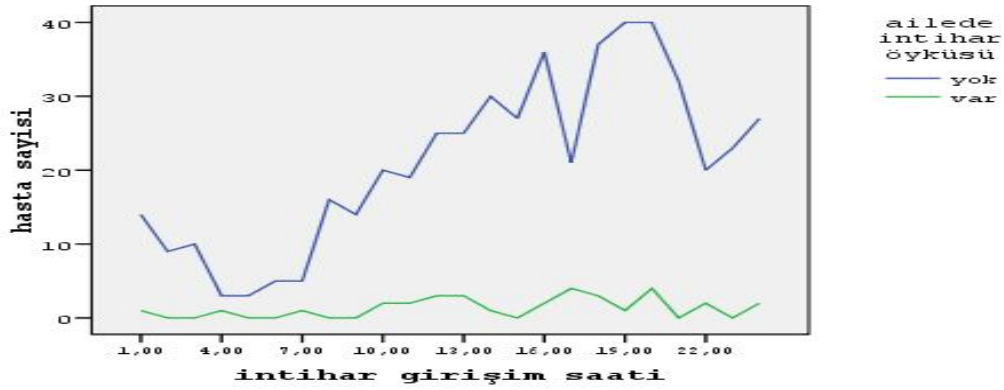
Grafik 15. Hastaların daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre hastalar incelendiğinde intihar girişim saati ile arasında ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 15).



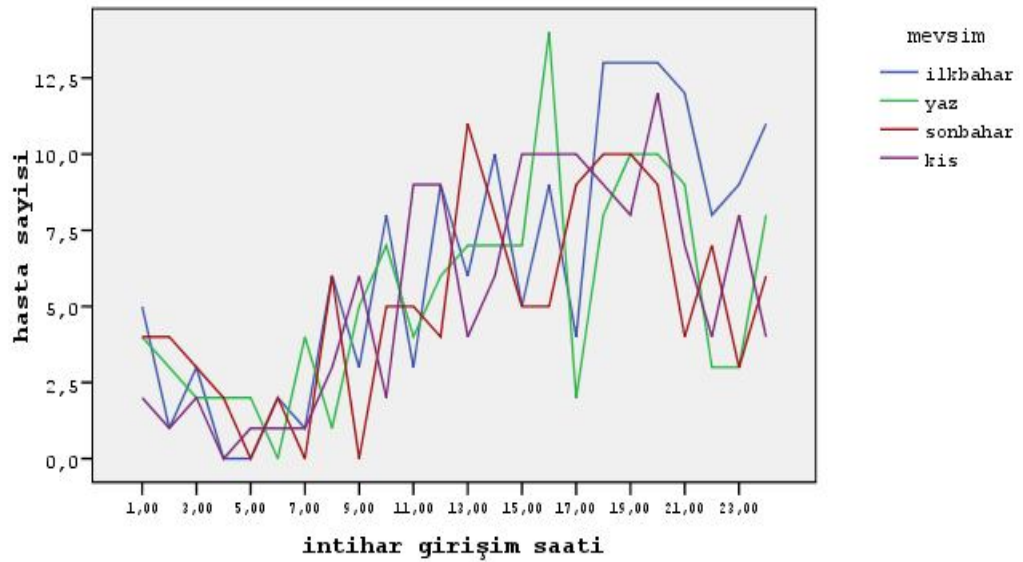
Grafik 16. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Daha önce psikiyatrik tanısının varlığına göre hastaların intihar girişim saati ile arasında bir ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$)(Grafik 16).



Grafik 17. Hastaların ailesinde intihar öyküsünün varlığına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Ailesinde intihar öyküsünün olup olmasına göre intihar girişim saati ile arasında ilişki yoktur ($P>0,05$)(Grafik 17).



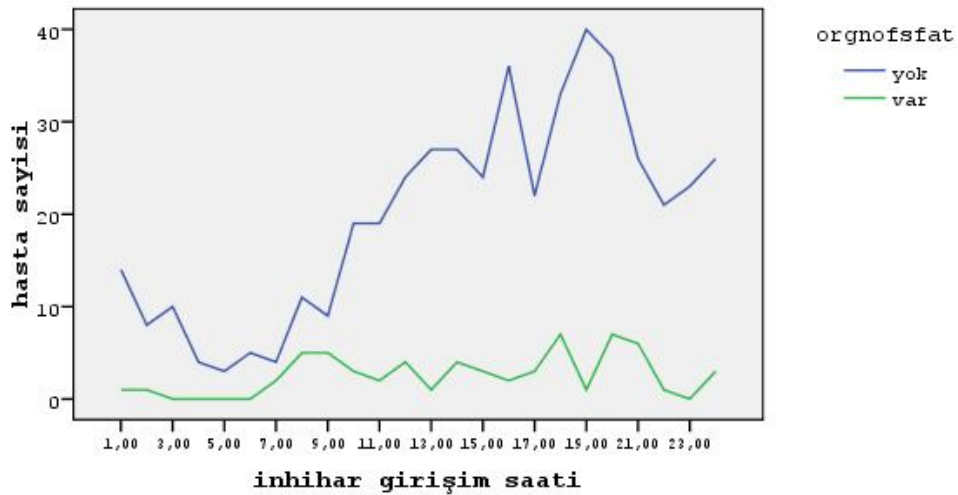
Grafik 18. Mevsimlere göre hastaların intihar girişim saatinin incelenmesi

Mevsimlere göre intihar girişim saatleri arasında ilişki yoktur. ($P>0,05$)(Grafik 18).



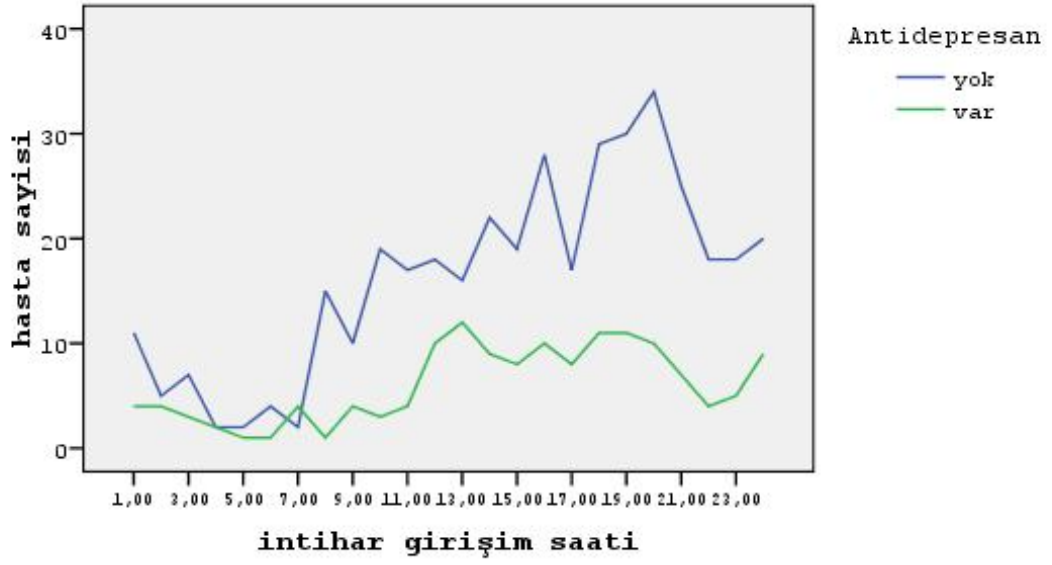
Grafik 19. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvuru durumuna göre intihar girişim saati arasında ilişki yoktur. ($P>0,05$) (Grafik 19).



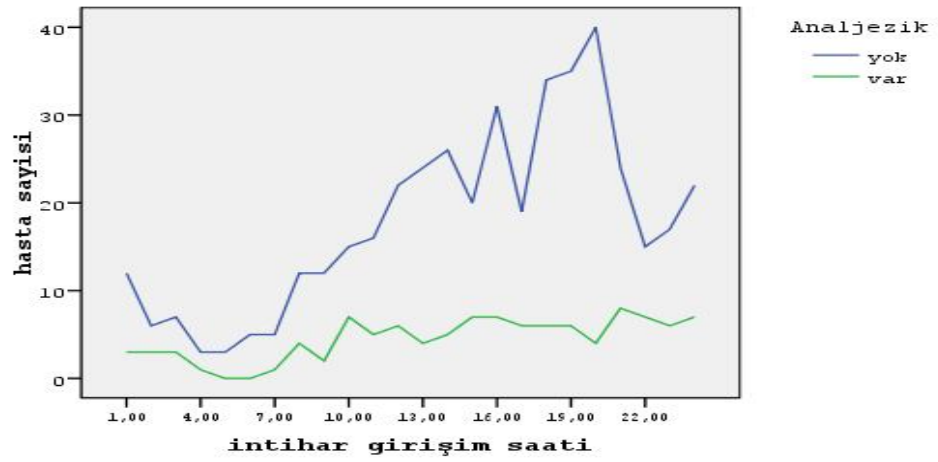
Grafik 20. Hastaların organofosfat alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların organofosfat alımıyla intihar girişim saati arasında ilişki yoktur. ($P>0,05$) (Grafik 20).



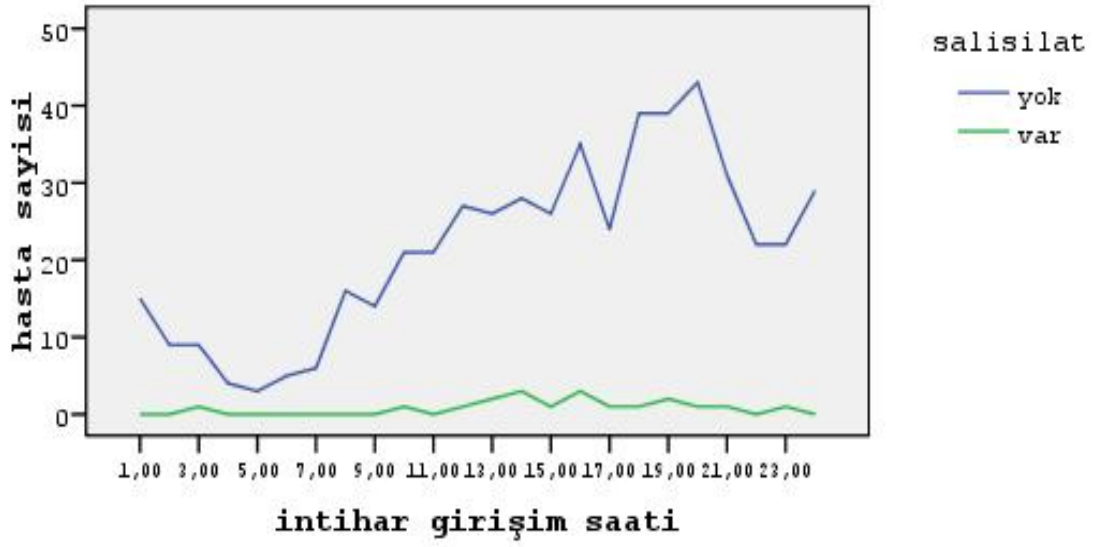
Grafik 21. Hastaların antidepresan alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların antidepresan alımıyla intihar girişim saati arasında ilişki yoktur. ($P>0,05$)(Grafik 21).



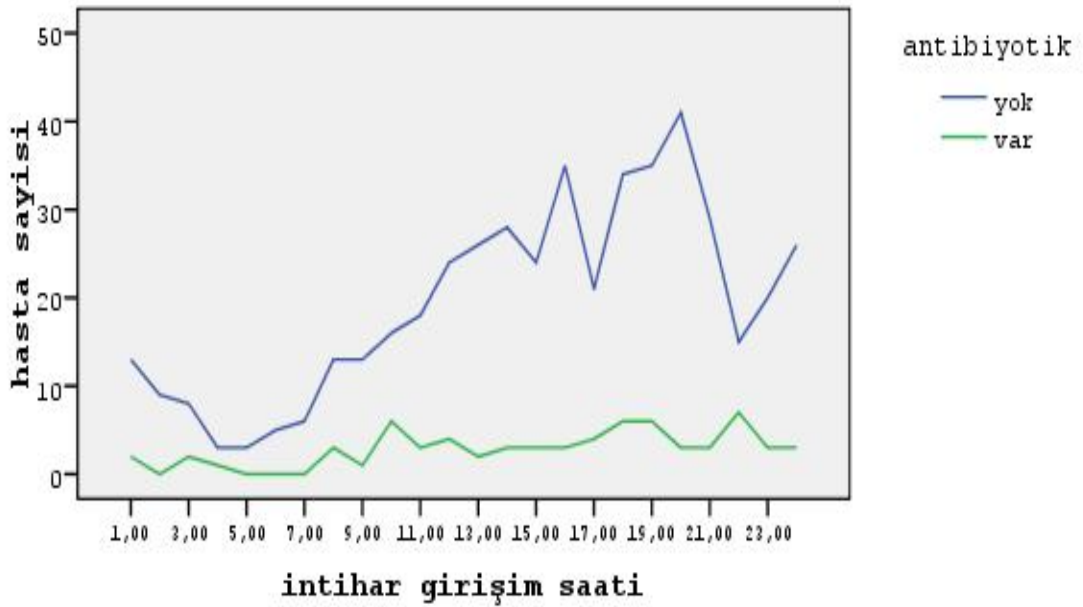
Grafik 22. Hastaların analjezik alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

Hastaların analjezik alımıyla intihar girişim saati arasında ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 22).



Grafik 23. Hastaların salisilat alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

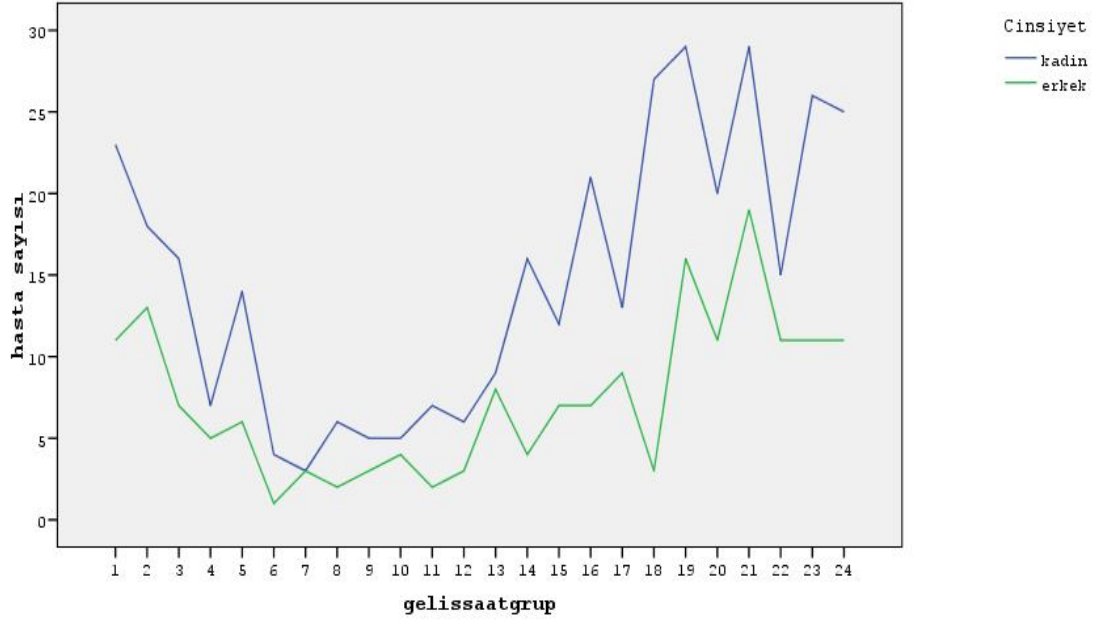
Hastaların salisilat alımıyla intihar girişim saati arasında ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 23).



Grafik 24. Hastaların antibiyotik alımına göre intihar girişim saatinin incelenmesi

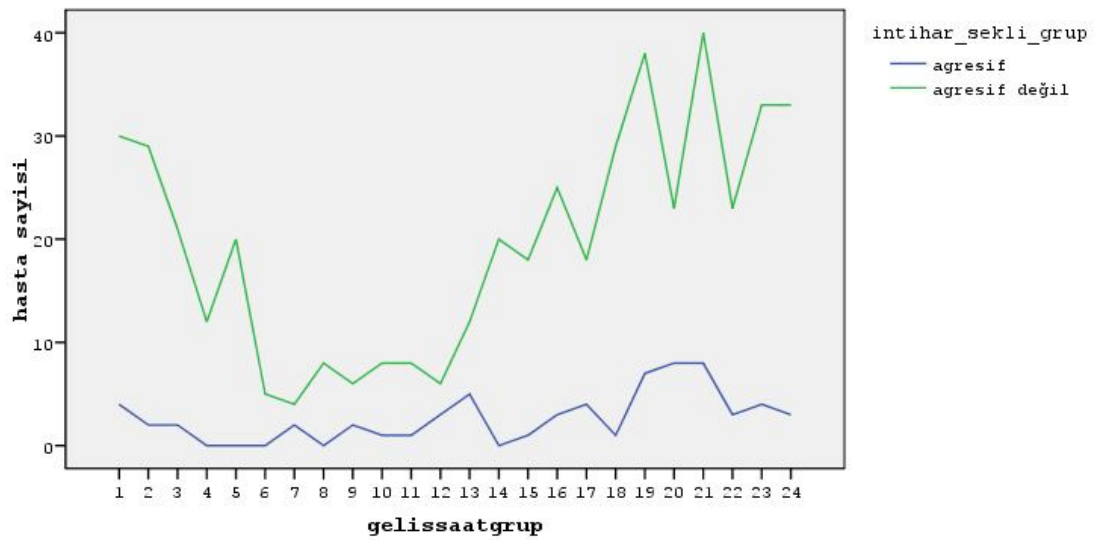
Hastaların antibiyotik alımıyla intihar girişim saati arasında ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 24).

Hastaların acil servise geliş saatlerinin incelenmesi



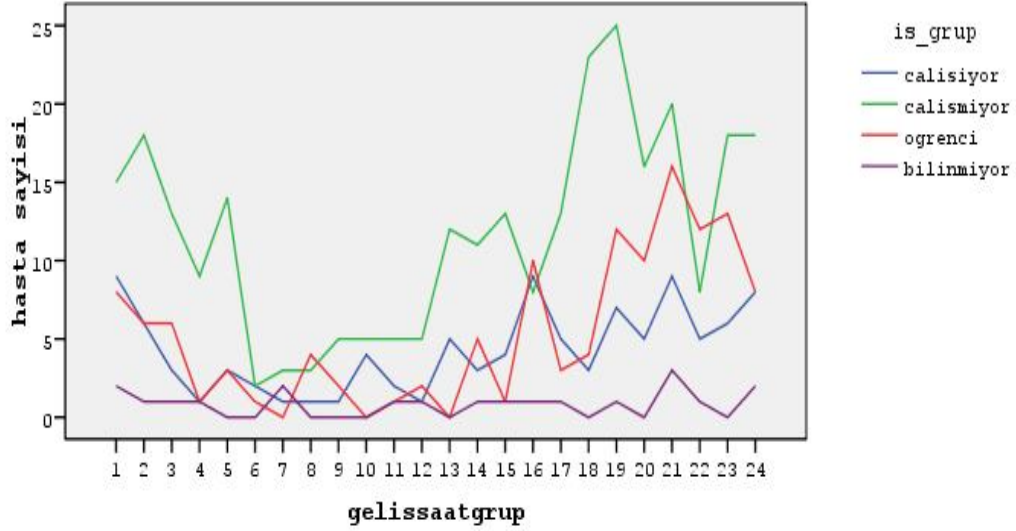
Grafik 25. Hastaların cinsiyetlere göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Kadınların ve erkeklerin suidid girişiminden sonra acil servise geliş saatleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 25).



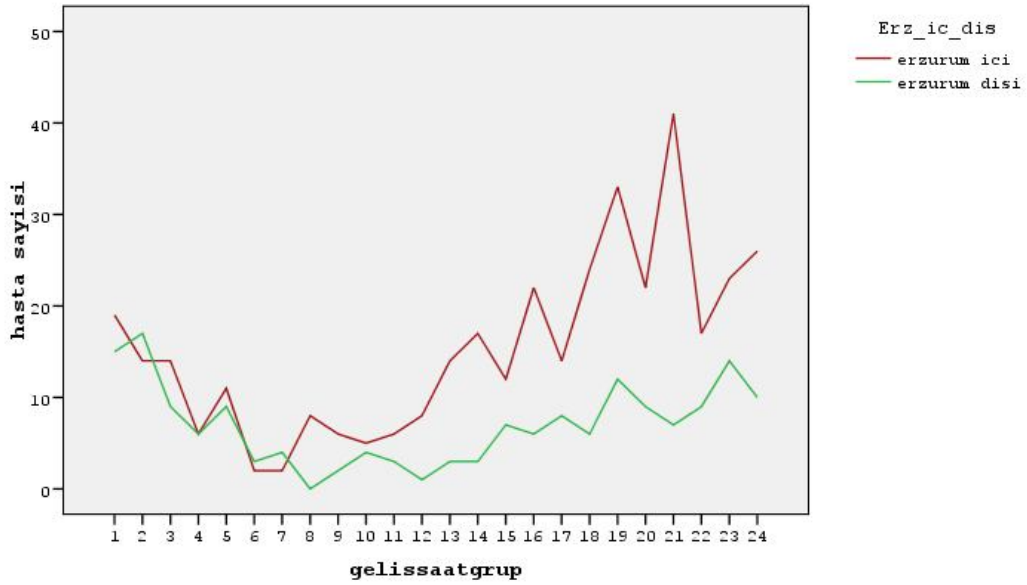
Grafik 26. Hastaların intihar şekli grubuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

İntihar şekliyle acil servise geliş saati arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 26).



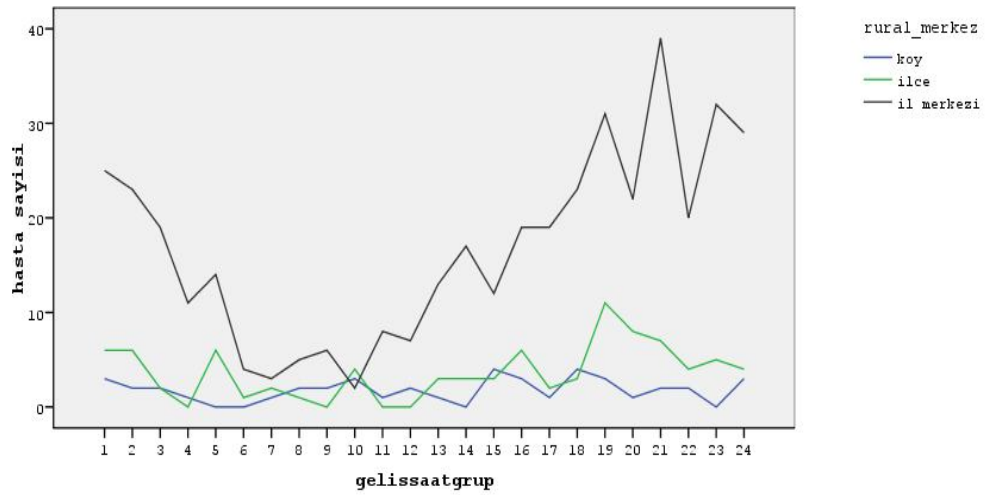
Grafik 27. Hastaların iş grubuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Çalışma durumuna göre hastaların acil servise geliş saati arasında bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 27).



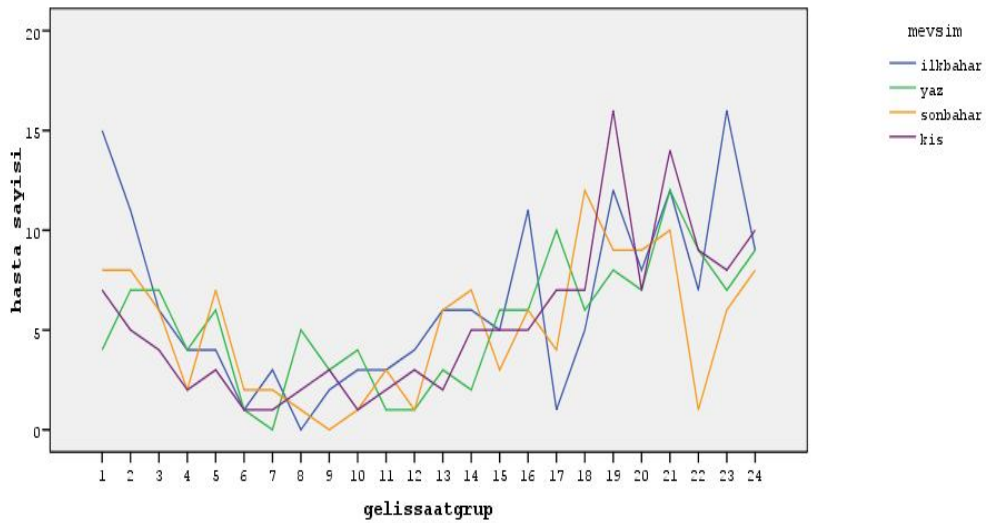
Grafik 28. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre geliş saatlerinin incelenmesi

Erzurum'un içinden gelenler daha çok saat 21:00'de gelirken %11,2 (n=41); Erzurum'un dışından gelenler ise gece yarısı saat 2:00'de %10,2 (n=17) acil servisimize getirilmektedirler ($P=0,009$). Biz bu durumu Doğuanadolu bölgesinin yaşam koşullarına yani kışların uzun olmasına, hava ve yol şartlarının acil servisimize geliş sürelerine etki etmesine bağlamaktayız. Bu yüzden il dışından gelenler gecikmektedirler.



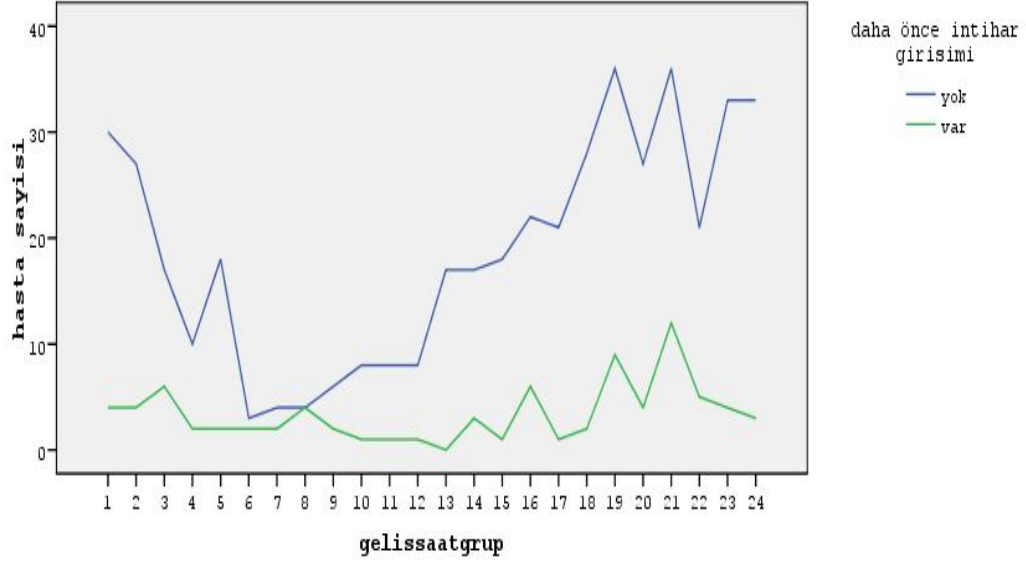
Grafik 29. Hastaların kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Kırsal alan veya şehir merkezinden gelmelerine hastaların acil servise geliş saati arasında bir ilişki bulunmamaktadır ($P>0,05$) (Grafik 29).



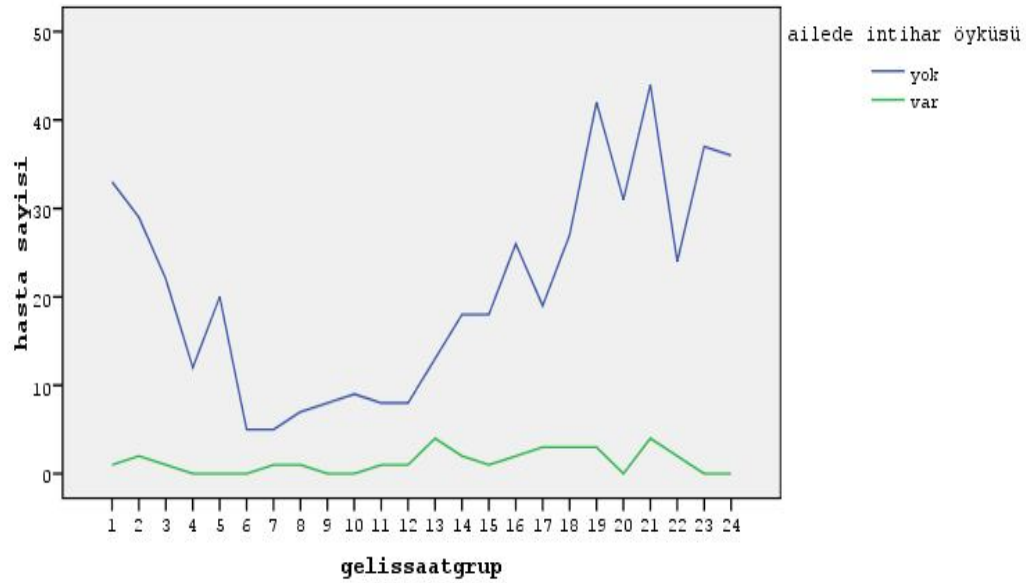
Grafik 30. Hastaların mevsimlere göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Mevsimlere göre acil servise geliş saatleri arasında bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 30).



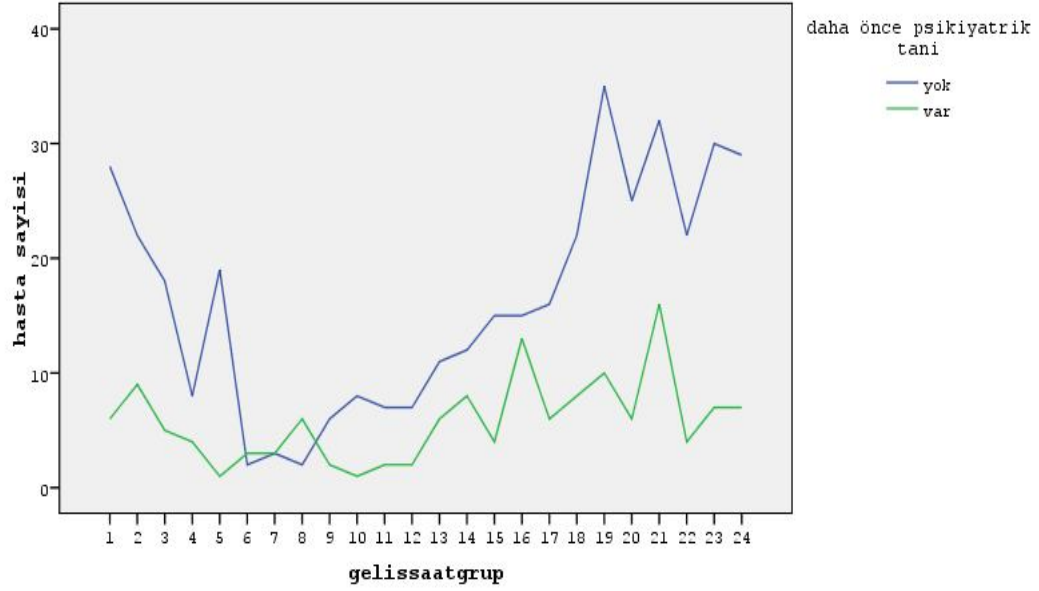
Grafik 31. Hastaların daha önce intihar girişiminin durumuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Daha önce intihar girişiminin olup olmamasına göre acil servisimize geliş saatleri arasında bir ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$) (Grafik 31).



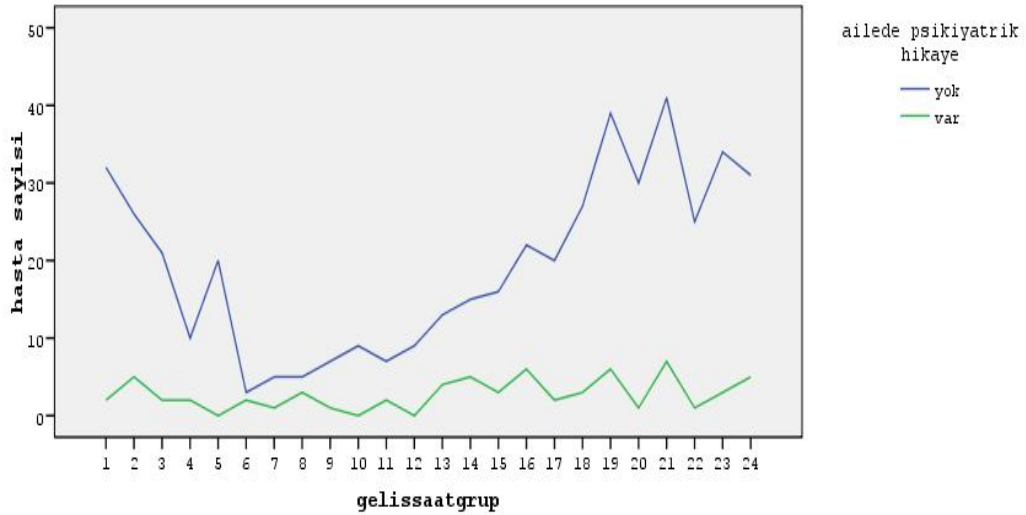
Grafik 32. Hastaların ailesinde intihar öyküsüne göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Ailelerinde intihar girişiminin olup olmamasına göre acil servisimize geliş saatleri arasında bir ilişki bulunmamıştır ($P>0,05$) (Grafik 32).



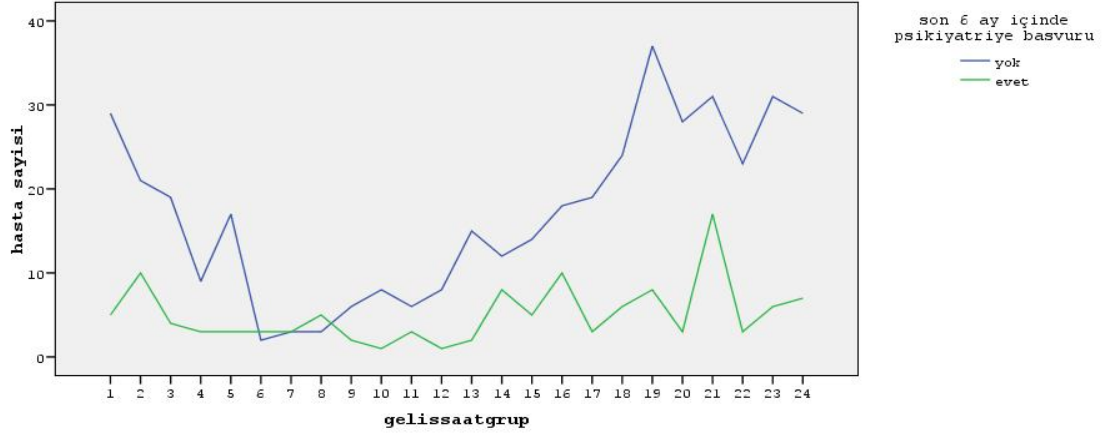
Grafik 33. Hastaların daha önce psikiyatrik tanısına göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

Daha önce psikiyatrik tanısına göre hastaların acil servisimize geliş saatleri arasında bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 33).



Grafik 34. Hastaların ailede psikiyatrik hikâyesine göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

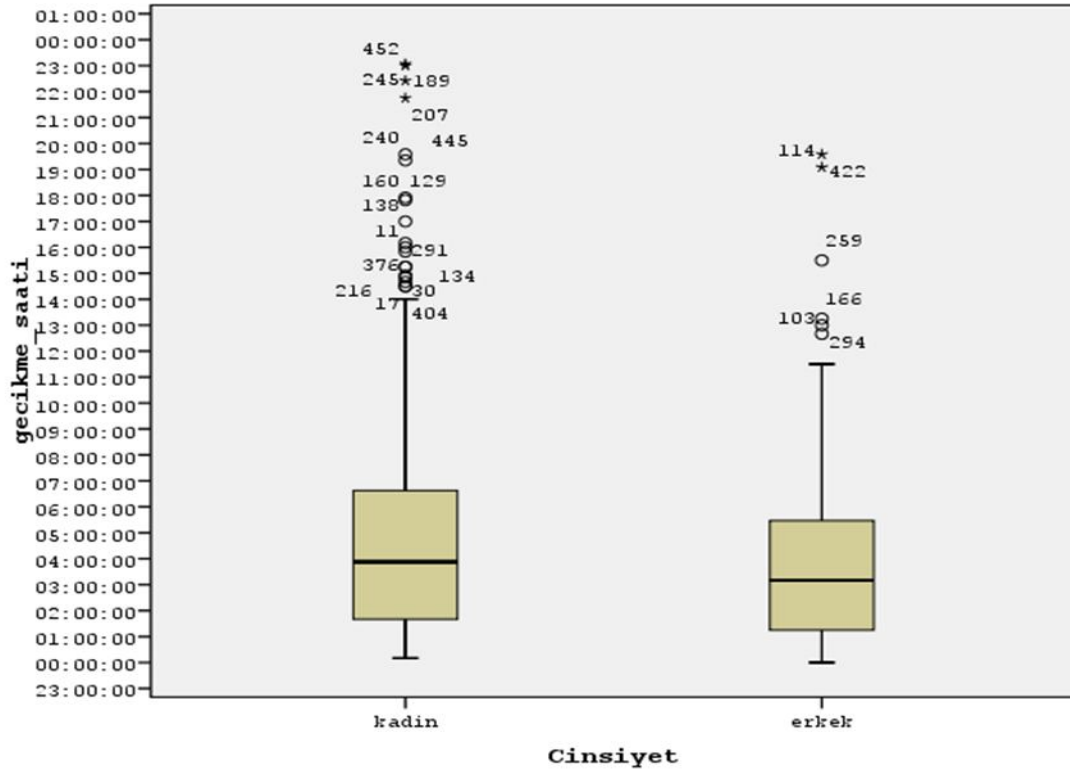
Ailede psikiyatrik tanısına göre hastaların acil servisimize geliş saatleri arasında bir ilişki yoktur ($P>0,05$) (Grafik 34).



Grafik 35. Hastaların son 6 ay içinde psikiyatriye başvurusuna göre acil servise geliş saatlerinin incelenmesi

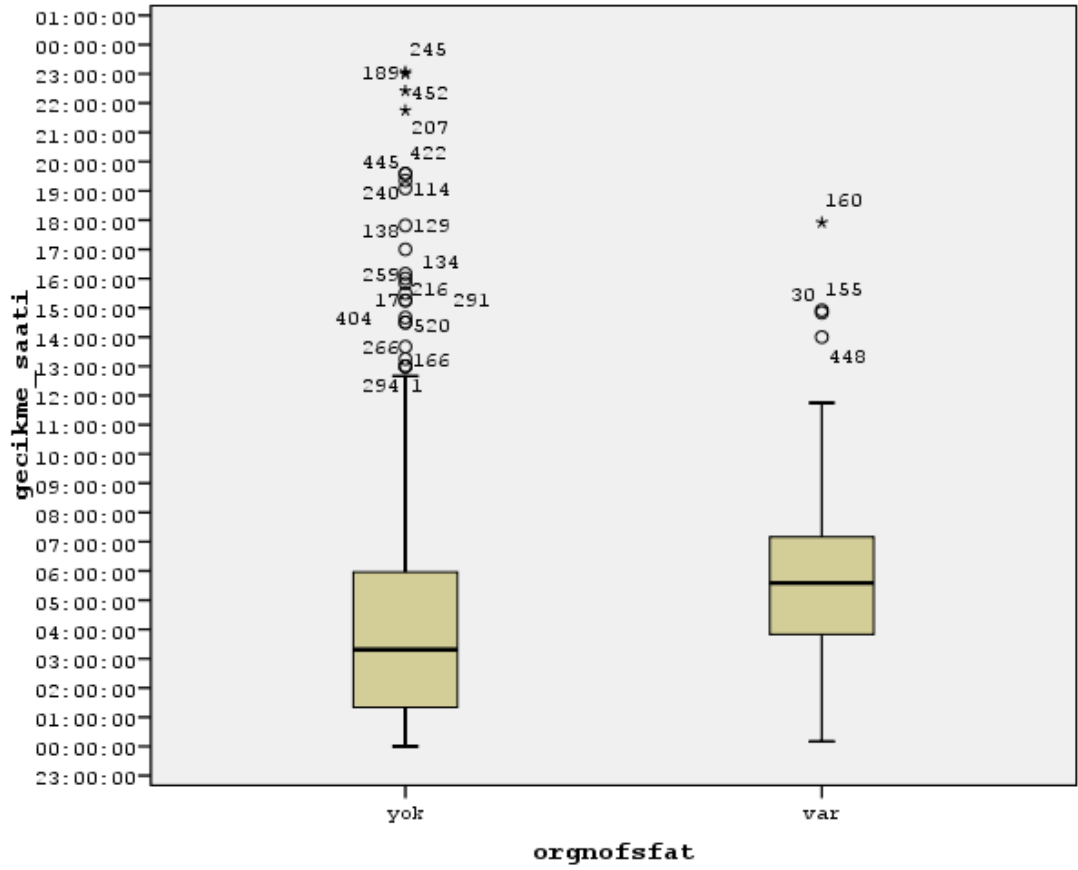
Son 6 ay içinde psikiyatriye başvuru yapan hastalar en sık saat: 19:00'de %9 (n=37) acil servisimize getirilmekte; son 6 ay içinde psikiyatriye başvuru yapanlarsa en sık saat: 02:00'de %8,3 (n=10) acil servisimize getirilmektedir. Aralarındaki bu fark anlamlı çıkmıştır ($P=0,019$). (Grafik 35).

Hastaların acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi



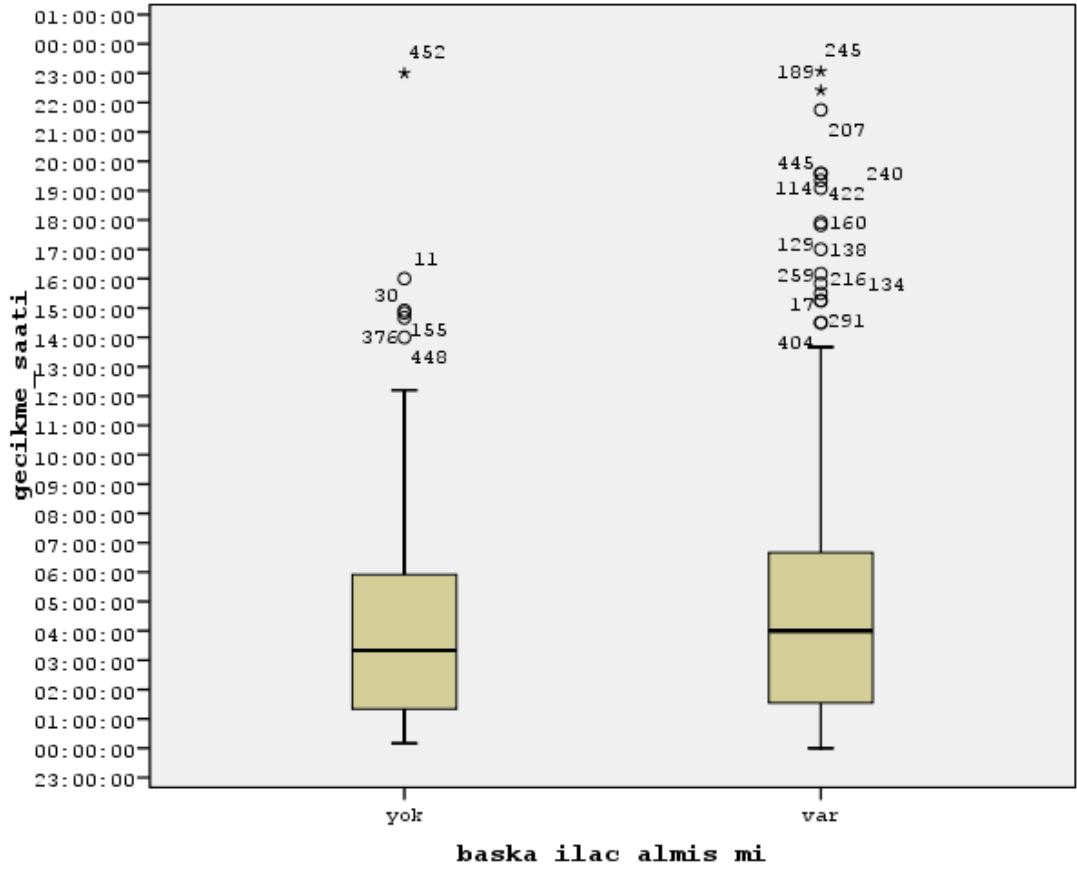
Grafik 36. Hastaların cinsiyetlere göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi

İntihar girişiminde bulunan kadınlar acil servisimize daha geç getiriliyor. (Mann Whitney U; $P=0,022$)(Kadın $4:50 \pm 4:15$; erkek $3:57 \pm 3:30$) (Grafik 36). Erzurum kapalı bir yerdir. Bayanlar kısıtlı ortamlarda yaşadıklarından dolayı çoğunun akşamları tek başlarına sokağa çıkmaları yasak olduğundan yanlarında birilerinin gelmelerini beklediklerinden ötürü acil servisimize geç gelmektedirler. (Kadın $4:50 \pm 4:15$; erkek $3:57 \pm 3:30$).



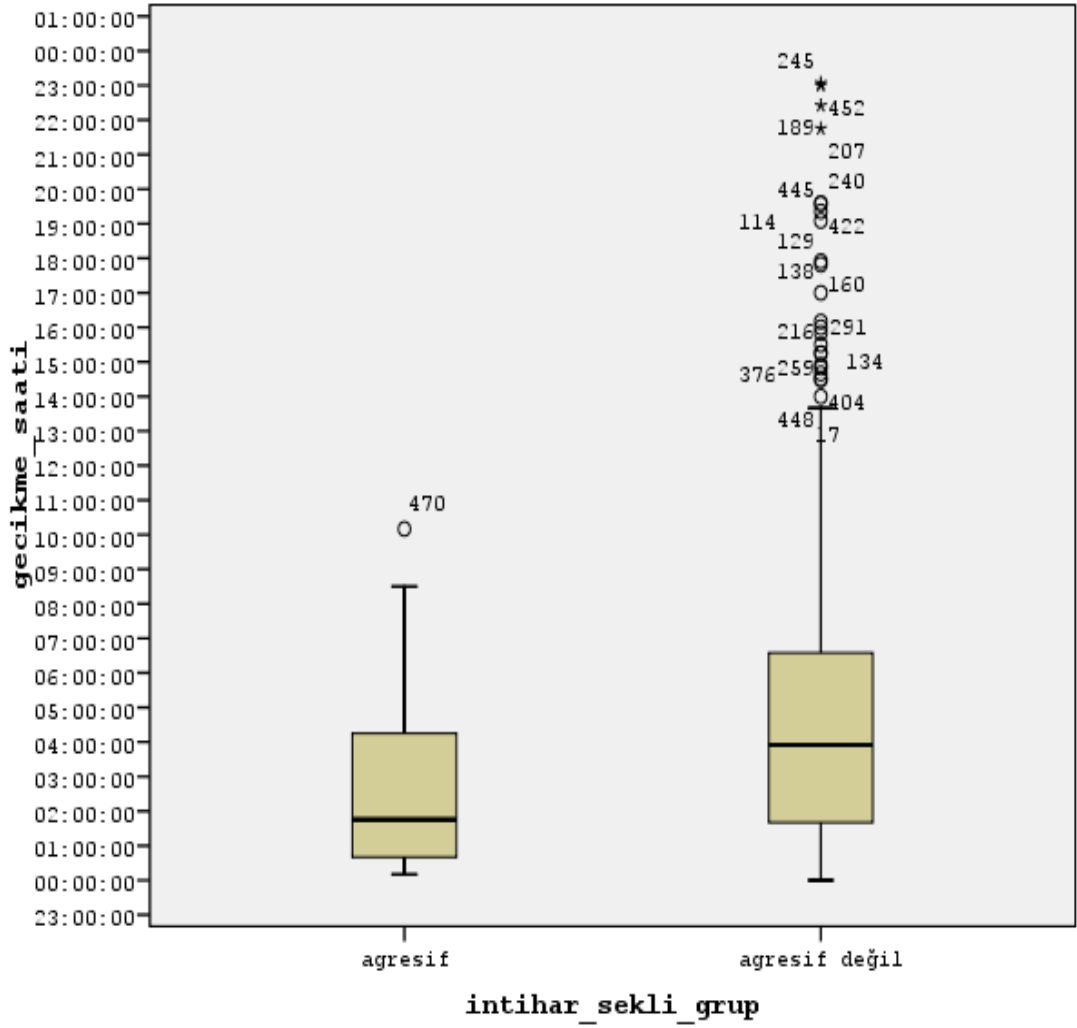
Grafik 37. Hastaların organofosfat alımına göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi

Organofosfat alarak intihar girişiminde bulunanlar acil servisimize daha geç getiriyor (Mann Whitney U; $P=0,003$). Bunun nedeni organofosfat zehirlenmeleri daha çok Erzurum il merkezinden uzak özellikle tarımla uğraşan köylerden geldiği için olabilir. (Organofosfat alımı yok: $4:21 \pm 4:04$; organofosfat alımı var $6:0 \pm 3:33$) (Grafik 37).



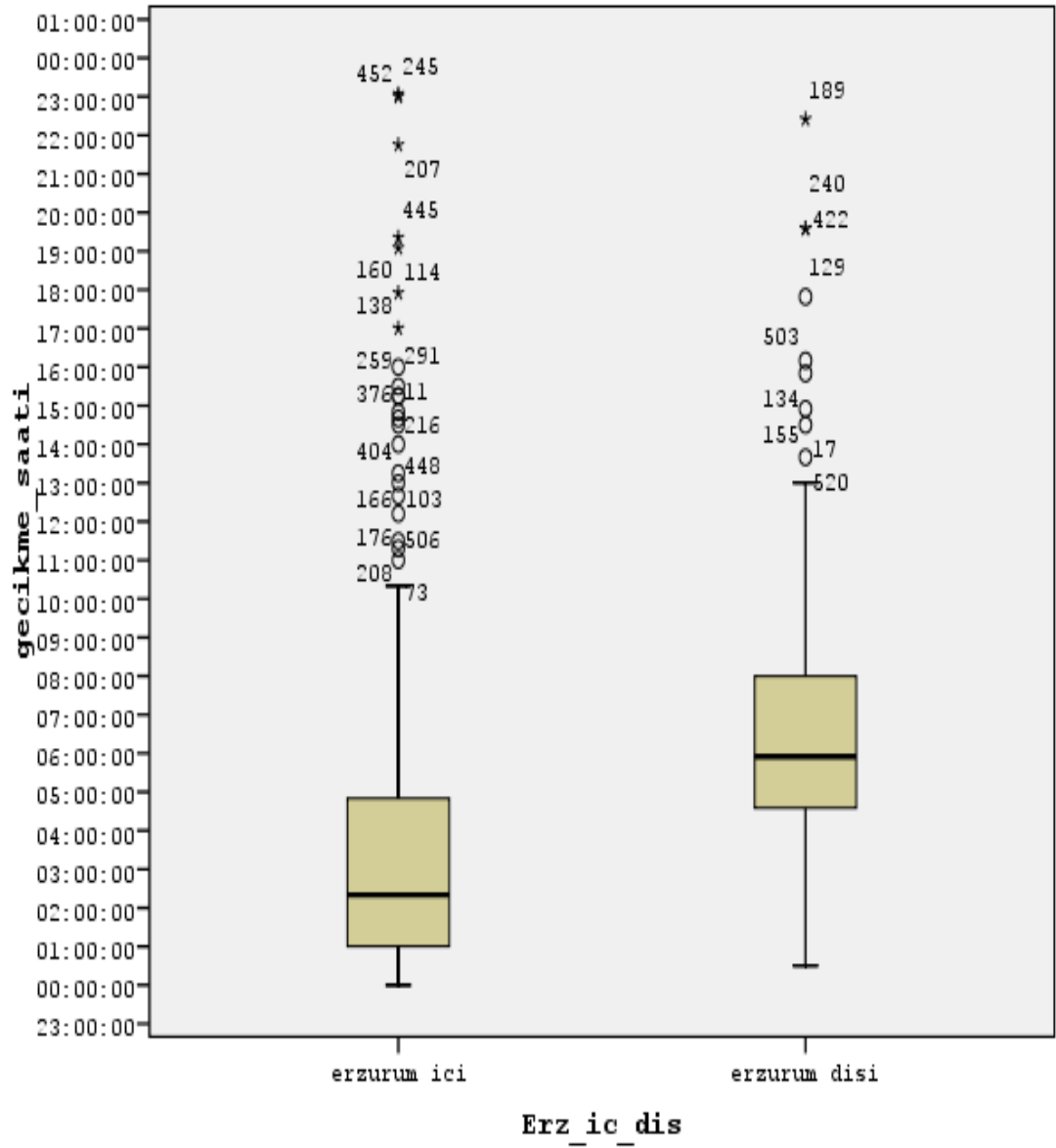
Grafik 38. Hastaların başka ilaç alımına göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi

Multidrug alanlar acil servisimize daha geç başvurmaktadır. Bu hastalara daha çabuk aktif kömür verilmeli; daha hızlı tedavi verilmelidir. (Mann Whitney U; $P>0,0001$). (Başka ilaç alımı yok: $04:05 \pm 3:33$; başka ilaç alımı var $04:52 \pm 04:21$) (Grafik 38). Bu hastaların intihar girişimi daha ölümcül olduğundan fazla çeşitte ilaç almaktadırlar ve etrafındakiler boş ilaç kutularını fark edene kadar gecikmektedirler. Bu nedenle acil servisimize geç getirilmektedirler.



Grafik 39. Hastaların intihar şekli grubuna göre acil servise getirilişindeki gecikme süresine göre incelenmesi

Agresif suikid girişiminde bulunanlar anlamlı olarak daha hızlı acil servisimize getirilmektedirler (Mann Whitney U; $P > 0,0001$) (Agresif girişimli suikidler: $2:39 \pm 2:23$; agresif girişimli olmayan suikidler: $04:48 \pm 04:09$) (Grafik 39). Agresif girişimli suikidlerde acil cerrahi müdahale gerektirebileceğinden etrafındakiler hızlı bir şekilde hastayı acil servisimize ulaştırmaktadırlar.



Grafik 40. Hastaların Erzurum il sınırları içinden veya dışından gelmelerine göre geliş saatlerinin incelenmesi

Erzurum il sınırları dışından acil servisimize getirilenler beklendiği gibi daha geç getirilmektedirler (Mann Whitney U; $P > 0,0001$) (Erzurum il sınırları içi: $3:37 \pm 3:54$; Erzurum il sınırları dışı: $6:34 \pm 3:34$) (Grafik 40). Özellikle kış aylarında yollar kapandığında bu gecikme daha artmaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda suicid girişiminde bulunan hastaların büyük bir çoğunluğu genç evli veya bekâr ev hanımları olup, bu hastalar düşük öğrenim durumu ile karakterizedir. Ülkemizdeki bazı çalışmalarda “benzer bir ilişki bulmuştur” “hasta grubuyla da karşılaşmıştır [187, 188]. Biz bunda bölgemizdeki feodal yaşam biçiminin kadınlar üzerinde oluşturduğu toplumsal baskı ve kadınlara kendi yaşamları konusunda yeterince söz hakkı tanınmaması neticesinde kadınların bir çıkış yolu bulamadıklarından çaresizliklerini özkıyım davranışı yoluyla dile getirdiklerini düşündük. Ayrıca bu durum kadınlar ve erkekler arasındaki biyolojik bazı farklılıklarla izah edilebileceği gibi, kadın ve erkeklerin kullandığı başa çıkma yollarındaki farklılıktan da kaynaklanıyor olabilir. Kadınların yaşadıkları olaylardan erkeklerden daha fazla etkilendiklerini, kadınların yardım isteme davranışı açısından erkeklere göre daha açık ve rahat oldukları fikrini de desteklemektedir [189].

Genel olarak aile geçimsizliği, okuma ve yazma oranının düşüklüğü, kız çocuklarının eğitime katılmasının zor olması veya engellenmesi, kırsaldan kente göç olgusu, erken yaşta zorla evlendirilme, dini nikaha dayalı evlilikler, sosyal değişimler, hızlı rol değişimleri, kitle iletişim araçları ile sunulan farklı bir kültürün yaşantılarıyla çelişen genç kızların ataerkil bir toplumda kendi gerçeklerini tolere edememe gibi sosyokültürel nedenlere dayanıyor olabilir.

İntihar nedenleri bireyden bireye farklılık göstermektedir. Genellikle intihara sürükleyici nedenler kızgınlık, yakınlarını korkutma, cezalandırma veya yoğun utanma duygusundan kaçış ihtiyacı vardır. Parasuicid riskli kriz durumları, negatif ve stresli yaşam olaylarıyla yakın ilişkilidir.

Volant, kadınlarda yaşama karşı bir bezginlik ve intihar etme eğilimi yaratan bunalımlar görüldüğünü belirtmiştir. Volant’a göre kadınlardaki bunalımın ortaya çıkmasında yoksulluk ve düşük eğitim düzeyinin yanı sıra onların toplumla bütünleşememelerinin de önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu durum bizim çalışmamızda da benzerlik göstermektedir [190].

Evlilerin intihar girişimi oranlarının, bekarlara oranla daha düşük olması evliliğin intihara karşı güçlü bir koruyucu olduğunu düşündürmektedir. Girişimlerin medeni durum ve cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde farklı sonuçlar alınmaktadır. Kayseri Erciyes üniversitesinde yapılan bir çalışmada bizim bulgularımızla uyumlu olarak bekar erkeklerde ve evli kadınlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır [55]. Evlilik ülkemizde kadının sorumluluk ve rollerini arttırırken erkeklerde yaşantının temel öğelerinde daha az değişikliğe neden olan bir kurum gibi görünmektedir, verilerimiz de bu durumu izah edebilecek şekilde kadın intihar girişimlerinin evlilikle arttığını göstermektedir.

Hatay’da yapılmış bir çalışmada ise her iki cinsiyet içinde de bekarlarda intihar girişiminin daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bekar olmak erkeklerde parasuicidi 4 kat bayanlarda ise 3 kat artırmaktadır [191]. Evlilik bir sorumluluk, bir dayanışma olduğuna göre, evli insanların daha az intihar ettiğini ya da evliliğin intihar eğilimleri önüne set çekmeye çalışan bir kurum olduğunu söylememiz mümkündür. Araştırmamızda bayanlarda evli olma durumu (%42,4’e %32,2) erkeklerde ise bekâr olma durumunda (%67,8’e %57,6) intihar girişim oranları artmaktadır (P=0,023) (Tablo 12). Erkek girişimcilerin çoğunun bekar olduğu saptanmıştır. Birçok yazar intihar davranışı için evli olmayı koruyucu bir etken olarak değerlendirmektedir [192, 193].

Çalışmamızda bölgemizin özelliklerine göre bayanlar ev hanımlığı yaptığı için %63,5 gibi bayanların büyük oranı çalışmıyor grubunda yer almıştır. 2010 yılına göre Türkiye’deki işsizlik oranı erkeklerde %11,4 kadınlarda %13,0 (genel toplam %11,9) iken Erzurum, Erzincan, Bayburt bölgesine ait tarım dışı işsizlik oranı %13’dür [194, 195]. Benzer şekilde Avrupa’da yapılan çalışmalarda da intihar teşebbüsünde bulunan hastaların sosyal yönden stabilize olmayan ve fakir kesimden kaynaklandığı görölmektedir [196]. Erzurum’un 2010 yılına ait işsizlik oranı %6,2’dir [197].

İntihar yöntemi seçiminde kişinin fiziki koşulları; rahat, sakin ya da şiddet öğeleri içeren bir ölüm seçme eğilimi ve ölüm fikrinin ciddiyeti gibi faktörler rol oynar [198]. İntihar girişim yöntemi, ölüm isteği açısından önemlidir. Gerçekten ölüm isteğine sahip olan kişi, kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme gibi daha ölümcül yöntemlere başvurmaktadır.

Planlanmış bir intihar niyeti ve güçlü ölüm isteğine sahip olan kişilerin, kendini asma, yüksekten atlama, bileklerini kesme gibi daha ölümcül yöntemlere başvurması şaşırtıcı olmazken, bunun tersi doğru değildir yani seçilen yöntemin agresif olmaması ölüm niyetinin azlığını ifade etmeyebilir.

Yüksek dozda ilaç alımı da başlı başına ölüm isteğinin ciddiyetini gösterebilir. Ancak, bu yolla intihar girişimleri çoğu kere ölümle sonuçlanmaz. Dolayısıyla bu biçimdeki intihar girişimleri ölümle sonuçlanmadığında kişilerin dikkat çekme ve kendini ifade etme hedeflerine ulaşmasına yardımcı olur. Diğer yandan kolay bulunabilirlik, yöntemin toplumsal kabul görmesi ve kullanılan aracın alışılmış kullanımına bağlı, ilgili yönetime aşinalık, intihar girişiminde kullanılacak yöntemin seçiminde belirleyici unsurlardır. İntihar girişiminde bulunanlarda seçilen intihar girişimi metodunun eldeki olanaklara göre belirlendiği fakat bölgesel geleneklerinde bu seçimde bir rolü olduğu düşünülmektedir [199].

Barr ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan vakaların kullandıkları yöntemlerde ilk sırada ilaç alımı gelmekteydi [200]. Avrupa ülkelerinde ilaç aşırı alım haricinde diğer metotlarla intihar girişiminde bulunma oranları %5'in altında [201] iken; bizim çalışmamızda %12,01 idi. Erkeklerin gerek fiziki koşulları gerekse kişilik yapıları bayanlardan daha farklı olduğu için intihar yöntemi seçiminde şiddet ve öfke içeren bir ölüm seçme eğilimindedirler.

Ülkemizde yapılan intihar kaynaklı çalışmalarda her iki cinsiyette de en sık kullanılan intihar yöntemi ası olarak bildirilmiştir [202]. Demirci ve arkadaşlarının Konya da yapmış oldukları çalışmada av tüfeği ile ölümlerin %81,6'sının erkek, %18,4'ünün kadın olduğu, Aşırdizer ve arkadaşlarının İstanbul'da yapmış oldukları av tüfeği ile intihara bağlı ölümlerini inceleyen bir araştırmada olguların %63'ünün erkek, %37'sinin kadın olduğu görülmüştür [203, 204].

Son yıllarda ateşli silahların kolaylıkla elde edilebilmesi nedeni ile ateşli silahlarla intihar riskinin arttığı belirtilmektedir. Ulaşılabilirliğin daha kolay olması nedeni ile av tüfeğine bağlı intihar olguların da son yıllarda belirgin bir artış gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda da erkeklerde agresif suikid girişimi beklendiği gibi daha yüksektir. Ayrıca av tüfeğinin kırsal bölgelerde genellikle güvenlik için, kentsel bölgelerde ise daha çok av ve spor için kullanmak amacıyla rahat bir şekilde

elde edilebilir olması av tüfeğine bağlı yaralanma ve ölüm riskini artırdığı bilinen bir gerçektir. Gerek av tüfeği gerekse diğer ateşli silahları bulundurma ve taşıma ile ilgili yapılacak yeni yasal düzenlemelerin sadece intihar değil, benzeri ölümcül olaylarda da azalmaya neden olacaktır.

Çalışmamızda köy ve il merkezinde agresif suikid oranları benzer iken (sırasıyla; %9,3'e %11,4), ilçe merkezlerinde yaşayanlarda bu oran %16,1 olup aralarında istatistiksel anlamlılık mevcut değildir. Bu konuda yapılan çalışmalarda hastaların periferde veya şehir merkezlerinde yaşamlarına göre seçtikleri intihar metodunun farklılık arz ettiğini göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde şehir merkezlerinde yaşayanlarda yüksekten atlama sonucu intiharlar daha yüksekken, perifer bölgelerden gelen hastalarda karbonmonoksit de maruz kalma sonucu asfiksi en sık görülen intihar şeklidir [199].

Bizim çalışmamızda ise karbonmonoksit intoksikasyonuna bağlı suikid girişimi sadece dört hastada tespit edilmiştir. Bu dört hastanın ikisinde karbonmonoksit zehirlenmesiyle birlikte delici kesici alet yaralanması vardı. Bunun nedeni karbonmonoksiti intihar amaçlı kullanmanın bölgemizde geleneksel bir yöntem olmamasından, bu yöntemin tanınmaması veya bilinmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Bir başka nedeni de doktorlar tarafından karbonmonoksit ile zehirlenme sonucu gelen hastaların intihar amaçlı olanlarının atlanması veya yanlış hikâye verilerek doktorların yanlış yönlendirilmesinden olabilir.

Hastaların geliş saatleri ile kırsal alan veya şehir merkezinden gelme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır. İl merkezinden başvuranlarda genellikle intihar girişim saatleri saat 7:00'de artmaya başlayıp 21:00'de pik yapmaktadır. İlçede yaşayanlarda bu artış çok az belirgin; köylerden gelenlerde böyle bir artış görülmemiştir ($P>0,05$). Biz bu durumu şehirdeki yaşam tarzıyla köydeki yaşam tarzı arasındaki farklılığa bağlıyoruz. Bu durum köyde akşam erken yatma nedeni ile muhtemelen akşamları bilgisayar ekranı, televizyon gibi ışık kaynaklarına daha az maruz kalmaya ve bu nedenle de melatonin reseptörlerinin akşamları yapay ışık nedeni ile kapanması durumunun kırsalda daha nadir olmasına bağlı olabilir [205]. Bizim verilerimiz melatonerjik aktivasyonun duygudurumu koruyucu etkisini desteklemektedir.

Kuzeydoğu Anadolu bölgesinin en kalabalık nüfusa ve en geniş olanaklara sahip Erzurum iline komşu olan ve üniversite hastahanemize sevk eden diğer iller incelendiğinde nüfus oranlarının ve sosyokültürel olanakların daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda Erzurum il sınırları dışından gelen hastalarda okuma yazma bilmeme oranları Erzurum il sınırları içinden gelen hastalara göre belirgin olarak daha yüksek olması bu durumu yansıtmaktadır.

Suicidden korunmada mental bozukluklardan korunma, erken tanı ve etkili tedavi anahtar rol oynamaya devam etmektedir [206]. Çalışmamızda parasuicid vakalarının %26,08'inde daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olup, son altı ay içinde psikiyatrik nedenlerle psikiyatri polikliniğine başvuru oranları ise %22,7'dir.

Eroğlu ve arkadaşlarının daha önce yaptığı multisentrik benzer bir çalışmada bu oranlar (sırasıyla; %19,5'e %15,8) çıkmıştır. Güneydoğu Anadolu bölgesinde Batman ilinde yapılan bir çalışmada Altındağ ve arkadaşları gerçekleştirmiş intiharların %15'inde psikiyatrik bozukluk nedeniyle tedavi almakta olduğunu bildirmişlerdir [207] ve sonuçlarını Güneydoğu Anadolu bölgesinde mental hastalık konseptinin hala düşünce ve davranışları şiddetli derecede etkilenmiş ve kısıtlanmış hastalarla sınırlandırılmasına bağlı olduğu sonucuna bağlamışlardır.

Bölgemizdeki bir başka çalışmada Emet ve arkadaşları bir devlet hastahanesinde yaptığı çalışmada parasuicid vakalarının %81'nin ne intihar girişiminden önce, ne de acil servisten taburcu edildikten sonra psikiyatri polikliniğine başvurmadığını göstermişlerdir. İntihar girişiminden önce ve intihar girişiminden sonra hastahanedeki psikiyatri polikliniğine başvuru oranları (sırasıyla; %4 ve %11,5'dir)[208].

İngiltere'de yapılan bir çalışmada intihar gerçekleştirmiş yaşlı hastaların yaklaşık yarısının ölmeden önceki ay içinde aile hekimlerini ziyaret ettikleri ve bu ziyaretlerin %5'inden fazlasının nedeninin fiziksel yakınmalar olduğunu bildirmiştir [209].

Nikaragua'da parasuicid hastaları üzerine yapılmış bir çalışmada ise intihar girişiminde bulunmadan önceki altı ay içinde hastaların sağlık kuruluşuna başvurma oranları %46,5 bulunmuştur [210]. Norveç'te parasuicid hastalarının yaklaşık %80'ni mental veya sosyal problemler nedeniyle daha önce sağlık sistemi veya sosyal servislerden destek gördüklerini belirtmiş olup bayanların erkeklere göre daha önceden psikiyatrik yardım talebinde bulunma oranları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır [211].

Rotheram ve arkadaşlarının gençler arasında yaptığı araştırmada intihar girişiminde bulunanların neredeyse %25'inin girişimden önceki bir ay içinde yardım almaya çalıştıklarını bildirmişlerdir [212].

ABD'de intihar girişimi vakalarının 3'de 1'i yatırılmakta 3'de 1'i sevk edilmekte olup acil serviste 1997-2001 tarihleri arasında hiç ölüm bildirilmemiştir [213]. Eroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde parasuicid hastalarının hospitalizasyon oranları ve hasta transver oranları sırasıyla %18,5'e %15 olup erkeklerin hospitalizasyon oranı bayanlara göre belirgin olarak daha yüksektir. Bizim çalışmamızda ise bayanların ve erkeklerin yatış oranları benzerdir. Erkek ve kadınlar için sırasıyla (%75,7'ye %73,6 P=0,839). Ancak yoğun bakım ünitesine yatış oranı ve cerrahi servislere yatış oranları erkeklerde bayanlara göre daha yüksektir. (Sırasıyla; YBU %26,6'ya %4,8 ve cerrahi servisler için %26,6'ya %16,9 P=0,047). Bunun nedeni erkeklerin agresif suicid girişimlerini daha yüksek oranda yapmaları olabilir. Johnson ve arkadaşları bayanların daha az ölümcül intihar metodu kullanma nedenini bayanların aile hayatında daha sorumluluk sahibi olmasına ve bu nedenle aile içindeki rollerinin başarılı intihar girişiminden koruyucu rol oynadığını ileri sürmüşlerdir [214].

Bizim çalışmamızda agresif olan suicidler agresif olmayanlara göre anlamlı olarak acil serviste daha yüksek oranda yatırılmakta iken (%76,5'e %9,4 P<0,0001), agresif suicidler daha sık cerrahi servislere yatırılmaktaydı (%67,2'ye %13,6 P<0,0001) (Tablo 24). Bunun nedeni yüksekten atlama, ası, delici kesici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması gibi agresif suicidlerde bakım ve operasyon gerektirecek ciddi organ yaralanmalarının söz konusu olmasıdır. Agresif olan suicidler bir günden az acil servisimizde kalmakta iken agresif olmayanlar ise daha fazla sürede müşade edilmektedir (Tablo 24). Bu nedenle psikiyatri konsültasyonu için agresif suicidler acilde beklememektedirler.

Acil servisimizde yapılan psikiyatri konsültasyonu agresif suicidlerde daha düşüktür. Bunun nedeni agresif suicid geçiren ağır hastalar hemen acil servisten cerrahi servise yatırıldığı için yattıkları servislerde psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. El bileğinde küçük kesiler gibi bening agresif intihar girişimlerinde ise hasta acil servis

içinde 3-4 saat beklemeyi gerektiren psikiyatri konsültasyonunu reddetmekte veya psikiyatri polikliniğine başvuracağını bildirerek acilden ayrılmaktadır.

Agresif olmayanlarda daha çok ilaçla zehirlendikleri için beklendiği gibi bulantı, kusma, mide ağrısı, uykuya meyil, baş ağrısı, baş dönmesi, ajitasyon, idrar retansiyonu, halsizlik gibi semptomlar daha sık görülmektedir.

İntihar şekline göre psikiyatrik özellikler incelendiğinde; agresif girişimli hastaların agresif girişimli olmayan hastalara göre acil serviste psikiyatri konsültasyonları isteme oranları daha düşüktür (%32,8'e %73,6; $P<0,0001$) (Tablo 26). Buda agresif olan girişimlerde büyük olasılık genel tıbbi durumun bozukluğu nedeniyle psikiyatri konsültasyonu istenememesine bağlanmaktadır.

İntihar şekline göre psikiyatrik özellikler incelendiğinde; agresif girişimli hastaların agresif girişimli olmayan hastalara göre acil serviste psikiyatri konsültasyonları isteme oranları daha düşük bulunmuştur (%32,8'e %73,6; $P<0,0001$) (Tablo 26). Buda agresif olan girişimlerde büyük olasılık genel tıbbi durumun bozukluğu nedeniyle psikiyatri konsültasyonu istenememesine bağlanmaktadır.

İntihar girişimi nedeni ile hastaneye gelenlerin büyük çoğunluğunun tedavi ve takipleri acil servislere yapıldığını ve şifa ile taburcu olduklarını görmekteyiz. Hastanede kalış sürelerindeki farklılığın hastaların klinik durumlarına, aldığı ilaçlara, insektisitlerin toksik etkilerine, intihar girişim yöntemine, acile başvuru süresine ve hastaları karşılayan hekimlere bağlı olarak farklılık göstermektedir. İntihar girişiminde bulunmuş veya intihar düşüncesi olan hastalar acil serviste özel bir yaklaşım gerektirirler. Bu nedenle acil serviste çalışan hekimlerin değerlendirmesinde; intihar girişimini ortaya çıkarılmasına yönelik iyi bir öykünün alınması, intihara sürüklenme nedeninin tespiti ve çözüme kavuşabilirliğini sağlamak ve tekrar intiharı önlemek amacıyla hastalara ve yakınlarına durum anlatılarak psikiyatri polikliniğine yönlendirilmeleri gerekmektedir [198].

Son 6 ay içerisinde psikiyatriye başvurusu olmayanlarda antidepresan alımı ile parasuisid oranı daha yüksektir. Bunun nedeni psikiyatri polikliniğinde düzenli kontrol olmaksızın uzman gözetiminde olmayan ilaç kullanımı olabilir. Ülkemizde antidepresan ilaçlar reçetesiz temin edilebilmekte ve olası etki süresi, ya da erken dönemde kaygı düzeyinde artış yapabilmek gibi yan etkileri konusunda bilgilendirecek bir

profesyonelin yönlendirmesi olmaksızın da kullanılabilmektedir bu durum rahatça ulaşılabilen antidepresanların uygunsuz kullanımına bağlı olabilir. Başvuru sıklığının düşük olması, birçok kişinin randevularına gelmemesi, bu bölgelerdeki hasta yoğunluğu ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan coğrafi ve iklim zorluklarıyla açıklanabilir. Bu hastalar psikiyatrik bozukluklu hastalar düzenli ve sık psikiyatri polikliniğine başvurmuyor oldukları içindir. Acile intihar girişimi ile başvuran hastalarda son altı ay içinde psikiyatriye başvurusu olanlar daha iyimserdir.

Duygusal dışa vurumun engellendiği kültürlerde somatoform bozukluğun daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Çalışmalarda özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, depresif bozukluklar ve somatoform bozuklukların kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir [215]. Bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında ilaç alımı bakımından etanol ve antidepresan alımı dışında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Antidepresan alımının kadınlarda etanol alımının erkeklerde belirgin olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Alkol bağımlılığı intihar riskinin yüksek olduğu bir hastalık grubu olarak kabul edilmektedir. Alkol bağımlılığı ve intihar ilişkisini araştıran çalışmalarda; depresif bozukluklar oldukça önemli bir yere sahiptir. Bölgemizde ve Türkiye genelinde dini inanışlardan dolayı alkol ve ilaç bağımlılığı düşüktür. Alkol bağımlılığında intihar girişimi %6-21 oldukça geniş ve yüksek oranlarda bulunmuştur. Alkol nedeniyle yatan hastaların %76'sı Ankara'da, eroin yüzünden yatan hastaların %38'i Gaziantep-Kilis, %20'si Van-Hakkari, %9'u Hatay ve %35'i diğer illerde yaşıyor [216]. ABD de toplumun %90'nı yaşamının bir döneminde alkol aldığı, erişkinlerin %60-70 inin ise sıkça alkol almakta olduğu tespit edilmiştir. Kalp hastalığı ve kanserden sonra alkole bağlı sağlık sorunları 3. Sırada yer almaktadır. Erişkinlerin %30-45 i yaşamının bir döneminde en az bir kez aşırı alkol almaya bağlı bir sorunla(yasal, trafik, iş, okul) karşılaşmıştır. Hala yılda 200000 kişi alkole bağlı bir sorundan ölmektedir. Otomobil kazalarında %75, kazadan ölümlerde %50 adam öldürmelerde %50 intiharlarda %25 oranında alkol sorumlu tutulmuştur. Ortalama yaşam süresinde en az 10 yıl kısaltmakta olan alkol, bağımlılık yapan diğer uyuşturucu maddelere de öncülük etmektedir. Kentlerde kırsala göre daha yaygın olan alkolizim birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olanlarda 7 kat daha fazla olduğu görülmektedir [217].

Madde kullanım bozukluklarında başka bir psikiyatrik hastalığın görülme riski artmaktadır. Psikiyatrik hastalık sayısının artışı da intihar davranışının görülme riskini arttırabilir. Yapılan çalışmalar alkol bağımlılığında intihar riskinin genel popülasyona göre 15 kat daha fazla olduğunu göstermiştir [39]. Türkiye nüfusunun 2008 yılına göre alkol kullanma oranı erkeklerde %18.8, bayanlarda ise %3,3'tür [218]. Bir batı ülkesinin metropolünde yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunan hastaların alkol ve narkotik bağımlılığı %15 gibi yüksek bir oran verilmiştir [188]. Bizim çalışmamızda toplam 10 (%1,9) hastada kanda etanol pozitif tespit edilmiştir ve etanol kullanımı erkeklerde bayanlara göre anlamlı olarak yüksektir. (%4,5'e %0,6; $P=0,002$). İdrarda THC ve idrarda benzodiazepin ise 11'er (%2,1) hastada tespit edilmiş olup cinsiyetler arası fark bulunmamaktaydı. Bizim çalışmamızda etanol, THC ve benzodiazepin kullanımının il merkezi, ilçe ve köyden gelen hastalar arasında anlamlı farklılığı olmadığı görülmektedir (Tablo:).

Erzurum dışından üniversite hastahanesi acil servisine gönderilen suikid vakaları klinik özellik olarak şuur kaybının Erzurum içinden üniversite hastahanesi acil servisine gelen hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (%17,4'e %7,4 $P<0,0001$). Buda göstermektedir ki bulantı, kusma, mide ağrısı, uykuya meyil, baş ağrısı, baş dönmesi, ajitasyon, halsizlik gibi semptomlar arasında sevk kriteri olarak en önemli klinik özellik şuur kaybı olarak kabul edilmektedir.

Bayanlarda ajitasyon daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni daha fazla antidepresan ile suikid girişiminde bulunmasıdır. Antidepresanların yüksek dozda alınmasının önemli komplikasyonu ajitasyon olabilir.

Bayanlarda idrar retansiyonunun erkeklere göre daha yüksek oranda görülmesinin nedeni ayrıntılı olarak incelendiğinde şu bulgulara varılmıştır. idrar retansiyonunu antidepresan alan hastalarda antidepresan almayanlara göre belirgin olarak daha yüksektir (%12 (n=17)'ye karşı %0,3 (n=1) $P<0,0001$). Yine idrar retansiyonunu analjezik, antihipertansif kullananlarda; salisilat, parasetamol, benzodiazepin, THC ile zehirlenmelerde hiç görülmemişken; antibiyotik ile suikid girişiminde bulunan yalnızca bir hastada tespit edilmiştir. Yine birden fazla grup ilaç alımlarında idrar retansiyonunda etkisi olduğu görülmektedir. Birden fazla grup ilaç alanlarda idrar retansiyonunu görülme oranı %5 iken (n=15), tek bir grup ilaç alanlarda

bu oran %1,8 (n=3)'dir (P=0,081). Tüm bu bulgular ışığında bayanlarda idrar retansiyonunu erkeklere göre daha yüksek oranda antidepresanla intihar girişiminde bulunmalarına bağlı olduğu gözükmemektedir.

Depresif hastalarda intihar girişimi yüksektir ve genellikle depresyon tedavisinde kullandıkları ilaçlarla intihar girişiminde bulunmaktadırlar. Bunlar daha önceden psikiyatrik sorunları olan hastalardır. Psikiyatrik hastalıklarda hastalar antidepresanla tedavi görüyor olsun ya da olmasın intihar girişimi oranları normal popülasyona göre zaten yüksektir. Depresyon iyileşirken en son düzelen belirti grubu olan düşünce içeriğini tedavinin başlarında henüz düzelmemişken, ilk düzelen belirtilerden sayılabilecek olan psikomotor retardasyon ve halsizlik gibi belirtilerin düzeldiği dönemde yani antidepresan tedavinin özellikle erken döneminde artmış enerjiye karşılık düzelmemiş intihar düşünceleri, artmış intihar riskini de izah edebilir. Ancak intiharların önlenmesi amacıyla antidepresan kullanımı da önemli bir etkindir. Kasper ve arkadaşları antidepresanların tedavi amacı ile olduğu kadar intihar amacı ile de kullanıldığını belirtmişlerdir [219].

Salisilat alımı ise ilginç olarak ilçe merkezinden gelenlerde köy ve il merkezinden gelenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla %9,2'e %4,7 ve %2,2 P=0,006) (Tablo 18). Bunun nedeni ilçelerde küçük bakkal ve marketlerde salisilat satılması ve parasuicid hastalarının bunlara erişiminin daha kolay ve rahat olması olabilir. İlçelerdeki küçük alışveriş merkezlerinin salisilat satışı açısından daha sık denetiminin yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

İntihar amacıyla organofosfat zehirlenmesi tarımla uğraşan bölgelerde çok sık görülmektedir [220]. Organofosfatlar, herbisit ve insektisidlerde yaygın olarak organofosfor veya karbamat formunda bulunur. Doğada bulunan ve insanlar, hayvanlar ve bitkiler için zararlı olan mikroorganizma ve diğer türdeki canlıların zararlarından korunmak için bütün dünyada yaygın olarak kullanılan kimyasal maddelerdir [221, 222]. Organofosfatlar asetilkolinesterazların irreversibl inhibitörlerindendir ve kolinerjik reseptörlerde asetilkolin birikimine neden olurlar. Kolayca ulaşılabilirliği ve bulunulması nedeniyle organofosfatlar intihar amaçlı olarak sık kullanılmaktadır. Oral yoldan alındıklarında ciddi intoksikasyonlara yol açtığı gibi, deriden, mukozal membranlardan, konjunktivadan ve solunum yollarından da absorbe edilerek farklı

şekillerde intoksikasyonlara neden olabilir [222-224]. Bizim çalışmamızda da köyden gelen hastalarda en yüksek oranda görülmekle birlikte, ilçe ve il merkezlerinden gelen hastalarda organofosfat alımıyla intihar girişiminde bulunma oranları gittikçe düşmektedir. Biz bunu intihar yöntemlerini kişinin bulunduğu yer itibariyle daha kolay ulaşılabilir olmasına bağlamaktayız.

İntihar girişiminde bulunma, tekrar intihar girişimi açısından risk oluştururken, tekrarlayan girişimler hem gelecekte intihar girişimi riskini, hem de tamamlanmış intihar riskini artırmaktadır [225]. Tekrarlayan intihar girişimiyle ilişkili etkenler arasında; daha önceki intihar girişimi öyküsü, depresyon, umutsuzluk, kişilik bozukluğu, çocukluk çağı ihmalleri ve ailede psikiyatrik bozukluk varlığı ya da ailede intihar girişimi öyküsü bulunması da yer almaktadır [225-228]. İntihar girişiminin kadınlarda erkeklere, bekar ve dullarda evlilere, eğitimsizlerde eğitimlilere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir [228, 229]. Bizim çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olma oranı (%28,1'e %6,9 $P<0,0001$), son 6 ayda psikiyatri polikliniğine başvuru oranları (%68,3'e %6,6 $P<0,0001$), ailede intihar teşebbüsü öyküsü oranları (%11,5'e %4,1 $P=0,001$) ve daha önce intihar girişimi oranları (%36,7'ye %7,6 $P<0,0001$) literatürlere uygun olarak belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo:).

Retamal ve arkadaşlarının yapmış olduğu 5386 intihar vakasının incelendiği çalışmada en yüksek intihar oranının kışın Aralık ayında olduğu (%10,6) ve en düşük intihar oranının ise yazın Haziran ayında olduğu (%7) bildirilmiştir [230]. Farklı çalışmalarda da intihar girişimlerinin en fazla yaz aylarında, en az kış aylarında gerçekleştirildiği bildirilmiştir [231]. Bizim çalışmamızda İntihar girişimleri diğer mevsimlere göre anlamlı olarak ilkbaharda en sık görülmekte olduğu bulunmuştur (Tablo; $P=0,0005$).

Bu durum mevsimsel affektif hastalıklarla beraber artmış intihar riskini yansıtıyor olabilir. Bipolar affektif bozukluk yılın belli mevsimlerinde ve özellikle de ilkbahar aylarında ortaya çıkma olasılığı daha yüksek olan, duygudurum epizotları ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalık spektrum şeklinde ele alınabilecek pek çok alt gruba sahip ve atipik formlarında tanı konulması kolay olmayan bir tablolara neden olabilir. Çalışmamızda hastaların psikiyatrik konsültasyon sonuçları, önce ya da girişim sonrası aldıkları psikiyatrik tanılar hakkında bilgi sahibi olunmamakla beraber

mevsimsel intihar kümelenmesi muhtemel dön güzel bir psikiyatrik hastalık varlığına işaret ediyor olabilir.

1986'da Londra'da yapılmış bir çalışmada 82 parasuicid hastasının 15'inin parasuicidden sonraki 6 ay içinde acil servise tekrar başvurduğu, 13'ünün aile hekimine başvurduğu görülmüştür. Bu çalışma parasuicid girişiminden sonra çok az sayıda hastanın medical yardım arasında olduğunu gösteren ilk çalışma olması bakımından önemlidir [232].

İsveç'te yapılmış ve 2011 yılında yayınlanmış 1524 hastayı kapsayan bir çalışmada 12 ay içinde hastaların kendilerine zarar verme davranışında bulunma ihtimalleri %26,8 çıkmış olup kendine zarar verme davranışının tekrarlaması için risk faktörleri; daha önce kendine zarar verme, kadın, eğer kendine zarar verme davranışı cerrahi bir prosedürle tedaviye ihtiyaç duyarsa yeni başlamış psikiyatrik ve antidepresan tedavi, ilaç bağımlılığı, kişilik bozukluğu veya 6 yaşının altında çocuk sahibi olmama olarak bulunmuştur [233]..

Fransa'da psikotropik (anksiyolitikler, hipnotikler, antidepresanlar, nöroleptikler, duygudurum düzenleyicileri) ilaç olarak suicid girişiminde bulunan 1654 hasta üzerine yapılmış bir çalışmada bu hastaların 2/3'ünün kendilerine reçetelenmiş psikotropik ilaçlarla zehirlenme girişiminde bulunmuşlardır. Kendileri için reçetelenmiş psikotropik ilaçları alanlarla kıyaslandıklarında kendi psikotropik ilaçlarını alanların 4,2 kat daha fazla psikiyatrik hospitalizasyon hikayesi olduğu, 3,9 kat daha yüksek oranda psikiyatrinin polikliniğinden takip edildiği, 2,5 kat daha yüksek oranda parasuicid gerçekleştirdiği ve ciddi ilaç zehirlenme oranında 2 kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Yaş ve psikiyatrik hospitalizasyon hikayesinden bağımsız olarak ilaç zehirlenmesi esnasında 4,4 kat daha yüksek oranında antidepresan, 2,9 kat daha yüksek antipsikotik ve 4,1 kat daha yüksek oranda duygudurum düzenleyicileri kullandıkları görülmüştür. Hipnotik, anksiyolitik veya parasetamol reçetelenmesiyle yüksek doz alım arasında bir ilişki bulunmamıştır. Sonuç olarak yazarlar yüksek doz ilaç olarak inhihar girişiminde bulunmayla reçetelenen psikotropik ilaçlar arasında önemli bir bağlantı olduğunu bildirmişlerdir [234].

2008 yılında İngiltere'de bir üniversite hastahanesinde 530 istemli aşırı doz ilaç alınmış yapılan bir çalışmada hastaların bayan ağırlıklı olduğu ve hastaların %65'inin

40 yaş altı olduğu görülmüştür. En sık kullanılan ilaçlar parasetamol %39 ve antidepresan %35 'dir. Başvuruların %80 'inde temel araştırmalar dışında tedavi uygulanmamıştır. Hastaların sadece %1,5'inde aktif kömür verilmiş ve gastrik lavaj hiç uygulanmamıştır. Başvuran hastalarda %76'sı acilde takip edildikten sonra taburcu edilmiş, %9'u bir psikiyatri hastahanesine yatırılmış ve %5,5'ini dahiliye servisine yatırılmıştır [235].

İrlanda'da 2002 ve 2004 yılları arasında acil servise başvuran 32777 kendine zarar verme davranışıyla başvuru oranları coğrafi olarak son derece belirgin farklılıklar görülmüş olup bunun nedenini büyük oranda mahrumiyet bölgelerinde taş ve cinsiyet sosyokültürel durum ve bunların arasındaki etkileşimden kaynaklandığı görülmüştür. Hastahane de tedavi edilen kendine zarar verme davranışının en yüksek oranda kırsal alanadaki mahrumiyet bölgeleri olduğu sonucuna varılmıştır [236].

Kanada'da 2007 yılında yayınlanmış bir çalışmada acil servise başvuran 507 parasuicid hastası yaş ve cinsiyet farkı olmayan 200 kontrol hastayla karşılaştırılmıştır. Parasuicid ile işsizlik arasında odds oranının 12 olduğu bir ilişki bulunmuştur. Sosyodemografik faktörler düzeltildikten sonra odds oranı 5,2 çıkmıştır. Sonuç olarak işsiz insanlarda parasuicid riskinin artmış olduğu ve pekçok sosyodemografik faktörler kontrol altına alındıktan sonrada bu riskin devam ettiği görülmüştür [237].

Fransa'da planlanan bir çalışmada tıbbi kayıtlarda madde bağımlılığı olduğu bilgisini veren istemli ilaç zehirlenmeli hastaların idrarda toksikolojik sonuçları (marihuana, opiad, bupiremorfin, amphetamin/eksazi, kokain, Lysergic acid diethylamide) incelenmiştir. Hastaların %24'de ilaç kullanımının tıbbi kayıtlara kaydedildiği görülmüştür. Hastaların %27,5'inde toksikolojik analiz pozitif çıkmıştır. Medikal kayıtlar ile toksikolojik analizin uyumluluğu %80 hastada doğru olarak görülmüş olup spesifite %89, sesitivite %54 olarak ölçülmüştür. Toksikolojik analizlerle kıyaslandığında tıbbi kayıtların madde kullanan hastaların sadece yarısını tanımlayabildiğini göstermektedir. Bizim çalışmamızda; THC kullanımı 11 hastada (%2,1), 11 hastada %2,1 benzodiazepin kullanımı, 3 hastada (%0,6) metamfetamin kullanımı ve 34 hastaya %6,4 parasetamol kullanımı idrardaki toksikolojik ölçümlerde gösterilmiştir. Yukarıdaki çalışmanın verilerine göre madde kullanım alışkanlığı olan

bir kısım hastayı idrardaki toksikoloji paneliyle tanımlayamadığımız düşüncesindeyiz [238].

Tayvan’da 2007 yılında yapılan bir çalışma kendine zarar verme davranışıyla alkol kullanımının ilişkisini bir acil servise başvuran hastalarda incelemiştir. Kendine zarar verme davranışıyla acil servise başvuran 115 hastanın yaklaşık yarısı bayan olup %83,5’i 20-54 yaşları arasındaydı. Kendine zarar verme davranışının yarısından fazlasının ev içinde meydana geldiği ve %80’inin delici kesici alet yaralanması veya kesiler olduğu görülmüştür. Bu kendine zarar verme davranışlarının %80’inin alkolle ilişkili olduğu görülmüştür. Alkolle ilişkili yaralanmalar en yüksek oranda %60 ile 45-64 yaş arası grupta bulunmuştur. Bu hastaların %76’sı acil servisten taburcu edilmiş sadece %17 hastaya psikiyatri konsültasyonu istenmiştir [239].

Fransa’da yapılmış benzer bir çalışmada istemli ilaç zehirlenmesi ile acile başvuran hastaların tıbbi kayıtlarında aldıklarını söylediği ilaç ile plazma ilaç düzeyi TCA’lar, parasetamol, metrobamat ve etanol için karşılaştırılmıştır. Klinik bilgiye göre hastalardan %8’inin TCA, %11’inin metrobamat, %9’unun parasetamol, %41’inin etanol aldığı tespit edilmiştir. Plazma ölçümlerinde klinik olarak tesbit edilen bu zehirlenmelerden TCA’dan %59’u, metrobamat ve etanolden %76’sı, parasetamolün %77’si doğrulanmıştır. Yine plazma konsantrasyonunda TCA’ların %28’i, metrobamat %65’i, etanolün %43’ü ve parasetamolün %0’ı toksik olarak bulunmuştur. Plazma ile ilaç konsantrasyonlarına bakıldığında TCA’ların ve metrobamat için %3, parasetamol için %7 ve etanol için %6 oranında beklemedik biçimde pozitif bulunmuştur[240]

İngiltere’de 2004 yılında acil servislerde gerçekleştirilmiş bir araştırmada parasuicid için geleneksel risk faktörleri olan ilaç bağımlılığı, psikiyatrik takip ve daha önceden kendini zehirleme öyküsü gibi durumların psikososyal destek veya uzman takibine alınma ile daha yüksek düzeyde ilişkide olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan hasta grubunun yaklaşık %15’inde 6 ay içinde tekrar zehirlenme girişimi meydana gelmiştir. Çalışmada ayrıca kendini zehirlemeden sonra aktif olarak takibe alınan parasuicidi tekrarlama riskini düşürdüğü bulunmuştur. Bizde çalışmamızda hastaların %68,7’sine acil serviste psikiyatri konsültasyonu istedik ve uzman düzeyinde takibine alınmalarını sağlamaya çalıştık. Çalışmamıza göre agresif suicid gerçekleştirenlere daha az psikiyatriye danışılmıştır [241]. Bunun nedeni hastanın genel

durum bozukluğu ya da hayati tehlike yaratabilecek ciddiyetteki fiziksel yaralanması nedeniyle psikiyatrik görüşme şartlarının oluşturulamaması olabilir. Bu durumda hasta fiziksel olarak görüşme yürütülebilecek duruma geldikten sonra takibini sürdüren klinikçe psikiyatri konsültasyon ve takibinin yapılmış olabileceğini tahmin etmekle beraber çalışmamızda bu konuda veri bulunmamaktadır.

2001'de İngiltere'de yapılan bir çalışmada psikiyatrik değerlendirmeyi beklemeden acil servisi terk eden parasuicid hastaları 2 yıl boyunca incelenmiştir. Çalışmada hastaların %59'unun psikiyatrik değerlendirme yapılmadığı ve bu hastaların daha önceden parasuicid girişim öyküsünün olma ihtimalinin daha yüksek olduğu, yaşın 20-34 yaş arasında değiştiği ve acil serviste iletişim güçlüğü çekilen hastalar olduğu bildirilmiştir. Akşam saat 17:00 ile sabah 9:00 arasında gelen hastalar; sabah 9:00 ile akşam 17:00 arasında gelen hastalara göre daha düşük psikiyatrik değerlendirmeye alınmaktadırlar. Çalışmada sonuç olarak psikiyatrik değerlendirmeye tabi olmayan hastaların sonradan parasuicid riski ve tamamlanmış suicid açısından daha yüksek risk altında olabileceği söylenmiştir [242].

Kendine zarar verme davranışının zamanlaması üzerine yapılan prospektif ve 158 yetişkini içeren bir çalışmada parasuicid olayının gerçekleşmesinin zamanlamasında belirgin bir değişim bulunmuş olup bunun 22:00-24:00 saat arasında pik yaptığı görülmüştür. Erken saatlerde yapılan intihar girişimlerinin 03:00 ile 14:59 saatleri arasında alkol bağımlılığı ihtimalinin düşük olduğu acil servise başvuru oranının yüksek olduğu görülmektedir. Günün erken saatlerinde istemli ilaç alımları olan hastada mental sağlık sorunları daha yüksektir. Erken saatlerde parasuicid girişiminde bulunan hastalarla karşılaştırıldığında geç saatte (22:00-23:59) girişiminde bulunanlarda depresyon veya psikiyatri takip önerisi ihtimali daha düşüktür. Çalışmada sonuç olarak acil serviste psikiyatrisin sabah ve öğleden sonra başvuran hastalarda depresyonu dışlaması ve hastalara problem çözme becerilerini kazandırması, akşam geç saatlerinde başvuran hastalarda alkol bağımlılığı tanı ve tedavisi üzerine konsantre olması önerilmektedir [243].

Çalışmayı Sınırlandıran Faktörler

1- Çalışmamızda hastaların kendi bildirdikleri ve doğru kabul edilen bilgiler temel alınmıştır. Çalışmamızda kullandığımız veriler hastadan, hastanın ailesinden, akrabalarından veya arkadaşlarından temin edilmiştir. Bu nedenle yanlış bilgilendirmeler olabilir.

2- Çalışmamız tek merkezlidir. Bu nedenle veriler tüm bölgeye ve Türkiye'ye genellenemez.

3- Atipik intihar girişimleri olan araç içi ve araç dışı trafik kazaları, silahla yaralanmalar ve yüksekten düşmeler bazen kaza olmasa da hasta acile getirildiğinde bilinci kapalı olduğu için veya intihar girişimi başarısız olduğundan hasta ve yakınlarının

4- Çalışmamızda bir kontrol grubu olmadığı için risk oranları hesaplanamaz.

5- intihar girişimini saklama düşüncesiyle bazı vakalar atlanmış olabilir. Bu çalışma acil servise başvuran hastaların acil servis doktorlarının bakış açısından inceleyen bir çalışma olduğu için hastaların psikiyatrik tanıları ve duygu durum bozuklukları ayrıntılı olarak incelenmemiştir.

SONUÇ

Erzurum İli ve çevresinde yaşanan sosyal ve ekonomik değişimlerle birlikte intihar davranışının arttığı ve giderek artmaya devam edeceği, zamanla ciddi bir halk sağlığı sorunu olacağı öngörülebilir. Çalışmamızda evli kadınlarda ve bekâr erkeklerde intihar girişimlerinin daha fazla olduğunu tespit ettik. Kadınlarda antidepresan ilaç alımı ile intihar girişimi, erkeklerde ise salisilat ve etanol alımı sūreti ile intihar girişimi sık gōr÷lmüştür. İntihar girişimi en sık ilkbaharda gōr÷lmektedir.

Çalışmamızın sonucunda intihar ve intihar girişimi olan hastalarda; kadınların

çoğunlukta olduğu ve hastalarımızın çoğunun 30 yaşın altında olduğu bulundu. Kullanılan intihar ve intihar girişim yöntemlerinde en çok ilaç alımı tespit edildi. Daha önceden psikiyatrik tanısı olan hastalar antidepresan ve benzodiazepin ile, psikiyatrik tanısı olmayan hastalarda ise analjezik ve parasetamol alımı daha sıktır.

İntihar girişim yöntemleri ile geliş yerleri karşılaştırıldığında kırsal kesimden gelen hastalarda organofosfat alımı lehine sonuclar anlamlı bulunmuştur

İntihar girişimi sebebi ile acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğu acil serviste takip ve tedavi edilerek taburcu edilmiştir.

İntihar ve girişimlerinin sosyolojik, biyolojik ve psikolojik yönlerinin de var olması ve bunlarla bağlantılı olan risk etkenlerini ortadan kaldırmak intihar girişimini önlenbilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Acil servislerdeki intihar girişimlerinin izlenmesi ve tedavisi için protokoller geliştirilmelidir. Psikiyatri kliniğinden taburcu edilen hastalarında takibi ve tedavileri sağlanmalıdır. İntihar girişim metodlarında kısıtlanması gereklidir. Ateşli silahlara ve toksik veya öldürücü ilaçlara ulaşım önlenmelidir.

Hastanın önceden psikiyatrik tanısı olması, daha önce intihar girişi öyküsü olması, aile bireylerinin en az birinin herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısını olması, son 6 ayda psikiyatriye başvuru hikayesi olması intihar girişimde bulunma oranını anlamlı olarak artırmaktadır. Ayrıca daha önce intihar girişiminde bulunan hastaların ilk kez intihar girişiminde bulunan hastalara göre ajitasyon kliniğinin olması ihtimali artmaktadır.

Erzurum ili dışından gelen hastaların ortalama varış süresi yaklaşık 6 saat olup bu hastaların pirimer ve sekonder bakı ve girişimleri yapıldıktan sonra sevk edilmeleri uygun olacaktır.

Acil servisimizde intihar girişiminde bulunmuş hastayla karşılaşıldığında; sağlık personeli hastaya yeterli ve uygun zaman ayırmalı, hastayı anlamaya çalışmalı, sakin ve dikkatli bir şekilde davranarak hastanın güvenliğini kazanmalıdır. İntihar girişiminde bulunmuş hastaların durumu ailesine bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bekaroğlu M. Birinci Basamak İçin Acil Psikiyatri. İstanbul, Uniform Matbaası, 1998.
2. Köknel Ö. Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989.
3. Odağ C. İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım. İzmir, İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, 1985.
4. Stack S: Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. Suicide Life Threat Behav 2000; 30:163-176.
5. Heikkinen A, Aro H, Lonnqvist J: Recent life events, social support and suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 377: 7-65.
6. Kposowa AJ: Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychol Med 2001; 31:127-138.
7. Heikkinen ME, Isometsa ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK: Social factors in suicide. Br J Psychiatry 1995; 167:747-753.
8. Gould MS, Fisher P, Parides M: Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicides. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:1155-1162.
9. Crepet P, Caracciolo S, Fabbri D: Suicidal behavior and community mental health care in Emilia-Romagne. Omega 1996; 33:179-191.
10. Dilsiz A, Dilsiz F, Ökten F: İntihar davranışı: Demografik özellikler ve risk faktörleri. İzmir SSK Tepecik Hastanesi Dergisi 1992; 2:297-302.
11. Aydın H, Battal S, Özşahin A, Aydınalp K, Boz Ü: İntihar davranışının sosyodemografik özellikleri. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Serbest Bildiriler Kitabı, 1988, s.238-246, Ankara.
12. Fidaner H, Fidaner C: İntihar: Çok yönlü sosyal psikiyatri sorunu. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1987, s.301-307, İstanbul.
13. Fidaner H, Fidaner C: Türkiye’de intihar epidemiyolojisi. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1987, s.308-316, İstanbul.

14. Kucur R, Aktan MK: Konya merkez ilçesinde 1986 yılında suisid insidansı. XXIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmalar, 1987, s.317-320, İstanbul.
15. Sayıl I, Gürakan L, Ayhan Ö: İntihar olaylarının 1988 yılı içinde yazılı basına yansımaları konusunda bir çalışma. XXV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1989, s.55-63, Mersin.
16. Doğan O, Özbek H: Özkıyım girişimi nedeniyle yatırılan hastaların bazı özellikleri. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 1990, s.189-196, İzmir.
17. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5.baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1994.
18. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. 8. baskı, Giza, Mass Publishing Co., 1994.
19. Eskin, M., A. Akoğlu, and B. Uygur, Traumatic Life Events and Problem Solving Skills in Psychiatric Outpatients: Relationships with Suicidal Behavior. Turk Psikiyatri Derg, 2006(17(4)): p. 266-275.
20. Taştan, Z., Yusuf Atılğan'ın eserlerinde intihar. Milli Eğitim, 2007. Guz(176).
21. Shneidman, E. and W. John, Definition of Suicide. 1985(New York:).
22. Eyüboğlu, İ., Türk dilinin Etimoloji Sözlüğü. İstanbul: Sosyal Yayınlar, 1998.
23. Ucan, O., Türkiye'de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13).
24. Weis, M. and E. S.Arieti., Suicide. In: A handbook of Psychiatry,. New York: Basic Books Inc.Publishers., 1974. 743-65.
25. Durkheim, E. and Ö. Ozankaya, Toplumbilimsel inceleme intihar. çeviren. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986.
26. Uluduz, D. and M. Uğur, Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi. YeniSymposium, 2001. 19-25(39).
27. Sağınç, H., et al., Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000. 78-82(1).
28. Fish, K., Suicide awareness at the elementary school level.. J Psychosoc Nursing, 2000. 20-23(38).

29. Üstün, B., Özkıyım ve hemşirelik yaklaşımı. Türk Hemşireler Dergisi, 1992. 9-11(42).
30. Mercan, S., intihar. çevrimiçi erişim, 2007.
31. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1:Tanım ve Anlama, 2003. 3-28(Ankara).
32. Haukka, J., et al., Determinants and outcomes of serious attempted suicide. a nationwide study in Finland, 1996-2003. Am J Epidemiol, 2008. 1155-1163(167).
33. Aslan, Ş., et al., Suicide attempts with amitriptyline in adults:a prospective, demographic, clinical study. Turk J Med Sci, 2011. 243-249(41): p. 2.
34. Haran, S. and O. Aydın, Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar girişimleri ile ilişkisi.. Kriz Dergisi 1995. 247-251(3).
35. Özcan, Y. and H. Savlı, Yaşam olayları sonucu gelişen intiharlarda kan lipit seviyeleri. Düşünen Adam 2001. 150-153(14).
36. Sayıl, I. and D.-O. H., Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998. Crisis., 2002: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.. 11-16(23).
37. Sağınc H, K.N., Akyuz G, Doğan O., Yatarak Tedavi Goren Hastalarda İntihar Oykusunun Araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. 83-88:(1).
38. Maris, R., AL. Berman, and v.a. JT. Maltsberger, How Are Suicides Different. Assessment and Prediction of Suicide. New York:Guilford Pres, 1992. 65-87.
39. Roy, A., S. BJ, and S. VA, Comprehensive Textbook of Psychiatry,. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, Psychiatric emergencies 2000. 2031-2040(7).
40. Dumais, A., et al., Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression?. Am J Psychiatry, 2005. 1375-1378(162).
41. Heeringen, C., et al., Prefrontal 5-HT2a receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. J Affect Disord, 2003. 149-158(74).
42. Diekstra, R. and Acta, Suicide and the attempted suicide: an international perspective. Psychiat Scand, 1989. 80(1-24).
43. Mann, J., A. Apter, and J.e.a. Bertolote, Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA, 2005. 2064-2074(224).
44. Enstitüsü, T.B.D.İ., Türkiye İstatistik Yıllığı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.

45. Welch, S., A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. *Psychiatric Serv*, 2001. 368-375(52).
46. Özgüven, H. and I. Sayıl, Suicide Attempts in Turkey: Results of the VVHO-EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*, 2003. 324-329(48).
47. Mgaya, E., et al., Suicide in the Dar es Salaam Region, Tanzania, 2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 2-5(30).
48. Bridge, A., T. Goldstein, and A. Brent, Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. 327-94(47).
49. Murray, B. and K. Wright, Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 2006. 157-64(13): p. 2.
50. Ceylan, M. and B. Yazan, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Anksiyete Bozuklukları. 2000. 43-66(Bölüm 2).
51. Depp, C. and D. Jeste, Bipolar disorder in older adults. a critical:review. *Bipolar Disord* 2004. 343-367(6).
52. Leboyer, M., et al., Age at onset in bipolar affective disorders *Bipolar Disord. a review:*, 2005. 111-118(7).
53. Kaplan, H., B. Sadock, and K.a. Sadock's, Synopsis of Psychiatry(9th ed).. Williams and Wilkins, Philadelphia 2003. pp 534-536.
54. O., U., Türkiye'de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. *Kriz Dergisi*, 2005. 15-26(13).
55. Şenol, V., et al., İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005. 19-29(6).
56. Ambade, V., V. Godbole, and G. Kukde, Suicidal and homicidal deaths: A comparative and circumstantial approach.e. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 253-60(14).
57. Jacobs, D.G.v.a., Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association., 2003.

58. Berecz, R., M. Caceres, and A.e.a. Szlivka, Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: Relation to suicide methods. *Journal of Affective Disorders*, 2005. 235-38(88).
59. Kapur, N.a.G., L., Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry Res*, 2006. 259-62(5).
60. Lotrakul, M., Suicide in Thailand during the period 1998–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2006. 90-95(60).
61. Koroğlu, E., *Psikiyatrik Acil Durumlar*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1999. 425-443(2).
62. Kamil, A., D. Veli, and D. Said, Adıyaman’da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006. 150-156(7).
63. Arpi, D., E. Boudreaux, and N.e.a. Wang, National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Annals of Emergency Medicine*, 2005. 369-75(46).
64. Kanchan, T. and G. Menezes, Suicidal poisoning in Southern. India: Gender differences *Journal of Forensic and Legal Medicine*., 2007. 1-8(30).
65. Jamison, K.R., *Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak*. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yay., 2004.
66. Yılmazçetin, C.E., S. Taner, and K. Ögel, İstanbul Örnekleminde Ergenlerde Riskli Davranışların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Etkenlerle İlişkisi., 2001.
67. Aktepe, E., S. Kandil, and M. Topbaş, Çocuk Ve Ergenlerde İntihar Davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005. 88-97(2): p. 4.
68. A, C. and Ö. H, Türkiye’de 15-24 Yaş Grubu İntiharlar (1974-2001). IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri 2005.
69. Köknel, Ö., *Genel ve Klinik Psikiyatri*. Nobel Tıp Kitabevi, 1989. İstanbul.
70. Fernquist, R., Race/Ethnicity, Age, Sex, And Suicide. *MEducation*., 2001. 6(18).
71. EK., M., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 2001. 310–23(1).
72. Skegg, K., Self-Harm. *Lancet*, 2005. 1471-83(366).
73. Vijayakumar, L. and K. Nagaraj, Suicide and Suicide Prevention in Developing Countries, *Disease Control Priorities Project*. 2004.

74. Moscicki, E., Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. *Clinical Neuroscience*, 2001. 310–323(1).
75. Eskin, M., İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme,. Çizgi Yayınevi, Ankara,, 2003. 47.
76. Eskin, M., İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003. 48.
77. Sayar, K., İntihar ve İnanç Sistemleri Yeni Symposium. 2002. 100-104(3): p. 40.
78. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme:Risk Etmenleri. Ankara 2003. 133-222(Bölüm5).
79. Sayıl, I., et al., Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınlar, 2000: p. no:6.
80. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme.Risk Etmenleri Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2003. 133-222(Bölüm5).
81. Schmidtke, A., et al., Attempted suicide in Europe: rates,trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters duringthe period 1989-1992. *Acta Psychiatr Scand*, 1996. 327-338(93).
82. Çayköylü, A., et al., Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özelliklerve tanı dağılımı.. *Kriz Dergisi*, 1997. 37-42(5).
83. Yalvac, D., İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakultesi Psikiyatri A.D., 2006.
84. Wax, P., Historical Principles and Perspectives. In: Golgfrank LR, Flomenbaum Ne; Lewin NA,, 2002. 1-17(7th ed).
85. Amdur, M., J. Doull, and C. Klassen, Cassaret and Doull's Toxicology. New York: Macmillan Pres, 1991.
86. N, Y., İntiharın Norobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001. 5-15(4).
87. Burns A, G.E., Moore T., A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 1-10-44(30).
88. Cheng, H. and D. Lester, The economy and suicide in Japan, 1985–2000. *Percept Mot Skills*, 2006. 102:338.

89. Mufson L, N.Y., Warner V., The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2002. 61-69(71).
90. Mufson L, N.Y., Warner V.. *J Affect Disord*, The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. 2002. 61-69(71).
91. Mufson, L., Y. Nomura, and V. Warner, The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *J Affect Disord* 2002. 61-69(71).
92. Ge, X., et al., The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parentchild closeness. *Dev Psychopathol*, 2009. 621-635(21).
93. Gross, H., et al., Transactional processes in child disruptive behaviorand maternal depression: a longitudinal study from early childhood to adolescence. *Dev Psychopathol*, 2009. 139-156(21).
94. Deveci, A., O. Aydemir, and S. Mızrak, İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi* 2005. 1-9(13).
95. A., R., Genetic influences on suicide risk. *Clinical Neuroscience Research*, 2001. 324-30(1).
96. (D.İ.E.), D.İ.E., İntihar İstatistikleri. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü, (1980-1996).
97. Alptekin, K., 1974-1999 Yılları Arasında Türkiye’deTamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimlerine ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı. Ankara, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.
98. Sır, A., Diyarbakır’da özkıyım ve özkıyım girişimleri:Adli kayıtların incelenmesi.. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1999. 50-57(10).
99. Bağlı, M., Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu. *Kriz Dergisi* 2004. 21-40(12).
100. Sayıl, I., et al., Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde İntihar Davranışı Üstüne Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Rapor 2001, 2001.

101. Shafii, M., et al., Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 1985. 142(9).
102. Zonda, T., Crisis. A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on Hungarian material., 1991. 48-57(1): p. 12.
103. Brent, D., et al., Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993a. 494-500(32).
104. Kesebir, S., D. Gülpek, and M. Noyan, Özkıyım Girişimlerinin Doğası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002. 88-96(3).
105. Brent, D., J. Perper, and G. Moritz, Familial risk factors for adolescent suicides. *Acta Psychiatr Scand* 1994. 52-58(89).
106. Rygnestad, T., A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988. 389-394(72).
107. Farmer, R., Deliberate self-poisoning. *Br J Hospital Medicine*, 1986. 437-442(36).
108. Cullberg, J., D. Wasserman, and C. Stefansson, Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988. 598-603(77).
109. Kesebir, S., D. Gülpek, and M.A. Noyan, Özkıyım girişimlerinin doğası. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002. 3: p. 88-96.
110. Brent, D., et al., Adolescent psychiatric inpatients' risk of attempt upon sixmonth follow-up *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993b. 95-105(32).
111. Pfeffer, C., et al., Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1994. 225-230(33).
112. Pfeiffer, C., et al., Suicidal children grown up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1991. 609-616(30).
113. Bile-Brahe, U. and G. Jessen, Repeated suicidal behavior: A two-year followup. *Crisis*, 1994. 77-82(2): p. 15.
114. Kreitman, N. and P. Casey, Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. *Br J Psychiatry*, 1988. 792-800(153).
115. Platt, S. and H. Möller, Suicide trends in 24 European Countries 1972-1984. *Berlin Heidelberg*, 1988.

116. Ridgway, S., Suicide Prevention Awareness Month Media Information. Tennessee Suicide Prevention Network, 2004.
117. Doksat, M.K., İntiharlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999. 169-172.
118. Goldsmith, S., et al., Reducing Suicide A National imperative. The National Academies Press, 2003. 309-08321(0): p. 4.
119. Paracıkoğlu, V., I. Sayıl, and H. Özgüven, Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması: Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa çok merkezli intihar davranışı izlem çalışması sonuçları. Kriz Dergisi, 2004. 1-17(12).
120. Rudd, M., Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk. American Psychological Association, 2006: p. 355-367.
121. Kaplan, H.I., et al., Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed, 2005. 2442-2453.
122. Tuzer, T., G. Bayam, and V.v.a. Bitlis, İntihar girişiminde yöntem secimini etkileyen faktörler.. Kriz Dergisi, 1995. 257-59(3).
123. Roy, A., Genetic influences on suicide risk. Clinical Neuroscience Research, 2001. 324-30(1).
124. Nestor, D., Kapusta and Gernot Sonneck. Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. JMHG, 2004. 197-202(1).
125. Kapusta, N.a.S., G., Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. The Journal of Men's Health & Gender, 2004. 1(2-3): p. 197-202.
126. Burns, A., E. Goodall, and T. Moore, A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000–2005. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2007. 1-10(30).
127. Starkuviene, S., R. Kalediene, and J. Petrauskiene, Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: Does socio-demographic status matter? Public Health., 2006. 769-75(120).
128. Steinhausen, H., R. Bosiger, and C. Metzke, Stability, correlates, and outcome of adolescent suicidal risk. J Child Psychol Psychiatry, 2006. 713-22(47): p. 7.

129. Suchard, J., et al., Chemical and Biological Weapons. In USA, The McGraw- Hill Companies, 2002. 1527-51(7 th edition).
130. Krenzelok, E., M. Allswede, and R. Mrvos, The poison center role in biological and chemical terrorism. *Vet Human Toxicol* 2000. 297-300(42).
131. Hoffmann, R., et al., Poison Information Centers and Poison Epidemiology USA. Hofman RS, eds. *Golfrank's Toxicologic Emergencies*, In: Golfrank LR. 2002. 1747-52(7 th edition).
132. Dictionary, O.E., Oxford, Clarendon Pres.
133. Seydaoğlu, G., Zehirlenme Epidemiyolojisi. Nobel Kitapevi, 2004. 19-38.
134. Poklins, A., *Introduction to Forensic Sciences*. 2 nd ed. Florida: CRC Forensic Toxicology, 1997.
135. Bystrycki, A. and J. Coleridge, Drug-and poison-related deaths in Victoria during 1997. *Emergency Medicine*. William and Wilkins, 2000. 303-309(12).
136. Lapatto-Reiniluoto, O., Acute poisonings: Epidemiology and gastrointestinal decontamination. Helsinki Hakapaino 2001. 1 1 - 4.
137. Kurt, I., et al., Adnan Menderes üniversitesinde izlenen zehirlenme olguları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004. 5(3)(37 - 40).
138. Roy, A. and N. Segal, Sarchiapone M. Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*, 1995. 1075–1076(152).
139. McGuffin, P., A. Marusic, and A. Farmer, What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis.*, 2001. 61–65(22).
140. Brent, D. and J. Mann, Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 2005. 13–24(133).
141. Mann, J., D. Brent, and V. Arango, The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 2001. 467-477(24).
142. Oquendo, M. and J. Mann, Neuroimaging findings in major depression, suicidal behavior and aggression. *Clin Neurosci Res*, 2001. 377-380(1).
143. Tondo, L. and R. Baldessarini, *Suicide: Causes and Clinical Management*. 2003.
144. Gulliem, E., et al., Relationship between attempted suicide, serum cholesterol level and novelty seeking in psychiatric inpatients.. *Psychiatr Res*, 2002. 83-88(112).

145. Roy, A., Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2000. 2031-2040(7).
146. Suominen, K., E. Isometsa, and H.e.a. Heila, General hospital suicides—a psychologic alautopsy study in Finland. General Hospital Psychiatry, 2002. 412–16(24).
147. Yuksel, N., İntiharın Norobiyojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2001. 5-15(4).
148. Nickel, C., et al., Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. Pediatr Int., 2006. 374-81(48): p. 4.
149. Deveci, A., A. Ermertcan, and F.v.a. Deniz, Psoriasisli Hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı.. Turkiye’de Psikiyatri, 2007. 103-7(9).
150. Ekici, G., H. Savaş, and S. Cıtak, Tamamlanmış İntiharlarda İki Onemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin Of Clinical Psychopharmacology, 2001. 168-73(11).
151. Ak, M., K. Özmenler, and A. Özşahin, İntihar girişimi ile mizaç ve karakter özellikleriarasındaki ilişkinin major depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2008. 33-41(11).
152. Holmstrand, C., A. Nimeus, and L. Traskman-Bendz, Risk Factors of future suicide in suicide attempters - a comparison between suicides and matched survivors.. Nord J Psychiatry, 2006. 162-167(60).
153. Özşahin, A., et al., İntihar girişiminde bulunanlardan anksiyete ve depresyon tanısı alanların kişilik özellikleri. GATA Bülteni, 1993. 299-308(35).
154. Coryell, W. and E. Young, Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. J Clin Psychiatry, 2005. 412-417(66).
155. Cheng, A., A. Mann, and K. Chan, Personality Disorder and Suicide. A Case Control Study. Br J Psychiatry, 1997. 441-446(170).
156. Tidemalm, D., S. Elofsson, and C. Stefansson, Predictors of Suicide in A Community-Based Cohort of Individuals with Severe Mental Disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005. 595-600(40).
157. Tel, H. and S. Uzun, İntihar girişimi ile acil sevisse başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2003. 151-158(4).

158. Bakım, B., B. Ozcelik, and O. Karamustafalıoğlu, Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları Düşünen Adam. Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2007. 38-47(20).
159. Sayıl, I. and O.E. Berksun, Depresyon ve İntihar. Psikiyatri Dünyası, 1998. 52-56(2).
160. Alper, Y., Depresyonun psikodinamiği. I Sayıl (ed): İntihar'da. İzmir,Ege Psikiyatri Yayınları 2002. 39-46.
161. Ateşci, F., et al., İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinciEksen Tanıları. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2002. 22-27(5).
162. Read, G., Trends in an adolescent and young adult parasuicide population presenting at a psychiatric emergency uni: A descriptive study. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1997. 249-269(9).
163. O, D.I., R. Farmer, and J. Catalan, Explaining suicide: The views of survivors of serious suicide attempts. British Journal of Psychiatry, 1996. 780-786(168).
164. Mitchell, A., et al., Effective communication with bereaved child survivors of suicide. J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 2006. 130-6(19): p. 3.
165. Chen, J., M. Dunne, and P. Han, Child sexual abuse in Henan province, China:associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. J Adolesc Health, 2006. 544-9(38): p. 5.
166. Kırkpınar, İ. and A. Nazan, Şizofrenide İntihar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001. 47-52(2).
167. McGirr, A. and G. Turecki, What is specific to suicide in schizophrenia disorder? Demographic,clinical and behavioural dimensions. . Schizophrenia Research, 2008. 217-24(98).
168. Nakaya, N., N. Kikuchi, and T.e.a. Shimazu, Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men:the Ohsaki Study. Alcohol 2007. 503-10(41).
169. Roy, A., Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and newfindings. Journal of Affective Disorders, 2003. 267-71(77).
170. Crombie, K., D. Pounder, and P. Dick, Who takes alcohol prior to suicide?. Journal of ClinicalForensic Medicine, 1998. 65 -68(5).
171. Roy, A., et al., Serum cholesterol, suicidal behavior and impulsivity in cocaine-dependent patients. J. Psychiatry Research., 2001. 243-47(101).

172. Eskin, M., İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme.. İntihar hastalarının tedavisi, 2003. 277-310.
173. Altındağ, A., B. Özdemir, and M. Yanık, Şanlıurfa ‘da ateşli silahla intiharlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. 240-244(6).
174. TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı. 2010. sayfa71.
175. TÜİK, İntihar İstatistikleri, 2010. sayfa3.
176. TÜİK, İntihar İstatistikleri. 2010. sayfa22.
177. TÜİK, İntihar İstatistikleri. 2010. sayfa31.
178. TÜİK, İntihar İstatistikleri. 2010. sayfa6.
179. TÜİK, Bölgesel Göstergeler. TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt 2010. sayfa13.
180. TÜİK, Bölgesel Göstergeler. TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt 2010. sayfa15.
181. TÜİK, Bölgesel Göstergeler TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt 2010. sayfa20.
182. TÜİK, Bölgesel Göstergeler. TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt, 2010. sayfa26.
183. TÜİK, Bölgesel Göstergeler TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt, 2010. sayfa38.
184. TÜİK, Bölgesel Göstergeler TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt, 2010. sayfa39.
185. TÜİK, Bölgesel Göstergeler. TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt, 2010. sayfa 40-41.
186. TÜİK, Bölgesel Göstergeler. TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt, 2010. sayfa54.
187. Ozdel, O., et al., Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. Crisis, 2009(30(2)): p. 90-3.
188. Tüzün, B., et al., Questioning the psycho-socio-cultural factors that contribute to the cases of suicide attempts: an investigation. Forensic Sci Int., 2000(113(1-3)): p. 297-301.
189. Özgüven, H., Ç. Soykan, and S. Haran, İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. Kriz Dergisi, 2003. 11:13-24.
190. Volant, E., İntiharlar Sözlüğü. Sel Yayıncılık, Turhan (çev). İstanbul 2005.
191. Arslan, M., et al., Hatay’da intihar Girişiminde Bulunan Olguların Analizi. Adli Tıp Dergisi, 2008. 22(3)(9-14).
192. Haley, M. and D.e. Capuzzi, Suicide Across the Life Span: Implications for Counselors, USA. American Counseling Association, Risk and protective factors. 2004(95-138).

193. Ericsson, N., Gender, social roles, and suicidal ideation and attempts in a general population sample. *Suicide Science: Expanding the Boundaries*. T Joiner (ed), USA. Kluwer Academic Publishers, 2000. 201-222.
194. TÜİK, İstatistiklerle Türkiye. 2011 40.
195. TÜİK, B.G., TRA1 Erzurum, Erzincan, Bayburt 2010. 77.
196. Schmidtke A, B.-B.U., et al., Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 1996(93(5)): p. 327-38.
197. TÜİK, Bölgesel istatistikler sayfa77. 2010.
198. Yanturalı, S., Acil serviste intihar düşüncesi olan hastaya yaklaşım. *Acil Tıp Dergisi*, 2000. 1(246-53).
199. Steele, M. and T. Doey, Suicidal Behaviour in Children and Adolescents. Part 1: Etiology and Risk Factors. *Can J Psychiatry*, 2007(52(6 Suppl 1)): p. 21S-33S.
200. Barr, W., M. Leitner, and J. Thomas, Self-Harm or Attempted Suicide? Do suicide notes help us decide the level of intent in those who survive? *Accident and Emergency Nursing*, 2007. 15(122-27).
201. Michel, K., et al., Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2000(35(4)): p. 156-63.
202. Altındağ, A., A. Sır, and M. Özkan, Türkiye’de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye’de Psikiyatri*, 2001. 79-86.(2).
203. Aşırdizer, M., et al., Analyses of suicidal deaths with shotguns in İstanbul, 1998-2007. *UlusTravma Acil Cerrahi Derg.*, 2010. 16 (1)(47-53).
204. Demirci, Ş., et al., Av Tüfeği ile Ölümler Çevrimiçi Tematik Türkoloji Dergisi. *Online Thematic Journal of Turkic Studies*, 2009. 1 (1)(206-212).
205. X-Selvi, Y., L. Beşiroğlu, and A. Aydın, Kronobiyoloji ve Duygudurum Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011. 3(3)(368-386).
206. Foster, T., et al., Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland.. *Br J Psychiatry*. 1999(175): p. (175-179).

207. Altindag, A., M. Özkan, and R. Oto, Suicide in Batman, Southeastern Turkey. *Suicide Life Threat Behav*, 2005(35(4)): p. 478-82.
208. Emet, M., et al., Main Differences In Childhood And Adult Oral Exposures. *Bratisl Lek Listy*,.
209. Harwood, D., et al., Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000(15): p. 736 -743.
210. Caldera, T., et al., Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. *Scand J Public Health*, 2004(32(5)): p. 349-55.
211. Dieserud, G., M. Loeb, and O. Ekeberg, Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide.. *Suicide Life Threat Behav.*, 2000(30(1)): p. 61-73.
212. Rotheram-Borus, M., J.U. Walker, and W. Ferns, Suicidal behavior among middle-class adolescents who seek crisis services. *J Clin Psychol.*, 1996(52(2)): p. 137-43.
213. Doshi, A., et al., National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Jr. Ann Emerg Med.*, 2005(46(4)): p. 369-75.
214. Johnson, G., E. Krug, and L. Potter, Suicide among adolescents and young adults: a cross-national comparison of 34 countries.. *Suicide Life Threat Behav*, 2000(30(1)): p. 74-82.
215. Öztürk, O., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.. Nobel Tıp Kitabevi*, 2001. Sekizinci baskı, Ankara.
216. AMATEM, amatem.org, 2004-2009 Bağımlılık istatistikleri.
217. Hastahanesi, N., *alkol ve madde bağımlılığı(kitapçık)*.
218. TÜİK, *Türkiye İstatistik Yıllığı*. 2010: p. 115.
219. Kasper, S., S. Schindler, and A. Neumister, Risk of suicide in depression and its implication for psychopharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol*, 1996. 11(71-79).
220. Tuovinen, K., organophosphat - induced convulsions and prevention of neuropathological damages *Toxicology*. 2004. 196(31-39).

221. Jaga, K. and C. Dharmani, The interrelation between organophosphate toxicity and the epidemiology of depression and suicide. *Rev Environ Health*, 2007. 22(57-73).
222. Dharmani, C. and K. Jaga, Epidemiology of acute organophosphate poisoning in hospital emergency room patients.. *Rev Environ Health*, 2005. 20(215-32).
223. Rusyniak, D. and K. Nanagas, Organophosphate poisoning.. *Semin Neurol*, 2004. 197-204(24).
224. Munidasa, U.A., et al., Survival pattern in patients with acute organophosphate poisoning receiving intensive care. *J Toxicol Clin Toxicol* 2004. 343-7(42).
225. Pagura, J., et al., Factors associated with multiple versus single episode suicide attempts in the 1990-1992 and 2001-2003 United States National Comorbidity Surveys. *J Nerv Ment Dis*, 2008. 196(806-813).
226. Bryan, C., et al., Hypomanic symptoms among first-time suicide attempters predict future multiple attempt status. *J Clin Psychol*, 2008. 64(519-530.).
227. Wong, J., et al., Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Soc Sci Med*, 2008. 66(232-241).
228. Masango, S., S. Rataemane, and A. Motojesi, Suicide and suicide risk factors: a literature review. *SA Fam Pract* 2008. 50(25-28).
229. Christiansen, E. and B. Jensen, Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2007(41): p. 257-265.
230. Retamal, P. and D. Humphreys, Occurrence of suicide and seasonal variation. *Rev Saude Publica*, 1998. 32(5)(408-12).
231. Söğüt, Ö., et al., Türkiye'nin Güneydoğusunda, Şanlıurfa ve Çevresinde Özkıyım Girişimlerinin Değerlendirilmesi. *JAEM*, 2011. 8-13.
232. Chin, M.A., R. Touquet, and T. Burns, Contact of parasuicide patients with the accident and emergency department. *Arch Emerg Med*, 1986. 3(3): p. 177-82.
233. Bilen, K., et al., Deliberate self-harm patients in the emergency department: factors associated with repeated self-harm among 1524 patients. *Emerg Med J*, 2011. 28(12): p. 1019-25.

234. Tournier, M., et al., Factors associated with choice of psychotropic drugs used for intentional drug overdose. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2009. 259(2): p. 86-91.
235. Cook, R., R. Allcock, and M. Johnston, Self-poisoning: current trends and practice in a U.K. teaching hospital. *Clin Med*, 2008. 8(1): p. 37-40.
236. Corcoran, P., E. Arensman, and I.J. Perry, The area-level association between hospital-treated deliberate self-harm, deprivation and social fragmentation in Ireland. *J Epidemiol Community Health*, 2007. 61(12): p. 1050-5.
237. Newman, S.C. and R.C. Bland, Case-control study of unemployment and parasuicide. *Compr Psychiatry*, 2007. 48(6): p. 511-5.
238. Tournier, M., et al., Accuracy of information on substance use recorded in medical charts of patients with intentional drug overdose. *Psychiatry Res*, 2007. 152(1): p. 73-9.
239. Li, Y.M., Deliberate self-harm and relationship to alcohol use at an emergency department in eastern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*, 2007. 23(5): p. 247-53.
240. Matsika, M.D., et al., Comparison of patient questionnaires and plasma assays in intentional drug overdoses. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, 2004. 95(1): p. 31-7.
241. Kapur, N., et al., Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004. 26(1): p. 36-41.
242. Hickey, L., et al., Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res*, 2001. 50(2): p. 87-93.
243. Blenkiron, P., A. House, and D. Milnes, The timing of acts of deliberate self-harm: is there any relation with suicidal intent, mental disorder or psychiatric management? *J Psychosom Res*, 2000. 49(1): p. 3-6.

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİ İLE YAPILAN BAŞVURULARIN
DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ**

Dr. Sultan Tuna AKGÖL GÜR

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 24.09.2007

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 07.05.2012

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 07.05.2012

Tez Danışmanı

: Yrd.Doç. Dr. Ayhan AKÖZ

Jüri üyesi

: Doç. Dr. Şahin ASLAN

Jüri üyesi

: Prof. Dr. Abdulmecit KANTARCI

Jüri üyesi

: Doç. Dr. Zeynep ÇAKIR

Jüri üyesi

: Doç. Dr. Mücahit EMET

Jüri üyesi

: Yrd.Doç. Dr. Ayhan AKÖZ

Doç.Dr. Şahin ASLAN
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı



Mayıs - 2012
ERZURUM