



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**S.B.Ü. İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ACİL SERVİSİ'NE
BAŞVURAN ÖZKİYİM VAKALARININ SOSYOKÜLTÜREL VE
DEMOGRAFİK AÇIDAN PROSPEKTİF OLARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gök​alp Cengiz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2024



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ**

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**S.B.Ü. İSTANBUL KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ACİL SERVİSİ'NE
BAŞVURAN ÖZKIYIM VAKALARININ SOSYOKÜLTÜREL VE
DEMOGRAFİK AÇIDAN PROSPEKTİF OLARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gökarp Cengiz

Tez Danışmanı: Başasistan Uzm. Dr. Yakup Yeşil

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2024

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Dr. Gökalp Cengiz

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince her zaman bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez danışmanım sayın Başasistan Uzm. Dr. Yakup Yeşil'e,

Eğitimim ve çalışmama ilgi ve katkıları ile destek olan, uzmanlık eğitim sürecinde beraber olduğum saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarımıza, asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım uzman hekim olmuş arkadaşlarım da dahil olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan mutlu olduğum tüm hemşire, sağlık memuru, sekreter ve personel arkadaşlarıma,

Bu zorlu süreçte anlayış göstererek her türlü desteği sağlayan değerli ve sevgili eşime, varlığıyla hayatıma anlam katan kızıma, hiçbir fedakârlığı esirgemeyerek her zaman yanımda yer alan saygıdeğer anneme, babama ve ablama teşekkür ederim.

Dr. Gökalp Cengiz

ÖZET

Amaç: Özkıyım önemli bir halk sağlığı sorunudur. Toplum yapısını olumsuz yönde etkilemesinin yanında küresel olarak ciddi bir ölüm nedenidir. Adölesan dönemdeki bireylerde özkıyım sıklığı giderek artmaktadır. Özkıyım sebeplerinin multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız özkıyım girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, klinik, psikososyal özelliklerin standardize ölçekler de kullanılarak değerlendirildiği tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamızda özkıyım düşüncesine sebep olabilecek faktörlerin incelemesi ve bu faktörlerle başa çıkma yollarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servise özkıyım nedeniyle başvuran 101 hasta prospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, ailede kaç kardeş olduğu, hastanın içtiği ilaçlar, ilaç içme saati, hastaneye başvuru süreleri, hastanın öğrenci olup olmadığı, öğrenci ise devlet okulu veya özel okulda okudukları, anne ve baba eğitim durumu, anne babanın boşanmış veya birlikte olması, ailenin toplam aylık geliri, 114 önerisiyle takip süreleri, aktif kömür ve gastrik lavaj uygulanıp uygulanmama durumu, yoğun bakım gereksinimi olup olmadığı, bilinen hastalık varlığı, hastanın semptomu olup olmadığı, fizik muayenede özellik varlığı, tetkiklerinde patoloji varlığı, kendine zarar verme nedeni, tekrarlayan özkıyım düşüncesi varlığı, daha önce özkıyım girişimi varlığı, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı, ailede özkıyım öyküsü, hastada yeme bozukluğu varlığı, hastada sigara alkol kullanımı, ailede sigara alkol kullanımı hastalara yöneltilen sorular ile araştırıldı. Ayrıca Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği ile hastaların kendine zarar verme düşüncesinin boyutu, Aile Değerlendirme Ölçeği ile aile ile iletişimleri, Ergenler İçin Arkadaşa Bağlanma Ölçeği ile olguların arkadaşları ile iletişimleri sorgulandı.

Bulgular: Çalışmamızda olguların yaşları 14 ile 18 arasında değişmekte olup ortalama $15,5 \pm 1,3$ yıl olan toplam 101 olgu dahil edilmiştir. Olguların %17,8'i (n=18) erkek, %82,2'si (n=83) kızdır. Olguların tamamı ilaç içerek özkıyım girişimi ile başvurdu. En sık analjezik antipiretik aldıkları görüldü. Hastaların %55,4 (n=56)'üne gastrik lavaj ve aktif kömür uygulandı. Olguların daha çok 16.00-00.00 arasında

özkıyım girişiminde bulunduğu görüldü. Hastaların %7,9 (n=8)'unda takipleri süresinde yoğun bakım ihtiyacı oldu. Hastaların daha çok içsel duygudurum bozukluğu (%30,7) ve aile içi problemler (%27,7) nedeniyle özkıyım girişiminde bulundukları görüldü. Hastaların aileleri ile iletişiminin kötü olması, sigara alkol kullanmaları, ailede sigara alkol kullanılması, hastada yeme bozukluğu olması, otoriter aile yapısına sahip olmak, anne babanın boşanmış olma durumu, daha önce ilaç içme girişiminde bulunmak özkıyım girişimini ve kendine zarar verme düşüncesini artırdığı saptandı.

Sonuç: Özkıyım düşüncesinin önüne geçilmesinde ebeveynlerin büyük sorumluluğu vardır. Ailelerin çocuklarıyla iyi bir iletişim kurup iyi eğitim vermeleri durumunda özkıyım girişimlerinin büyük bir kısmının önüne geçilebileceği düşüncesindeyiz. Özkıyım nedeniyle ölümlerin azaltılmasında hekimlerin de önemli görevleri vardır. Özkıyıma sebep olabilecek riskli durumları belirlemek, bu riskli durumları azaltmak yönünde hastaları ve aileleri doğru yönlendirmek, özkıyım girişiminin bir çözüm olmayacağını anlatmak hekimin görevleri arasındadır. Bu sebeple hekim, aile ve ergen arasındaki doğru iletişim çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Özkıyım, ergen, aile, arkadaş, ilaç

Prospective Evaluation of Socio-Cultural And Demographic Personality Of Suicide Cases Who Applied To The Child Emergency Department Of Istanbul Kanuni Sultan Sultan Suleyman Education And Research Hospital

SUMMARY

Purpose: Suicide is a significant public health issue. In addition to having a negative impact on social structure, it is a serious cause of death worldwide. The frequency of suicide is increasing among adolescents. The causes of suicide are thought to be multifactorial. The sociodemographic, clinical, and psychological traits of teenagers who attempted suicide were assessed using standardized measures in our descriptive cross-sectional study. Our study aimed to explore the factors that may contribute to thoughts of suicide and to develop strategies for dealing with these issues.

Materials and Methods: In our study, 101 patients who applied to the pediatric emergency department of Kanuni Sultan Süleyman Training and Research Hospital due to suicide were prospectively evaluated. Patients' age, gender, number of siblings in the family, medications that the patient has been using, time of medication intake, duration of hospital admission, follow-up periods with 114 suggestions, whether activated charcoal and gastric lavage were used or not, whether intensive care is needed, whether the patient is a student or not, if the patient is a student whether the patient attends a public school or a private school, presence of a known disease, level of education of parents, whether the parents are divorced or together, whether the patient has symptoms, a feature's existence during the physical examination, presence of any pathology in the examinations, the cause of self-harm, presence of ongoing suicidal thoughts, previous suicide attempt, presence of an attempt, presence of a psychiatric disorder in the family, suicide in the family's past, presence of an eating disorder in the patient, the patient's usage of alcohol and cigarettes, cigarette and alcohol use in the family, and total monthly earnings of the family were investigated through questions asked to the patients. Furthermore, the degree of the patients' suicidal ideation was questioned using the Beck Suicidal Ideation Scale, their communication with the family was examined

with the Family Assessment Scale, and the patients' communication with their friends was questioned using the Friend Attachment Scale for Adolescents.

Results: The age range of the patients in our study was 14–18 years, and a total of 101 cases were included, with an average age of 15.5 ± 1.3 years. Men made up 17.8% (n=18) of the cases, while women made up 82.2% (n=83). Every case involved an attempt at suicide via medicine. It was noted that they tended to take analgesic antipyretics the most frequently. Gastric lavage and activated charcoal were administered to 55.4% (n=56) of the patients. It was noted that the cases attempted suicide mostly between the hours of 16.00 and 00.00. 7.9% (n=8) of the patients needed intensive care during their follow-up. It was observed that patients attempted suicide primarily as a result of internal mood disorders(30.7%) and family issues(%27.7). It was found that patients' poor communication with their families, smoking and alcohol consumption, smoking and alcohol consumption within the family, the patient having an eating disorder, having an authoritarian family structure, parents being divorced, and having attempted to take medication before increased the risk of suicide attempts and thoughts of self-harm.

Conclusion: Families have an essential responsibility in preventing suicidal thoughts. We believe that most suicide attempts can be avoided if families communicate well with their kids and provide them a solid education. Physicians also have an vital role in decreasing deaths caused by suicide. It is among the duties of the physician to identify risky situations that might result in suicide, to guide patients and families correctly to lessen these risky situations, and to emphasize that suicide attempts will not be a solution. Therefore, correct communication between the physician, family and adolescent is very important.

Key Words: Suicide, adolescent, family, friend, drug

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİL DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İNTİHAR	2
2.2. İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.3. İNTİHARIN TANI KRİTERLERİ.....	6
2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA İNTİHAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİ.....	7
2.5. İNTİHAR YÖNTEMLERİ.....	9
2.6. İNTİHARDA RİSK FAKTÖRLERİ	11
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	15
3.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ	15
3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ	15
3.3. ÇALIŞMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ.....	16
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	16
3.5. ETİK ONAM	18
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	35
5.1. SINIR VE KISITLAMALAR.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
7. KAYNAKLAR.....	49

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (The American Psychiatric Association)

CDC: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri

DSM-5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

İDB: İntihar davranış bozukluğu:

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UZEM: Ulusal Zehir Danışma Merkezi

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

BİDÖ: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

EİABÖ: Ergenler İçin Arkadaşa Bağlanma Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ergenlerde özkıyım için yüksek risk faktörleri (44).....	12
Tablo 2. Acil servis veya kriz merkezinde çocuk veya ergen özkıyım girişimcilerinin değerlendirilmesi için kontrol listesi	13
Tablo 3. Olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri	20
Tablo 4. Olguların annelerinin eğitim düzeyleri	21
Tablo 5. Olguların babalarının eğitim düzeyleri	21
Tablo 6. Olguların mevcut olan kronik hastalıkları.....	22
Tablo 7. Özkıyım girişiminde alınan ilaç türleri	22
Tablo 8. Özkıyım amaçlı alınan ilaçların alım saatleri.....	23
Tablo 9. Olguların ilk fizik muayene bulguları	23
Tablo 10. Tetkiklerin değerlendirilmesi.....	24
Tablo 11. Hastalarda Semptom varlığı	24
Tablo 12. Hastalarda sigara, alkol kullanımı.....	25
Tablo 13. Hastaların ailelerinde sigara, alkol kullanımı.....	25
Tablo 14. Ailede psikiyatrik bozukluk varlığı	25
Tablo 15. Aile stili dağılım tablosu.....	26
Tablo 16. Özkıyım girişiminde bulunanların kendine zarar verme nedenleri	26
Tablo 17. Beck intihar düşüncesi skorları.....	27
Tablo 18. Aile içi iletişimin değerlendirilmesi.....	27
Tablo 19. Özkıyım girişiminde bulunanların arkadaşlarıyla iletişimlerinin puanlanması	27
Tablo 20. Tekrarlayan özkıyım düşüncesi varlığı ile daha önce özkıyım girişimi varlığının kıyaslanması.....	28
Tablo 21. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile ile iletişiminin puanlanmasının kıyaslanması ..	28
Tablo 22. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile arkadaş ile iletişiminin puanlanmasının kıyaslanması	29
Tablo 23. Aile stili ile kendine zarar verme nedenlerinin kıyaslanması.....	29
Tablo 24. Aile stili ile kendine zarar verme düşüncesinin boyutunun kıyaslanması	30
Tablo 25. Hastada sigara, alkol kullanımı ile ailede sigara, alkol kullanımının kıyaslanması	30
Tablo 26. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile kendine neden zarar vermek istemiş kıyaslanması	31
Tablo 27. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile anne,babanın boşanmış veya birlikte olmasının kıyaslanması.....	31
Tablo 28. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile daha önce ilaç içme girişiminin kıyaslanması.....	32
Tablo 29. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada yeme bozukluğunun kıyaslanması.....	32
Tablo 30. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada sigara,alkol kullanımının kıyaslanması.....	32
Tablo 31. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile ailede sigara,alkol kullanımının kıyaslanması.....	33
Tablo 32. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile ailenin toplam aylık gelirinin kıyaslanması.....	33
Tablo 33. Hastaların taburculuk sonrası takipleri.....	34

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil tablosu ögesi bulunamadı.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar (özkıym, suıid), kişinin hayatını bilerek ve isteyerek sonlandırmak istemesidir. Nedeni tam olarak anlaşılamamış olan özkıym davranışının nedenlerinin multifaktoriyel olabileceği düşünülmektedir (1). Ciddi bir küresel halk sağlığı sorunu olan özkıym nedeniyle, dünyada her yıl 703.000 kişi hayatını kaybetmektedir (2). Özkıym, dünya genelindeki ilk on ölüm nedeni arasında sayılmaktadır (1). Sıtma, HIV/AIDS, meme kanseri veya savaş ve cinayetten daha fazla ölüm özkıym nedeniyle gerçekleşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2019 yılındaki ölümlerin %1,3'ü özkıym sonucu gerçekleşmiştir (2).

Özkıym, 15 yaşından önce nadirdir ancak ergenlik döneminde ve yetişkinlikte yaygınlığı artmaktadır (3). DSÖ verilerine göre özkıym, 15-29 yaş arası gençlerde her iki cinsiyet için de trafik kazası, tüberküloz ve kişiler arası şiddetten sonra dördüncü önde gelen ölüm nedeni iken, 15-19 yaş arası ergenlerde dördüncü önde gelen ölüm nedenidir (2). Özkıym, ölümcül olmayan kendine zarar verme vakalarına kıyasla ergenlerde nadir görülse de, her zaman trajik sonuçlanabileceği için gençlerde özkıymın önlenmesi, özkıymı önlemeye yönelik ulusal stratejilerin odak noktasıdır (3).

Ülkemizde zehirlenmeler nedeni ile başvurular her yaş grubunda olduğu gibi çocukluk yaş grubunda da acil servislere başvurunun önemli bir sebebidir. Çocukluk yaş grubunda hastanelere özkıym nedeni ile başvuran zehirlenme vakaları önemli bir yer teşkil etmektedir ve erişkin yaş gruplarına göre daha ölümcül seyretmektedir. Araştırmamızın amacı hastanemiz çocuk acil servisine özkıym nedeni ile başvuran olguların klinik özellikleri, uygulanan tedavi ve sonuçları ile birlikte sosyokültürel ve demografik açıdan değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNTİHAR

Latince özkıyım karşılık gelen 'suicidium' kelimesi, 'suus' (kendi) ve 'caedere' (öldürmek) kelimelerinden gelmektedir (4). İngilizcede özkıyımın adı olan 'suicide' kelimesi, Sir Thomas Browne tarafından tasarlandığı ve ilk olarak 1643 yılında Religio Medici adlı kitabında yayınlandığı görülmüştür (5). Arapça'da bir hayvanı kesmek, boğazlamak anlamındaki 'nahr' kökünden gelen ve Türkçede ilk kez Tanzimat döneminde kişinin kendini katletmesi anlamında kullanılan özkıyım sözcüğü, Türk Dil Kurumu sözlüğünde "kişinin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi" olarak tanımlamaktadır (4, 6). Yapılan Türkçe çalışmalarda, "intihar" kelimesi yerine "özkıyım" kelimesinin de kullanıldığı görülebilmektedir (7).

İnsanın kendini bilerek ve isteyerek yok etmesi olan özkıyım ile ilgili bu alanda ilk yayın ve ilk kapsamlı bilimsel çalışma olarak kabul edilen ve 1897'de Fransız sosyolog Émile Durkheim tarafından yayınlanan 'Le suicide: Étude de sociologie' isimli çalışmadır. Durkheim bu çalışmada, sunmuş olduğu istatistiksel bilgilerden kendini öldürmenin bireysel nedenlerden çok toplumsal sebeplerden dolayı ortaya çıktığı sonucunu çıkarmaktadır (8).

Belirsiz veya tutarsız terim ve tanımların kullanılması özkıyım araştırmaları ve teorisinde ilerleme kaydedilmesini engellemiştir. Örneğin, bazıları özkıyım davranışı terimini, düşünceleri planlardan, ölümcül olmayan girişimlerden ve ölümle sonuçlanan girişimlerden ayırmak için ek adımlar atmadan herhangi bir özkıyım düşüncesi veya eylemini kapsayan genel bir terim olarak kullanmaktadır. Benzer şekilde, bazıları kendine zarar verme terimini ölme niyeti olmaksızın kasıtlı kendine zarar verme (yani, yüzeysel deri kesme gibi özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları) anlamında kullanırken, diğerleri bu terimi ölme niyetinden bağımsız olarak tüm kasıtlı kendine zarar verme davranışlarını kapsayacak şekilde kullanmaktadır. Özkıyım eğilimi ve kendine zarar vermenin bu farklı yönleri çok farklı yaygınlık oranlarına, işlevlere, klinik korelasyonlara ve sonuçlara sahip olabileceğinden, tanım ve terminoloji kullanımımızda kesin olmak kritik önem taşımaktadır (9).

Özkıyım ve ilişkili kullanılan terimler (10):

- Özkıyım; kişinin ölmeyi amaçladığına dair kanıtların (açık ya da örtülü) bulunduğu kendi kendini yaralayan, ölüme sebep olabilecek durum.

- Özkıyım girişimi; kişinin ölmeyi amaçladığına dair kanıtın (açık veya örtülü) eşlik ettiği ölümcül olmayan bir sonucu olan kendine zarar verme davranışı.

- İptal edilmiş özkıyım girişimi; kişinin ölmeyi amaçladığına dair kanıtlar (açık veya örtük) içeren potansiyel olarak kendine zarar verici davranış, ancak fiziksel hasar meydana gelmeden önce girişimi durdurmuştur.

- Özkıyım düşüncesi; kişinin kendi ölümünün aracısı olarak hizmet etme düşüncesi. Özkıyım düşüncesi, özkıyım planlarının özgüllüğüne ve özkıyım niyetinin derecesine bağlı olarak ciddiyet açısından değişiklik gösterebilir.

- Özkıyım niyeti; kişinin kendi ölümünün aracısı olarak hizmet etme düşünceleri. Özkıyım düşüncesinin ciddiyeti, özkıyım planlarının özgüllüğüne ve özkıyım niyetinin derecesine bağlı olarak değişebilir.

- Özkıyım davranışının ölümcüllüğü; bir özkıyım yöntemi veya eylemiyle bağlantılı olarak hayata yönelik nesnel tehlike. Ölümcüllüğün, bireyin tıbbi açıdan tehlikeli olduğuna dair beklentisinden farklı olduğunu ve her zaman bu beklentiyle örtüşmeyebileceği unutmamalıdır.

- Kasıtlı kendine zarar verme; ölme niyeti olmadan kasıtlı olarak acı verici, yıkıcı veya yaralayıcı eylemlerde bulunmak.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından sağlanan tanımlara göre, özkıyım amaçlı kendine yönelik şiddet ile belirsiz veya özkıyım amaçlı olmayan kendine yönelik şiddetten ayırt edilmektedir (11). Özkıyım, davranış sonucunda ölme niyetiyle kendine zarar veren bir davranışın neden olduğu ölüm olarak; özkıyım girişimi, davranış yaralanmayla sonuçlanmasa bile davranış sonucunda ölme niyetiyle ölümcül, kendine zarar veren, potansiyel olarak yaralayıcı bir davranış olarak; özkıyım düşüncesi ise özkıyım düşünme, tasarlama veya planlama olarak tanımlanmaktadır. Tamamlanmış özkıyım, başarısız girişim, ölümcül olmayan özkıyım, başarılı özkıyım, özkıyım jesti ve özkıyım tehdidi terimleri aşığılayıcı veya yanıltıcı olarak değerlendirilmekte ve parasuicid terimi aşırı geniş ve

muğlak olarak kabul edilmekte ve bu nedenle CDC tarafından kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (9, 11).

Özkıyım davranışlarını açıklamak kolay değildir. Asla tek bir faktörün veya olayın sonucu değildirler. Bireyleri özkıyıma sürükleyen faktörler çok sayıda ve karmaşıktır. Özkıyım davranışını anlamaya çalışırken sağlık, zihinsel sağlık, stresli yaşam olayları ve sosyal ve kültürel faktörlerin dikkate alınması gerekir (12).

Amerikan Psikiyatri Birliği (The American Psychiatric Association; APA) de Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM-5) beşinci baskısının yayınlanmasıyla birlikte önemli bir tanımlama sorununu ele almıştır. DSM-5'in III. bölümü, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme ve intihar davranış bozukluğunu (İDB) "daha fazla çalışma yapılması gereken durumlar" olarak içermektedir (13). Özkıyım davranışını tanımlayacak birçok terim literatürde tartışılmakta ve kullanımda yer almaktadır: özkıyım, özkıyım girişimi, tamamlanmamış özkıyım girişimi, özkıyım düşüncesi, özkıyım niyeti, özkıyım davranışının ölümcüllüğü ve kasıtlı olarak kendine zarar verme (14).

Tamamlanmış özkıyım; birey içindeki saldırganlık içgüdülerinin etkisi ile ölümün aranması ve özkıyım eyleminin ölümle sonuçlanmasıdır. Özkıyım girişimi; yaşamı tehdit edici olan ve bireyin kendisine yönelen her hareketi kapsayan özkıyım girişimlerinin en önemli farkı ölümle sonuçlanmamasıdır. Fakat, özkıyım girişimlerinin %25'inin tekrarlandığı ve tekrarlayan özkıyım girişimlerinin %30'u ölümle sonuçlandığı görülmektedir. Özkıyım fikri ise bireyin yaşamına son vermek için çeşitli girişimlerde bulunacağına dair ipuçları vermektedir. Tıbbi görüşlere göre özkıyım bir hastalık değil, farklı hastalıklarda ortaya çıkabilen bir semptomdur. Özkıyım, karşılanmamış ihtiyaçlarla, umutsuzluk ve çaresizlik hisleriyle, yaşam ve karşı karşıya kalınan stres arasındaki çatışma veya ambivalansla, kişinin kendi çıkış yollarını tükenmiş olarak algılamasıyla ve kaçış düşüncesiyle ilgili görünmektedir (15).

Kendine zarar verme davranışının klinik olarak özkıyım niyetinden oldukça farklı olduğu ileri sürülmüştür. Favazza, kendine zarar verme davranışının özkıyıma karşıt, hastalıklı bir kendine yardım biçimi olduğunu ileri sürmüştür (16). Milligan ve ark., kendine zarar vermenin işlevinin bireylerin tahammül edilemez olumsuz duyguları azaltmasına veya engellemesine izin vermek olduğunu savunmuştur (17).

Farklı araştırmacılar, özkıyımı farklı şekilde tanımlamış ve yorumlamışlardır. Özkıyım, Freud'a göre ölüm içgüdüsünün etkinlik kazanarak kişinin kendi üzerine çevrilmesi; Yörükoğlu'na göre çaresiz kalan kişinin sorunlarından ümitsiz bir kaçışı; Herpertz'e göre tolere edilemeyen gerilimden kurtulma isteği; Ziyalar'a göre kişinin kendine yönelttiği şiddetli bir saldırganlık hali olarak tanımlanmıştır (15, 18).

2.2. İNTİHARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Özkıyım, aileleri, toplumları ve tüm ülkeleri etkileyen bir halk sağlığı sorunudur ve günümüzde yaklaşık her 40 saniyede bir kişi özkıyım sonucu ölmektedir (19). Günümüzde bir ölüm nedeni olarak özkıyım, hem cinayet hem de savaşa bağlı ölümleri aşmaktadır (20). Gelişmiş ülkelerde ölümlerin ilk on sebebinden birini özkıyımlar olarak göstermektedir (1). DSÖ verilerine göre, 2014 yılında yaklaşık 800.000 kişi özkıyım sonucu hayatını kaybederken, 2019 yılında tahminen 703.000 kişi özkıyım sonucu hayatını kaybetmiştir (2, 19). DSÖ'nün 2019 yılı raporuna göre, küresel özkıyım oranı 2019 yılı için 100.000 nüfus başına 9,0 iken oranlar ülkeler arasında 2-80/100.000'e kadar değişiklik göstermiştir. Afrika (100.000'de 11,2), Avrupa (100.000'de 10,5) ve Güneydoğu Asya (100.000'de 10,2) bölgelerindeki özkıyım oranları 2019 yılında küresel ortalamadan (100.000'de 9,0) daha yüksektir. En düşük özkıyım oranı Doğu Akdeniz bölgesindeydi (100.000'de 6,4). Küresel özkıyım oranı erkeklerde (100.000'de 12,6) kadınlardan (100.000'de 5,4) daha yüksektir ve özkıyım oranı erkeklerde kadınlardan 2,3 kat daha yüksektir (2). Hemen hemen tüm ülkelerde, her iki cinsiyette de özkıyım riski yaşla birlikte artmaktadır ve yaşlı yetişkinlik dönemindeki erkeklerde oranlar genellikle kadınlara göre daha yüksektir. Bunun bir istisnası, kadınların özkıyım oranının erkeklerden çok daha fazla olduğu Çin'dir. Amerika Birleşik Devletleri'nde özkıyım nedeniyle ölüm erkeklerde kadınlara göre daha sık görülür; erkeklerde özkıyım oranı kadınlara göre yaklaşık dört kat daha fazladır (10).

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre ölümle sonuçlanan özkıyım sayısı 2000 yılında 1802 iken 2022 yılında 4146 kişi oldu. Ülkemizde 2022 yılında özkıyımların %75'ini erkekler oluşturdu. Ülkemizde kaba özkıyım hızı TÜİK verilerine göre, 2000 yılında yüz binde 2,80 iken 2022 yılında 4,88'e yükselmiştir (21). DSÖ verilerine göre, yüksek gelirli ülkelerde erkek : kadın özkıyım oranları 3'ün biraz

üzerindeyken, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha düşüktür. Küresel olarak, özkıyım sonucu ölümlerin çoğunluğu dünya nüfusunun çoğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde (%77) gözlenmiştir. Küresel özkıyımların yarısından fazlası (%58) 50 yaşından önce gerçekleşmiştir. Özkıyım sonucu ölen ergenlerin çoğu (%88), düşük ve orta gelirli ülkelerdendir. 2000-2019 yılları arasındaki 20 yılda, küresel özkıyım oranı %36 oranında azalmış olup, bu azalma Doğu Akdeniz Bölgesi'nde %17'den Avrupa Bölgesi'nde %47'ye ve Batı Pasifik Bölgesi'nde %49'a kadar değişmektedir. Özkıyım oranlarındaki tek artış, aynı zaman diliminde %17'ye ulaşan Amerika Bölgesi'nde gerçekleşmiştir (2). Bununla birlikte, özkıyım girişimleri özkıyımdan yaklaşık 10-20 kat daha yaygındır (1, 10).

OECD ülkeleri incelendiğinde erkek özkıyımlarının en çok yaşandığı ülkelerin Litvanya, Letonya ve Macaristan olduğu saptanmıştır. Erkek özkıyım oranlarının en düşük olduğu ülkeler ise Yunanistan ve Türkiye'dir. OECD ülkelerinde kadın özkıyım oranları incelendiğinde en çok kadın özkıyımlarının görüldüğü ülkelerin Kore, Litvanya ve Japonya olduğu gözlenmektedir. En düşük kadın özkıyım oranına sahip ülkenin ise Meksika olduğu görülmüştür. OECD ülkelerinde kadın özkıyım oranlarının, erkeklere oranla çok daha düşük seviyelerde olduğu görülmektedir (22).

2.3. İNTİHARIN TANI KRİTERLERİ

Özkıyım, ruh sağlığı klinisyenleri ve araştırmacılarının karşılaştığı en büyük zorluklardan biri olmaya devam etmektedir ve bu sorun, küresel özkıyım oranındaki artış eğilimleriyle daha da kötüleşmektedir. İDB, DSM-5'te daha fazla değerlendirilmek ve tanı sistemine potansiyel olarak kabul edilmek üzere bir bozukluk olarak tanıtılmıştır (23).

İDB, DSM-5'in Bölüm III'üne dahil edilen ve üzerinde daha fazla çalışma yapılması gereken sekiz durumdan biridir. Şu anda önerildiği şekliyle, İDB tanısı için bir bireyin aşağıdaki beş tanı kriterinin beşini de karşılaması gerekmektedir (13):

A. Son 24 ay içinde birey, bir özkıyım girişiminde bulunmuştur.

B.Eylem, özkıyım amaçlı olmayan kendini yaralama kriterlerini karşılamamaktadır.

C. Tanı, özkıyım düşüncesine veya hazırlayıcı eylemlere uygulanmaz.

D. Eylem, deliryum veya konfüzyon durumu esnasında gerçekleşmemiştir.

E. Eylem yalnızca siyasi veya dini bir amaç için gerçekleştirilmemiştir.

Önerilen tanı iki belirteç içermektedir: "güncel" (en son girişimin üzerinden 12 aydan fazla geçmemiş) ve "erken remisyonunda" (en son girişimin üzerinden 12-24 ay geçmiş). Kriterler ayrıca "özkıyım girişimini" açıkça "başlangıç anında, eylemler dizisinin kendi ölümüne yol açacağını bekleyen bir birey tarafından kendi kendine başlatılan bir dizi davranış" olarak tanımlamaktadır (13, 23).

Son 20 yılda kişilerin özkıyım riskini değerlendirdiğini iddia eden pek çok ölçme aracı geliştirilmiştir. Özkıyım alanında yapılan araştırmaların artması sonucunda bu ölçme araçlarının tanımlanmasının ve değerlendirilmesinin gerekliliği ortaya çıkarken, ülkemizde de bu alanda geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış olan ölçekler bulunmaktadır (24, 25).

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞINDA İNTİHAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİ

Özkıyım oranları yaşa göre önemli ölçüde farklılık gösterir. Ayrıca, yaşa bağlı psikososyal stres faktörleri ve ailevi veya gelişimsel sorunlar da özkıyım riskini etkileyebilir. Ancak bu genel rakamlar yanıltıcı olabilir çünkü özkıyım oranlarının yaş dağılımı cinsiyetin yanı sıra ırk ve etnik kökene göre de değişmektedir. Birçok yaş grubundaki özkıyım oranları son 50 yılda nispeten sabit kalırken, ergenler ve genç yetişkinler arasındaki oran dramatik bir şekilde artmış, yaşlılar arasındaki oran ise azalmıştır. Çocuk ve ergenlerde özkıyım girişimlerinin ve epidemilerinin ortaya çıkması, özkıyım konusunda birtakım çalışmalar ve düzenlemeler yapılmasını gerekli kılmıştır. Özkıyım, 14-25 yaş grubu arasında, 1950'lerdekinin üç katına ulaşan oranlarla, şu anda önde gelen üçüncü ölüm nedenidir (10).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1960'lı yıllardan bu yana intihar eden ileri yaştaki erkek ergenlerin sayısında üç kat artış görülürken, kız ergenlerde bu oran sabit kalmıştır. ABD'li erkekler arasında ergenlik çağındaki özkıyım davranışındaki artış, ateşli silahların bulunabilirliğindeki artışa ve madde bağımlılığındaki gözlenen artışa bağlanmıştır. Bununla birlikte, bazı batı ülkelerinde ergen özkıyım oranlarında düşüş bildirilmiştir. Gençler, artan psikososyal bozukluklar, özkıyım davranışı, depresyon, alkol ve madde bağımlılığı oranları ile birlikte görülmesi gereken özkıyım girişimleri ve

aynı zamanda başarılı özkıyım istatistiklerine giderek daha fazla dahil olmaktadır (20). Genellikle toplu olarak şiddet içeren ölümler olarak adlandırılan özkıyım ve cinayete bağlı ölümler, ABD’de 10-24 yaş arası kişiler için sürekli olarak erken ölümlerin başlıca nedeni olmuştur. Özkıyım, 2017 yılında 10-14, 15-19 ve 20-24 yaş arası kişiler için ikinci önde gelen ölüm nedeni olmuştur. 10-24 yaş arası kişiler arasında özkıyım oranı 2007 (100.000’de 6,8) ile 2017 (10,6) arasında %56 arttı (26).

Özkıyımların bedeli ağır olmaktadır. Her yıl 800.000’den fazla kişi özkıyım nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Özkıyım sonucu ölen her bir yetişkin için 20’den fazla kişinin özkıyım girişiminde bulunmuş olabileceğine dair göstergeler vardır (19). Özkıyım, 15-29 yaş arası gençlerde her iki cinsiyet için de trafik kazası, tüberküloz ve kişiler arası şiddetten sonra dördüncü önde gelen ölüm nedenidir. Kadınlarda ve erkeklerde ise özkıyım bu yaş grubunda sırasıyla üçüncü ve dördüncü önde gelen ölüm nedenidir. Özkıyım, 15-19 yaş grubunda her iki cinsiyet için de dördüncü önde gelen ölüm nedenidir ve bu yaş grubundaki kadın ve erkek ölümlerinin sayısı nispeten benzerdir (2). DSÖ raporlarında, genç özkıyım istatistikleri ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte küresel özkıyım yükünün çoğunu taşıyanlar düşük ve orta gelirli ülkelerdir. Tüm özkıyımların yaklaşık %80’i bu ülkelerde meydana gelmektedir (2, 19).

Ülkemizdeki yapılan çalışmalarda, intihar edenlerin çoğunluğunun genç ve erişkin yaş grubunda olduğu bildirilmiştir (27). Ülkemizde özellikle son 10 yıllık süreç içinde özkıyımların en sık olarak 15-24 yaş grubundaki gençleri etkilediği görülmüştür (28). TÜİK verilerine göre 2022 yılında intihar edip, yaşamını kaybedenlerin yaklaşık %2’si 15 yaş altı, %9,9’u 15-19 yaş grubundan olduğu görülmüştür. 15-19 yaş grubunda intihar edenlerin %57,6’sının erkek olduğu görülmüştür (21). Türker ve ark.’ı Sivas ilindeki özkıyım oranlarının 19 yaş altında % 43,4 olduğu bildirilmiştir (29). Elazığ’da yapılan bir çalışmada ise, özkıyımların 11-20 yaş grubunda % 49,4 ve 21-30 yaş grubunda % 33,9 olduğu bulunmuştur (30). Okul ve sınav baskısı, meslek sahibi olma ve iş bulma stresi, evlenme ve çocuk sahibi olma, erkekler için askerlik gibi hayattaki önemli olayların bu yaş grubu içerisinde meydana geldiği söylenebilir. Ayrıca gençlerdeki hayata dair tecrübe eksikliği söz konusu olabilir ve buna bağlı olarak kriz anlarını yönetmede başarısızlığa neden olabilir. Tüm bu sayılan sebepler özkıyım davranışının gençlerdeki sıklığının nedenlerini açıklayabilir (28).

Hastanemizde Yeşil'in çalışmasında 2016-2017 yılları arasında acil servise özkıyım nedeniyle başvuran tüm hastaların 13-18 yaşları arasında olduğu saptandı. Hastaların yaş ortalaması 15,93 iken, erkeklerinki 16,3; kızlarınki 15,81 idi. Hastaların %74,4'ünün kız ve %25,6'sının erkek olduğu tespit edildi.(30)

ABD'de yayınlanan bir raporda, 10-14 yaş grubuna kıyasla daha büyük ergenlerde (15-19 yaş) özkıyım için yaşa özgü ölüm oranlarının 6 kat daha yüksek olduğunu, erkeklerin intihar etme olasılığının kadınlardan 4 kat daha fazla olduğunu, özkıyıma teşebbüsün ise kadınlar arasında iki kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (31).

Klinik olmayan temsili bir ergen örneklemeyle (14-18 yaş) yapılan bir Alman çalışmasında, özkıyım düşüncesinin kadınlarda (%19,3) erkeklerden (%8,9) daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Özkıyım niyeti kızlarda (%17,7) erkeklere (%5,9) kıyasla yaklaşık 3 kat daha sık bildirilmiştir. Buna karşılık, ölüm fantezisi (pasif ölüm isteği) her iki cinsiyet için de çok daha yaygındı (sırasıyla kadınlar ve erkekler için %54,3 ve %28); bu bulgular pasif ölüm isteğinin belirli bir planı olmayan özkıyım düşüncesinden daha yaygın olduğunu tespit eden diğer çalışmalarla da tutarlıydı (33).

2.5. İNTİHAR YÖNTEMLERİ

Özkıyım girişimleri genellikle kolay ulaşılabilir araç ve gereçlerle uygun yer ve zamanda yapılmaktadır (27). Örneğin tarım alanlarında sıklıkla kullanılan pestisitler, kırsalda veya tarım arazilerine yakın yaşayan insanlarca kolaylıkla ulaşılabilmekte ve özkıyım girişimlerinde kullanılabilmektedirler. Ateşli silahların kolay elde edilebilmesi, çoğu evde bulunması ve şahısların kesin sonuç elde edebileceklerini düşünmelerinden dolayı tercih edilmektedir. Ası yöntemini sık tercih etme sebebinin ise kolay erişilebilir bir yöntem olarak, her yerde uygulanabilme özelliğiyle öne çıkmaktadır (27, 28).

Özkıyım girişimleri, şiddet içerenler ve içermeyenler olmak üzere iki grupta incelenebilir. Yüksekten atlama, ası, ateşli silah, kendini yakma, kesici-delici alet kullanmak, motorlu araç kazası şiddet içeren özkıyım girişimleri iken; ilaç veya kimyasal madde içme ve gaz ile özkıyım ise şiddet içermeyen grupta yer almaktadır (34).

Literatürde 160 çeşit özkıyım yöntemi tariflenmektedir. Farklı özkıyım yöntemleri arasından en sık seçilenler, genellikle az acı verdiği düşünülen, kolay

uygulanabilen, bilinirliği olan moda yöntemlerdir. Bazı özkıyım eylemlerinde birden fazla yöntemin birlikte uygulandığı görülebilmektedir. Ama seçilen yöntemlerde kişinin ruh hali, cinsiyeti, yaşı ve toplumsal normlar etkilidir. Örneğin Japonya’da harakiri, Budistlerde ise kendini yakarak özkıyım eylemi topluma göre değişen ve seçilen özkıyım yöntemlerindendir. Amerika Birleşik Devletleri’nde tamamlanmış özkıyımlarda en sık kullanılan yönteminin ateşli silahlar olduğu; bunu kendini asma, yüksekten atlama, karbonmonoksit zehirlenmesi ve aşırı doz ilaç alımı gibi yöntemlerin takip ettiği görülmektedir. Ülkemizde, 2022 yılı 15-19 yaş grubu özkıyıma bağlı 410 ölümden en çok başvuru alan özkıyım yöntemlerinin sırasıyla ası (%30,2), ateşli silah kullanma (%25,6), yüksekten atlama (%22,2) ve kimyasal madde - ilaç alımı (%15,9) olduğu TÜİK tarafından raporlanmıştır (15, 21, 35). Hem ülkemizde yapılan çalışmalarda hem de Danimarka, İtalya ve İngiltere’de yapılan çalışmalarında ilk tercih edilen özkıyım yönteminin ası olduğu görülmektedir (36-39). Yavuz ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada ölümlerle sonuçlanan özkıyım olgularında, ateşli silah (%31,5) kullanımının ilk sırada olduğu ve bunların %82’sinin 15-24 yaş aralığındaki erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Ateşli silah kullanımını ası (% 29,6) ve kimyasal madde (% 27,8) alımı takip etmektedir (27). Devrimci ve ark.’nın yaptığı araştırmada ise her iki cinsiyette de en çok kullanılan yöntem yüksek dozda ilaç alımı olduğu bildirilmiştir. İkinci en çok kullanılan yöntem kadınlarda, diğer kimyasalların ağızdan alınması olurken, erkeklerde ise yüksekten atlama bulundu (40). Bayam ve arkadaşları, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine özkıyım girişimiyle başvuran 14-21 yaş arası 60 ergeni (47 kız, 13 erkek) inceledikleri çalışmada, % 93,3’ünün yüksek dozda ilaç kullandığı belirlendi (41).

Ülkemizde Ulusal Zehir Danışma Merkezi’nin (UZEM) 2021 yılında yayınladığı raporunda ise 2014 – 2020 yılları arasında yıllık ortalama 200.000 zehirlenme vakasının değerlendirildiği belirtilmiştir. 2019 yılında toplam 217.936 vakanın %46,63’ü (101.631), 2020 yılında ise toplam 187.528 vakanın %43,11’i (80.852) özkıyım amaçlı çoğunluğu oral alınan ilaçlar ve diğer kimyasallar nedeniyle UZEM’e danışılmıştır. UZEM’e başvuran tüm olgular içinde 10-19 yaş grubunun 2019 yılında %22, 2020 yılında ise %18,3 olduğu görülmüştür (42).

2.6. İNTİHARDA RİSK FAKTÖRLERİ

Özkıyım; kitle iletişim araçlarının etkisi, sosyo-ekonomik durumdaki farklılıklar (zengin ve yoksul topluluklar), aile yapısının parçalanması ve ergenliğin daha erken başlaması gibi bazı açıklayıcı faktörlerin bile bulunduğu karmaşık bir halk sağlığı sorunudur. Cinsiyet ile suç, özkıyım ve madde bağımlılığının erkeklerde çok daha yüksek olduğu, yeme bozuklukları, depresyon ve özkıyım davranışının ise kadınlarda daha yüksek olduğu şeklinde ilişkiler bulunmuştur. Yaş da özkıyım oranlarındaki farklılıkla ilişkilendirilmiştir (20).

Bireysel özkıyım için risk ve koruyucu faktörleri değerlendirirken; 1) psikiyatrik hastalığın varlığı; 2) umutsuzluk, anksiyete, ajitasyon veya yoğun özkıyım düşüncesi gibi belirli psikiyatrik semptomlar; 3) psikososyal stres faktörleri ve yöntemlerin mevcudiyeti gibi benzersiz koşullar; 4) genetik ve tıbbi, psikolojik veya psikodinamik konular gibi diğer ilgili klinik faktörler dikkate alınabilir (10).

Değiştirilebilir faktörleri belirlemek ve kültürel olarak duyarlı önleme ve müdahale stratejileri geliştirmek için özkıyım davranışlarını öngören ve bunlara karşı koruma sağlayan faktörlerin daha iyi anlaşılması gerekmektedir (43). Özkıyımı önleme çabaları, eğitim, çalışma, tarım, iş dünyası, adalet, hukuk, savunma, siyaset ve medya gibi hem sağlık hem de sağlık dışı sektörler dahil olmak üzere, hem kamu hem de özel sektör olmak üzere toplumun birçok sektörü arasında koordinasyon ve işbirliği gerektirir. Özkıyım gibi karmaşık bir konuda hiçbir yaklaşım tek başına etkili olamayacağından, bu çabalar kapsamlı, entegre ve sinerjik olmalıdır (19). Ölümcül girişimler ya da tamamlanmış özkıyım açısından yüksek risk altında olan ergenleri tanımlayan spesifik nedensel faktörler hakkında daha fazla ayrıntıya sahip olunması halinde, ergen özkıyım davranışı oranlarını azaltmaya yönelik girişimlerin iyileştirilebileceği akla yatkın görünmektedir (20, 43).

Levy ve ark. özkıyımın tek bir belirleyicisinin tanımlanmadığını, bunun yerine özkıyım düşüncesi, niyeti ve davranışının bireysel (umutsuzluk), ailesel (boşanma, ailede özkıyım öyküsü, fiziksel ve cinsel istismar, aile içi geçimsizlik) ve sosyokültürel alanları kapsayan çeşitli faktörlerle ilişkili görüldüğünü öne sürmüştür. Art arda özkıyım girişimi nedeniyle acil servise ve pediatri servislerine başvuran özkıyım meyilli ergenler (12-18 yaş) arasında umutsuzluğun en güçlü belirleyici olduğu,

kadınlarda (%80) erkeklerden (%20) daha yaygın olduğu bulunmuştur. Ailedeki anlaşmazlık aynı zamanda özkıyım niyetiyle de ilişkiliydi (aile içi çatışma, zayıf iletişim ve uyum eksikliği) (44).

Danimarka'da 1981-97 yılları arasında intihar eden 10-21 yaş arası 496 genç, ailesel, bireysel psikiyatrik ve sosyo-ekonomik faktörler açısından 20.000'den fazla eşleştirilmiş kontrol grubuyla karşılaştırıldı. Gençlerde özkıyım riskinin artmasıyla ilişkili faktörler arasında ebeveyn özkıyımı veya erken ölüm, akıl hastalığı nedeniyle hastaneye kaldırılma, işsizlik, düşük eğitim/öğretim, düşük gelir ve boşanmanın yanı sıra kardeşlerde akıl hastalığı yer almaktadır. Gençlerde en güçlü belirleyici risk faktörü akıl hastalıklarıydı (45).

En yetenekli klinisyen bile ergenlerde özkıyım davranışı bozukluğunu ayırt etmekte zorlanabilir. Tıbben ciddi bir girişimde bulunan birçok ergen bunu bir daha asla yapmazken, sadece hafif bir "jest" gibi görünen girişimde bulunan diğerleri sonunda intihar edebilir. Bazı klinisyenler tarafından yardım çılgılığı veya ciddi bir niyeti olmayan bir manipülasyon olarak görülen ölümcül olmayan, kendine zarar verici bir eylemi ifade etmek için kullanılan "jest" terimi bu nedenle yanıltıcıdır. Gelecekteki özkıyım davranışını ölçmek mümkün değildir. Ancak araştırmalar, tüm klinisyenler tarafından dikkate alınması gereken risk faktörleri ve girişimcilerin değerlendirilmesi hakkında bazı genel göstergeler sağlamıştır (Tablo 1 ve Tablo 2) (46).

Tablo 1. Ergenlerde özkıyım için yüksek risk faktörleri (46)

- Erkekler kadınlara göre çok daha yüksek risk altındadır.
- Erkekler arasında; • Önceki özkıyım girişimleri • 16 yaş ve üzeri • İlişkili duygudurum bozukluğu • İlişkili madde bağımlılığı
- Kadınlar arasında; • Duygudurum bozuklukları • Önceki özkıyım girişimleri
- Ajitasyon ve majör depresif bozukluğun öngördüğü acil risk

Ergen özkıyım riskinin değerlendirilmesinde, daha önceki özkıyım girişimleri, ailede özkıyıma meyilli kişilerin öyküsü, akıl hastalığı, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve diğer kendine zarar verici davranışların yanı sıra umutsuzluk, düşmanlık, olumsuz benlik kavramı ve izolasyon gibi diğer risk faktörleri göz ardı edilmemelidir (20). Yapılan bir çalışmada, ailede daha önce özkıyıma teşebbüs veya intihar etmiş birilerinin olması, bu tip ailelerde özkıyımın 7 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir (47). Ama aile içi iletişimin sağlıklı olduğu hanelerde başka bir kişinin varlığı sosyal izolasyonu azaltarak, başkalarına karşı sorumluluk duygusu uyandırarak ve özkıyım girişimi sonrasında keşfedilme olasılığını artırarak koruyucu bir faktör olabilmektedir (10). Klinisyenler özkıyım girişiminde bulunan hangi ergenlerin daha sonra özkıyım açısından en büyük risk altında olduğunun farkında olmalıdır (Tablo 2). Bunlar, özellikle eşlik eden madde kullanımı, sinirlilik, ajitasyon veya psikoz ile komplike olduğunda, depresyon, mani veya hipomani veya karışık durumlar gibi mevcut bir zihinsel bozukluğu veya düzensiz zihinsel durumu olan, 16 ila 19 yaş arası erkek ergenlerdir. Daha önce özkıyım girişiminde bulunanlar, yutma veya yüzeysel kesme dışında bir yöntem kullananlar ve hala ölmek isteyenler de daha yüksek risk altındadır. Klinisyenler, depresif ergenlerin özkıyım eğilimlerini (yani özkıyımı düşünüp düşünmediklerini ve ne sıklıkla düşündüklerini ve daha önce özkıyım girişiminde bulunup bulunmadıklarını) tespit etmelidir. Depresif bir gençte özkıyım düşüncesi veya yakın zamanda özkıyım davranışı mevcutsa, izlenmeye devam edilmelidir (46). Hastaların psikiyatrik başvurularının en sık nedeni depresyon olup, intihar edenlerin %30-65'inde duygudurum bozuklukları saptanmıştır. Duygudurum bozukluğu olan hastaların % 15'inin hayatlarına özkıyımla son verdikleri ve bunun genel popülasyondan 30 kat fazla olduğu belirlenmiştir (15, 48, 49).

Tablo 2. Acil servis veya kriz merkezinde çocuk veya ergen özkıyım girişimcilerinin değerlendirilmesi için kontrol listesi (46)

- Özkıyıma teşebbüs edenler en büyük risk altındadır.
- Özkıyım öyküsü • Hala özkıyımı düşünüyor olmak • Daha önce özkıyım girişiminde bulunmuş olmak
- Demografik Bilgiler • Erkek

• Yalnız yaşamak
- Zihinsel durum • Depresif, manik, hipomanik, aşırı endişeli veya bu durumların bir karışımına sahip • Tek başına veya duygudurum bozukluğu ile birlikte madde kullanımı • Sinirli, tedirgin, başkalarına şiddet tehdidinde bulunan, sanrılar gören veya halüsinasyon gören
* Bu tür hastaları psikiyatrik değerlendirme yapmadan taburcu etmeyin. - Klinik depresyon belirtilerine bakın • Çoğu zaman depresif ruh hali • Olağan faaliyetlere karşı ilgi veya zevk kaybı • Kilo kaybı veya alımı • Uyuyamıyor veya çok fazla uyuyor • Huzursuz veya yavaşlamış • Yorgunluk, enerji kaybı • Değersiz veya suçlu hissediyor • Düşük özsaygı, kendisiyle ilgili hayal kırıklığı • Gelecek hakkında umutsuz hissediyor • Konsantre olamıyorum, kararsızım • Tekrarlayan ölüm düşünceleri • Sinirli, küçük şeylere üzülen
- Mani veya hipomani belirtileri arayın • Çoğu zaman depresif ruh hali • Neşeli, geniş veya sinirli ruh hali • Şişirilmiş özgüven, büyüklenmecilik • Uyku ihtiyacında azalma • Normalden daha konuşkan, baskılı konuşma • Yarışan düşünceler • Konuşurken ani konu değişiklikleri • Dikkat dağınıklığı • Birden fazla faaliyete aşırı katılım • Tedirgin veya huzursuz • Hiperseksüel, lüzumsuz harcamalar, sınır tanımayan açıklamalar

Kültür, dini inançlar ve toplumsal konumdaki ırksal ve etnik farklılıklar, yalnızca gerçek özkıyım oranlarını değil, bununla birlikte belirli bir grubun üyelerinin ölüm ve özkıyım hakkındaki görüşlerini de etkileyebilir. Bazı gruplar için özkıyım, utanç, sıkıntı ve/veya fiziksel hastalıklarla başa çıkmanın geleneksel olarak kabul edilen bir yolu olarak düşünülebilir. Ayrıca özkıyım düşüncesinin aktarılmasına ilişkin kültürel değerler de farklılık gösterebilir; örneğin bazı kültürlerde özkıyım düşüncesi utanç verici veya reddedilmesi gereken özel bir konu olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, farklı ırk ve etnik gruplarda özkıyım ortak katkıda bulunan kişiler hakkında bilgi ve hassasiyetin yanı sıra ölümle ilgili inançlar ve özkıyım görüşlerindeki kültürel farklılıklar, özkıyım riskine ilişkin klinik tahminler yaparken ve özkıyım riskini ele almaya yönelik planlar uygularken önemlidir (10).

Özetle, risk altında olarak kabul edilebilecek 15-24 yaş grubundakiler, psikiyatrik hastalığı veya ciddi hastalığı olanlar, kaba intihar hızının fazla olduğu illerde ikamet edenler gibi belli başlı gruplar birinci basamakta belirli aralıklarla özkıyım riski açısından taranmalıdır (28).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÖRNEKLEM SEÇİMİ

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Mayıs 2023 - Kasım 2023 tarihleri arasında kurumumuz çocuk acil servisine özkıyım nedeniyle başvuran, tedavisi ve takibi yapılan çocuk hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden olgular dahil edildi. Çalışmaya dâhil edilme ve dışlama ölçütlerini karşılayan 101 olgu çalışmaya alınmıştır.

3.2. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ

Çalışma grubu, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Mayıs 2023- Kasım 2023 tarihleri arasında kurumumuz çocuk acil servisine özkıyım nedeniyle başvuran çocuk olgulardan ebeveynlerince çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Olgunun 18 yaş altı grupta olması

- Olgunun özkıyım nedeni ile başvurmuş ve adli rapor tutulmuş olması

3.3. ÇALIŞMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ

Çalışmaya katılmak istemeyen ailelerin çocukları çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Dosya bilgilerinde eksiklikler bulunması
- Olgunun 18 yaş üstünde olması
- Özkıyım dışı nedenlerle başvuran zehirlenme vakaları
- Özkıyım nedeni ile başvuran ancak adli rapor tutulmayan vakalar

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada, sosyodemografik bilgiler için Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1), özkıyım düşüncelerini şiddetini değerlendirmek için Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) (Ek-2), özkıyım risk faktörlerini belirlemek için Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)'nin iletişim ile ilgili soru ve puanlaması (Ek-3), Ergenler İçin Arkadaşa Bağlanma Ölçeği (EİABÖ) (Ek-4) ve Aile Stili Ebeveyn Tutum Ölçeği (Ek-5) kullanılmıştır.

Çalışmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, çalışma/okuma durumu, sosyoekonomik durumu, ailedeki kardeş sayısı, anne ve babalarının eğitim düzeyleri ve çalışma durumları, anne ve baba boşanma durumu, geçmişte özkıyım girişiminde bulunup bulunmadıkları, sigara kullanımı, alkol kullanımı, süregen hastalık varlığı, özkıyım amaçlı alınan ilaçların adı, alınma süresi, ilaçların hastaya ait olup olmama durumu, hastaneye başvurma süresi, 114 UZEM önerileri, yoğun bakım ihtiyacı, aktif kömür kullanılma durumu, tetkik sonuçları ile ilgili bilgiler edinilmiştir.

Araştırmada, aile iletişimini değerlendirmek amacıyla ADÖ kullanılmıştır. ADÖ, ABD'de geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi hususlarda yerine getirebildiğini veya getiremediğini netleştiren bir ölçü aracıdır. ADÖ; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve

genel işlevler olmak üzere yedi alt başlıktan oluşmaktadır. Bunlar 6 tanesi aile işlevlerindeki her bir sorun alanını tek tek inceleyen, diğer alt başlık ise genel işlevler üzerinde odaklaşan toplam 60 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin herhangi bir sorusundan alınan puanın 2 ve üzerinde olduğu durumlar, o işlevde sağlıksızlık olduğuna işaret etmektedir (50). Çalışmamızda iletişim alt ölçeğinin değerlendirildiği 9 soru ailelere yöneltilmiştir (51). En düşük puan 9, en yüksek puan 36 olmak üzere çalışmamızda; 9-18 puan arası sağlıklı, 18-36 puan arası sağlıksız olarak gruplandırıldı.

Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve ark. tarafından yapılmıştır (52, 53). Bu ölçek, girişim sırasındaki çevre şartlarını, girişim sonrası eğilimlerini, girişim sırasındaki beklentilerinin ve özkıyım düşüncelerinin şiddetini beş bölümde değerlendirir: yaşam/ölüm tutumunun özellikleri, özkıyım düşüncesinin/isteğinin özellikleri, tasarlanan girişimin özellikleri, tasarlanan girişimin gerçekleştirilmesi ve arka plan faktörleri. Ölçekten alınan yüksek puanlar özkıyım düşüncesinin fazla olduğunu yansıtır (52, 54). Her bir madde 0-2 arasında puanlamakta olan ölçeğin ilk bölümünde 'Yaşam ve Ölüme Dair Tutumun Özellikleri' (1-5. sorular), ikinci bölümünde 'İntihar Düşüncesi ve Arzusunun Özellikleri' (6-11. sorular), üçüncü bölümünde 'Tasarlanan Girişimin Özellikleri' (12-15. sorular), dördüncü bölümünde 'Tasarlanan Girişimin Gerçekleştirilmesi' (16-19. sorular) ve beşinci bölümünde 'Arka Plan Faktörleri' (19-21. sorular) değerlendirilmektedir. Ölçekten toplam alınan puan tüm bölümlerden elde edilen puanların aritmetik toplamı ile bulunur. Arka plan faktörleri alt başlığındaki puanlar genel ölçek değerlendirilmesine dahil edilmemektedir. En düşük puan 0, en yüksek puan ise 38 olup puanın fazla olması özkıyım düşüncesinin belirgin ve ciddi olduğunu işaret etmektedir (55). Çalışmamızda; 0-13 puan arası Grup 1, 14-26 puan arası Grup 2, 27-38 puan arası Grup 3 olarak gruplandırıldı.

Ergenler için arkadaşla bağlanma ölçeği, akrana bağlanma düzeyinin düşük ya da yüksekliği hakkında bilgi vermektedir. Ölçeğin her bir sorusundan alınan puanların yüksekliği, sözü edilen bağlanma stiline güçlülüğüne, düşük puan ise zayıflığına işaret etmektedir (56). En düşük puan 23, en yüksek puan 115 olmak üzere çalışmamızda; 23-41 puan arası Grup 1, 42-60 puan arası Grup 2, 61-79 puan arası Grup 3, 80-97 puan arası Grup 4 ve 98-115 puan arası ise Grup 5 olarak gruplandırıldı.

Aile stili ebeveyn tutum ölçeği, dört tip aile stili içermektedir. Bunlar izin verici, demokratik, koruyucu ve otoriter aile stilleridir. Demokratik aile stilinde; ebeveynler çocuklarına her zaman ılımlı, anlayışlı olup, temel prensip çocuğun sorumluluk kazanmasını desteklemektir. Koruyucu tutumda olan aileler çocuklarına normalin üzerinde özen gösterip onları koruma davranışı göstermektedirler ve sürekli çocuklarının ikili ilişkilerine müdahale etmektedirler. Otoriter ailelerin, kesin ve net kuralları vardır ve baskıcı bir tutum içindedir. Aileler çocuklarından bu kurallara koşulsuz itaat etmelerini istemektedirler ve çocukların görüşlerini dikkate almazlar. İzin verici ailelerde ise çocuk ve ebeveynleri arasında yakın bir iletişim vardır ve çocuklarına kuralcı bir tavır sergilemezler (57).

3.5. ETİK ONAM

Çalışmanın uygun olduğuna dair, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.04.2023 tarihinde KAEK/2023.04.46 sayılı etik onay alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllüler, araştırmanın amacı ve süreci ile ilgili hem sözel hem de yazılı olarak “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile bilgilendirilmiş ve olguların onamları alınmıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmamızda olguların istatistiksel analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programının 26.0 versiyonu (IBM, Armonk, NY, USA) kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenlerde vaka sayısı ve yüzde şeklinde sunuldu. Nitel verilerin karşılaştırmalarında Ki-kare testi kullanıldı. Ki kare testinin uygulanamadığı 2x2'lik tablolarda durumlarda Fisher Kesinlik Testi uygulandı. Sürekli değişkenlerin analizinde Shapiro-Wilk Uyum İyiliği Testi ile normallik analizleri yapıldı. Verilerin normal dağılım gösteren değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında bağımsız gruplarda T testi ve tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sürekli veriler ortalama ve standart sapma değerleriyle birlikte sunuldu. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirildi. Yapılan güç analizinde örneklem sayısı, kurulan hipotezin anlamlılık seviyesi ve etki büyüklüğü işleme alınarak G-Power 3.1 programı üzerinde analizlere

ilişkin istatistiksel güç hesaplaması yapılmıştır. Hesaplamada $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyi, %80 istatistiksel güç kullanılarak hesaplamalar yapılmıştır. Hesaplamalarda Jacop Cohen'in (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences'ta belirttiği Ki-kare testi için belirttiği orta etki büyüklüğü ($w=0.3$) değeri baz alınmıştır. Gruplar arasında geniş etki büyüklüğündeki farkın (effect size=0,3) fark kabul edilmesi öngörülerek %80 Power, alfa anlamlılık seviyesi 0,05 için örneklem büyüklüğünün toplamda en az 88 vaka olması gerektiği hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın yapıldığı Mayıs 2023 - Kasım 2023 tarihinde İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne özkıyım nedeniyle başvuran toplamda 101 hasta değerlendirildi. Değerlendirilen hastaların %82,2(n=83)'si kadın, %17,8(n=18)'i erkek olduğu saptandı. Olguların yaş ortalaması $15,5 \pm 1,3$ yıl idi. Olguların %43,6'sı (n=44) daha önce en az bir kere özkıyım girişiminde bulunduğunu belirtti. Hastaların %7,9'u (n=8) özkıyım girişimi nedeniyle yoğun bakımda tedavi aldığı, %4,9 (n=5)' unun çocuk servisinde tedavi aldığı, %87,1 (n=88)' inin çocuk acilde takip ve tedavisini tamamlayıp taburcu olduğu görüldü. Olguların %55,4'üne (n=56) gastrik lavaj yapıp ve aktif kömür verildiği saptandı. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. Olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri

<u>Sosyokültürel Özellikler</u>		<u>Tüm hastalar</u>	
		<u>N</u>	<u>Median (oran)</u>
Kişi sayısı		101	51,0
Yaş ort.		15,5 ± 1,3	16,0
Cinsiyet	Erkek	18	(17,8)
	Kadın	83	(82,2)
Cinsiyet yaş ort.	Erkek	15,7 ± 1,4	16,0
	Kadın	15,5 ± 1,3	16,0
Ailede kaç kardeş mevcut		2,8 ± 1,3	3,0
Ailede özkıym öyküsü varlığı	Var	23	(22,8)
	Yok	78	(77,2)
Hastada yeme bozukluğu varlığı	Var	19	(18,8)
	Yok	82	(81,2)
Hastada sigara,alkol kullanımı	Var	38	(37,6)
	Yok	63	(62,4)
Ailenin toplam aylık geliri (TL)	<12000	36	(35,6)
	12000-40000	44	(43,6)
	>40000	21	(20,8)
Öğrenci/çalışıyor	Öğrenci	91	(90,1)
	Çalışıyor	10	(9,9)
Özel/devlet okulu ayrımı	Özel	18	(17,8)
	Devlet	73	(72,3)
	Çalışıyor	10	(9,9)
İlaç kendisinin mi?	Evet	45	(44,6)
	Hayır	56	(55,4)
Anne/baba boşanmış mı?	Boşanmış	25	(24,8)
	Birlikte	76	(75,2)
Tekrarlayan özkıym düşüncesi varlığı	Var	27	(26,7)
	Yok	74	(73,3)
Daha önce özkıym girişimi oldu mu?	Evet	44	(43,6)
	Hayır	57	(92,1)
<u>Klinik Özellikler</u>		<u>Tüm hastalar</u>	
		<u>N</u>	<u>Median (oran)</u>
Kaç saat sonra başvuru		3,8 ± 4,8	2,0
114 önerisiyle takip süresi		34,0 ± 24,3	24,0
Aktif kömür/gastrik lavaj	Evet	56	(55,4)
	Hayır	45	(44,6)
Ybü gereksinimi	Evet	8	(7,9)
	Hayır	93	(92,1)
Semptom var mı?	Var	51	(50,5)
	Yok	50	(49,5)

Hastaların ebeveynlerinin eğitim durumları ortaokul ve altı eğitim düzeyi annelerde ve babalarda sırasıyla % 65,5 ve % 56,5 olarak saptandı (Tablo 4 ve Tablo 5).

Tablo 4. Olguların annelerinin eğitim düzeyleri

Anne Eğitim Durumu	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
İlkokul	41	40,6
Ortaokul	20	19,8
Lise	20	19,8
Üniversite	15	14,9
Okur Yazar Değil	5	5,0
Toplam	101	100,0

Tablo 5. Olguların babalarının eğitim düzeyleri

Baba Eğitim Durumu	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
İlkokul	34	33,7
Ortaokul	21	20,8
Lise	31	30,7
Üniversite	13	12,9
Okur Yazar Değil	2	2,0
Toplam	101	100,0

Olguların tıbbi öykülerine ilişkin özellikler Tablo 6’da sunulmuştur. Hastaların büyük çoğunluğunda bilinen bir hastalığın olmadığı görüldü (%62,4). Hastaların %10’unda majör depresyon tanısı almış olduğu saptandı.

Tablo 6. Olguların mevcut olan kronik hastalıkları

Bilinen Hastalık Varlığı	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Hayır	63	62,4
Bipolar Bozukluk	9	8,9
Major Depresyon	10	9,9
Anksiyete Bozukluğu	8	7,9
Dikkat Eksikliği	4	4,0
Anoreksiya Nervoza	1	1,0
FMF	1	1,0
Ritim Bozukluğu	1	1,0
Epilepsi	1	1,0
Migren	3	3,0
Toplam	101	100,0

Özkıyım girişiminde bulunanların 45'inin (%44,6) kendi ilaçlarını kullandıklarını belirttiler (Tablo 3). Özkıyım girişimi için en sık nonsteroid antiinflatuar ilaçların (%19,6) kullanıldığı ve kullanılan diğer ilaç türleri Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Özkıyım girişiminde alınan ilaç türleri

İçtiği İlaç Türü	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Ağrı kesiciler	26	18,2
Antidepresan	19	13,3
Antipsikotik	21	14,7
Nonsteroid antiinflatuar	28	19,6
Antimuskarinik	12	8,4
Antibiyotik	18	12,6
Vitamin	6	4,2
Antiparaziter	1	0,7
Demir ilacı	2	1,4
Kardiyak ilaç	2	1,4
Antiepileptik	3	2,1
Antiromatizmal	1	0,7
MSS sitümlan	2	1,4
Antidiyabetik	2	1,4
Toplam	143	100,0

İlaçların alım saatleri değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%48,5) 16:00-00:00 saatleri arasında olduğu gözlemlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Özkıyım amaçlı alınan ilaçların alım saatleri

İlaç İçme Saati	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Grup 1 (00:00-08:00)	22	21,8
Grup 2 (08:00-16:00)	30	29,7
Grup 3 (16:00-00:00)	49	48,5
Toplam	101	100,0

Özkıyım girişimi nedeniyle başvuranların %72,3'ünde (n=73) fizik muayenelerinde bir özellik saptanmadı. En fazla saptanan fizik muayene bulgusu olguların %8,9'unda (n=9) görülen batın hassasiyeti idi (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların ilk fizik muayene bulguları

Fizik Muayenede Özellik Varlığı	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Yok	73	72,3
Hipotansiyon	4	4,0
Döküntü	2	2,0
Ekstremitelerde Laserasyon	7	6,9
Batında Hassasiyet	9	8,9
Ağız Mukozasında Kuruluk	6	5,9
Toplam	101	100,0

Özkıyım girişimi nedeniyle değerlendirilen olguların yapılan tetkiklerinde, 40 olgunun (%36,3) tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Saptanan en sık patoloji ise EKG değerlendirmelerindeki sinüs taşikardisi idi. Diğer patolojik bulgular Tablo 10'da sunuldu.

Tablo 10. Tetkiklerin değerlendirilmesi

Tetkiklerde Patoloji Varlığı	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Patoloji yok	40	36,3
Lökositoz	4	3,6
EKG’de sinüs taşikardisi	20	18,2
Anemi	5	4,5
Kan gazında metabolik asidoz	2	1,8
Karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği	10	9,1
Kan gazında solunumsal asidoz	2	1,8
Proteinüri , hematüri	4	3,6
Kan gazında metabolik alkaloz	3	2,7
Troponin yüksekliği	8	7,3
Parasetamol düzeyi yüksekliği	10	9,1
EKG’de QT uzaması	2	1,8
Toplam	110	100,0

Özkıyım girişimi nedeniyle başvuranların bir kısmında semptom gözlenmedi. En fazla görülen semptom, semptomu olanların %42,2’sinde (n=24) görülen bulantı ve kusma idi (Tablo 11).

Tablo 11. Hastalarda semptom varlığı

Semptom Var İse Hangi Semptom	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Bulantı Kusma	24	42,2
Halsizlik	2	3,5
Baş Dönmesi	17	29,8
Karın Ağrısı	7	12,3
Kasılma	3	5,3
Baş Ağrısı	4	7,0
Toplam	57	100,0

Özkıyım girişiminde bulunan hastaların 63’ünde (%58,8) sigara, alkol kullanımı görülmedi. Hastaların 38’inde (%35,5) sigara, 6’sında (%5,6) ise alkol kullanımı görüldü (Tablo 12).

Tablo 12. Hastalarda sigara, alkol kullanımı

Hastalarda Sigara,Alkol Kullanımı	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Yok	63	58,8
Sigara kullanıyor	38	35,5
Alkol kullanıyor	6	5,6
Toplam	107	100,0

Özkıyım girişiminde bulunanların ailelerinin 42'sinde (%36,2) sigara, alkol kullanımı görülmedi. Hem annelerde hem babalarda en sık sigara kullanımı görüldü (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların ailelerinde sigara, alkol bağımlılığı

Ailede Sigara,Alkol Kullanımı	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Yok	42	36,2
Babada sigara kullanımı	35	30,2
Babada alkol kullanımı	13	11,2
Annede sigara kullanımı	23	19,8
Annede alkol kullanımı	3	2,6
Toplam	116	100,0

Aile fertlerinin büyük çoğunluğunda psikiyatrik bir problemin olmadığı görüldü (%69,3). En sık psikiyatrik problem yaşayan aile ferdinin anneler olduğu görüldü (Tablo 14).

Tablo 14. Ailede psikiyatrik bozukluk varlığı

Ailede Psikiyatrik Bozukluk	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Yok	70	69,3
Annede	18	17,8
Babada	8	7,9
Kardeşlerde	5	5,0
Toplam	101	100,0

Olguların 36'sının (%35,6) ailesi otoriter aile stiline, 32' sinin (%31,7) ailesi izin verici aile stiline sahiptir (Tablo 15).

Tablo 15. Aile stili dağılım tablosu

Aile Stili	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Demokratik	16	15,8
İzin Verici	32	31,7
Koruyucu	17	16,8
Otoriter	36	35,6
Toplam	101	100,0

Olguların kendilerine zarar verme nedenleri sorgulandığında en sık içsel duygudurum problemleri ve sonrasında ailesel problemlerin olduğu görülmektedir (Tablo 16).

Tablo 16. Özkıyım girişiminde bulunanların kendine zarar verme nedenleri

Kendine Zarar Verme Nedeni	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Aile ile Problem	28	27,7
Arkadaş ile Problem	11	10,9
Karşı Cins ile Problem	15	14,9
Maddi Sebepler	6	5,9
İçsel Duygudurum	31	30,7
Sınav Kaygısı	10	9,9
Toplam	101	100,0

Olguların kendilerine zarar verme düşünceleri BİDÖ ile sorgulandığında 3 numaralı grubun %47,5 olduğu görülmektedir (Tablo 17) .

Tablo 17. Beck intihar düşüncesi skorları

Zarar Verme Düşüncesi Boyutu	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
1(0-13 Puan)	28	27,7
2(14-26 Puan)	25	24,8
3(27-38 Puan)	48	47,5
Toplam	101	100,0

Aile ile iletişimin değerlendirildiği ölçek soruları ile 74 olgunun (%73,3) sağlıklı aile içi iletişim olduğu saptandı (Tablo 18).

Tablo 18. Aile içi iletişimin değerlendirilmesi

Grup	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
Grup 1: Sağlıklı Aile İçi İletişim	27	26,7
Grup 2: Sağlıksız Aile İçi İletişim	74	73,3
Toplam	101	100,0

Ergenler için Arkadaşa Bağlanma Ölçeği ile özkıym girişiminde bulunanların arkadaşlarıyla iletişimlerinin puanlandı. Hastaların yarısından çoğunun iletişiminin kuvvetli olduğunu gösteren skorlar elde edilmiştir (Grup 4 ve 5). Dağılım tablo 19’da gösterildi.

Tablo 19. Özkıym girişiminde bulunanların arkadaşlarıyla iletişimlerinin puanlanması

Gruplar	Hasta Sayısı	
	N	Oran (%)
1(23-41 puan)	9	8,9
2(42-60 puan)	15	14,9
3(61-79 puan)	21	20,8
4(80-97 puan)	28	27,7
5(98-115 puan)	28	27,7
Toplam	101	100,0

Tablo 20’de gösterildiği şekliyle tekrarlayan özkıyım düşüncesi varlığı ile daha önce özkıyım girişimi varlığının kıyasladığımızda, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 20. Tekrarlayan özkıyım düşüncesi varlığı ile daha önce özkıyım girişimi varlığının kıyaslanması

Daha Önce Özkıyım Girişimi Varlığı	Tekrarlayan Özkıyım Düşüncesi Varlığı			Test
	Var (%)	Yok (%)	Toplam (%)	
Evet	19 (70,4)	25 (33,8)	44 (43,6)	Ki-Kare 0,001
Hayır	8 (29,6)	49 (66,2)	57 (56,4)	
Toplam	27 (100,0)	74 (100,0)	101 (100,0)	

Kendine zarar verme düşüncesi boyutu Grup 1’den Grup 3’e doğru özkıyım düşüncesinin belirgin ve ciddi artışı anlamına gelmektedir. Tablo 21’de kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile ile iletişiminin puanlanmasını kıyasladığımızda, aile ile iletişiminin sağlıklı olduğu olgularda kendine zarar verme düşüncesi boyutu ciddi kategoride olup, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 21. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile ile iletişiminin puanlanmasının kıyaslanması

Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu	Aile ile İletişiminin Puanlanması			Test
	1(%)	2(%)	Toplam(%)	
1	12 (44,4)	16 (21,6)	28 (27,7)	Ki-kare 0,013
2	7 (25,9)	18 (24,3)	25 (24,8)	
3	8 (29,6)	40 (54,1)	48 (47,5)	
Toplam	27 (100,0)	74 (100,0)	101 (100,0)	

Arkadaşa bağlanma ölçeğinde, Grup 1’den Grup 5’e doğru söz konusu bağlanma stilinde zayıflıktan güçlülüğe doğru bir gidişi yansıtmaktadır. Tablo 22’de Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile arkadaş ile iletişiminin puanlanmasının kıyaslandı. İstatistiksel olarak anlamlı saptanmadı.

Tablo 22. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile arkadaş ile iletişiminin puanlanmasının kıyaslanması

Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu	Arkadaş ile İletişiminin Puanlanması						Test
	1(%)	2(%)	3(%)	4(%)	5(%)	Toplam (%)	
1	3 (33,3)	4 (26,7)	6 (28,6)	8 (28,6)	7 (25,0)	28 (27,7)	-
2	2 (22,2)	5 (33,3)	3 (14,3)	8 (28,6)	7 (25,0)	25 (24,8)	
3	4 (44,4)	6 (40,0)	12 (57,1)	12 (42,9)	14 (50,0)	48 (47,5)	
Toplam	9 (100,0)	15 (100,0)	21 (100,0)	28 (100,0)	28 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 23’te aile stili ile kendine zarar verme nedenleri kıyaslandı. Otoriter ailelerde; aile içi problemler, koruyucu, izin verici ve demokratik ailelerde; içsel duygu durumu problemleri daha fazla saptandı.

Tablo 23. Aile stili ile kendine zarar verme nedenlerinin kıyaslanması

Kendine Neden Zarar Vermek İstemiş	Aile Stili				Toplam (%)	Test
	Demokratik (%)	İzin verici (%)	Koruyucu (%)	Otoriter (%)		
Aile ile problem	1 (6,3)	6 (18,8)	5 (29,4)	16 (44,4)	28 (27,7)	-
Arkadaş ile problem	2 (12,5)	5 (15,6)	1 (5,9)	3 (8,3)	11 (10,9)	
Karşı cins ile problem	2 (12,5)	3 (9,4)	4 (23,5)	6 (16,7)	15 (14,9)	
Maddi sebepler	1 (6,3)	3 (9,4)	1 (5,9)	1 (2,8)	6 (5,9)	
İçsel duygu durumu	6 (37,5)	9 (28,1)	6 (35,3)	10 (27,8)	31 (30,7)	
Sınav kaygısı	4 (25,0)	6 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (9,9)	
Toplam	16 (100,0)	32 (100,0)	17 (100,0)	36 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 24’de Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile stilleri kıyaslandı. Kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu grup 3’te en fazla görülen aile stili %35,6 ile otoriter aile stili olduğu görüldü.

Tablo 24. Aile stili ile kendine zarar verme düşüncesinin boyutunun kıyaslanması

Aile Stili	Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam (%)	
Demokratik	4 (14,3)	5 (20,0)	7 (14,6)	16 (15,8)	-
İzin Verici	12 (42,9)	11 (44,0)	9 (18,8)	32 (31,7)	
Koruyucu	4 (14,3)	3 (12,0)	10 (20,8)	17 (16,8)	
Otoriter	8 (28,6)	6 (24,0)	22 (45,8)	36 (35,6)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 25’te sigara, alkol kullanımı olan hastalar ile ailelerinde sigara, alkol kullanımı kıyaslandı ve çocuklarında kullanımın varlığı ve yokluğu, ailede kullanım durumuna göre etkilenmektedir. Bu durum, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0,05$).

Tablo 25. Hastada sigara, alkol kullanımı ile ailede sigara, alkol kullanımı kıyaslanması

Hastada Sigara, Alkol Kullanımı	Ailede Sigara, Alkol Kullanımı			Test
	Var (%)	Yok (%)	Toplam (%)	
Var	29 (49,2)	9 (21,4)	38 (37,6)	Ki-Kare 0,005
Yok	30 (50,8)	33 (78,6)	63 (62,4)	
Toplam	59 (100,0)	42 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 26’da kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile kendine zarar verme nedeni kıyaslandı. Kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu 3 numaralı grupta aile ile problem ve içsel duygudurum daha fazla saptandı.

Tablo 26. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile kendine neden zarar vermek istemiş kıyaslanması

Kendine Neden Zarar Vermek İstemiş?	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
Aile ile Problem	3 (10,7)	10 (40,0)	15 (31,3)	28 (27,7)	-
Arkadaş ile Problem	5 (17,9)	2 (8,0)	4 (8,3)	11 (10,9)	
Karşı Cins ile Problem	5 (17,9)	2 (8,0)	8 (16,7)	15 (14,9)	
Maddi Sebepler	1 (3,6)	2 (8,0)	3 (6,3)	6 (5,9)	
İçsel Duygudurum	10 (35,7)	6 (24,0)	15 (31,3)	31 (30,7)	
Sınav Kaygısı	4 (14,3)	3 (12,0)	3 (6,3)	10 (9,9)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 27’ de kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile anne babanın boşanmış veya birlikte olduğu kıyaslandı. Kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu 3 numaralı grupta anne, baba boşanmış olma oranı grup 1 ve grup 2’den daha fazla saptandı.

Tablo 27. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile anne, babanın boşanmış veya birlikte olmasının kıyaslanması

Anne/Baba Boşanmış veya Birlikte	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
Boşanmış	3 (10,7)	7 (28,0)	15 (31,3)	25 (24,8)	Ki-kare 0,123
Birlikte	25 (89,3)	18 (72,0)	33 (68,8)	76 (75,2)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Kendine zarar verme düşüncesi ile daha önce ilaç içme girişiminin kıyaslandığı tablo 28’de 1 numaralı grubun %85,7’sinde daha önce ilaç içme girişimi saptanmazken, 3 numaralı grubun %60,4’ünde daha önce ilaç içme girişimi saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$) .

Tablo 28. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile daha önce ilaç içme girişiminin kıyaslanması

Daha Önce İlaç İçme Girişimi Oldu mu?	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
Evet	4 (14,3)	11 (44,0)	29 (60,4)	44 (43,6)	Ki-kare 0,000
Hayır	24 (85,7)	14 (56,0)	19 (39,6)	57 (56,4)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 29’da kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada yeme bozukluğu varlığı kıyaslandı. Yeme bozukluğu saptanan hastaların sayısında ve yüzdesinde grup 1’den grup 3’e doğru gittikçe artış saptandı.

Tablo 29. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada yeme bozukluğunun kıyaslanması

Hastada Yeme Bozukluğu Varlığı	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
Var	2 (7,1)	5 (20,0)	12 (25,0)	19 (18,8)	Ki-kare 0,155
Yok	26 (92,9)	20 (80,0)	36 (75,0)	82 (81,2)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 30’da kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada sigara, alkol kullanımı kıyaslandı. Grup 1’den grup 3’e doğru gittikçe sigara, alkol kullanan hastaların sayısında ve yüzdesinde artış saptandı.

Tablo 30. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada sigara, alkol kullanımının kıyaslanması

Hastada Sigara/Alkol Kullanımı	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
Var	7 (25,0)	8 (32,0)	23 (47,9)	38 (37,6)	Ki-kare 0,111
Yok	21 (75,0)	17 (68,0)	25 (52,1)	63 (62,4)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Tablo 31’de kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile ailede sigara, alkol kullanımı kıyaslandı. Grup 3’te yer alan hastaların %66,7’sinin ailesinde sigara, alkol kullanımı saptandı.

Tablo 31. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile ailede sigara, alkol kullanımının kıyaslanması

Ailede Sigara/Alkol Kullanımı	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
Var	15 (53,6)	12 (48,0)	32 (66,7)	59 (58,4)	Ki-kare 0,255
Yok	13 (46,4)	13 (52,0)	16 (33,3)	42 (41,6)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Ailenin toplam aylık geliri ile kendine zarar verme düşüncesinin boyutunun kıyaslandığı tablo 32’de grup 1 ve grup 2 ‘de düşük seviyede aylık gelire sahip olgular daha fazla görülürken grup 3’te daha homojen bir dağılım gözlemlendi. İstatistiksel olarak anlamlı saptanmadı.

Tablo 32. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile ailenin toplam aylık gelirinin kıyaslanması

Ailenin Toplam Aylık Geliri	Kendine Zarar Verme Düşüncesi Boyutu				Test
	1(%)	2(%)	3(%)	Toplam(%)	
<12.000 TL	11 (39,3)	10 (40,0)	15 (31,3)	36 (35,6)	Ki-kare 0,672
12.000–40.000 TL	13 (46,4)	11 (44,0)	20 (41,7)	44 (43,6)	
>40.000 TL	4 (14,3)	4 (16,0)	13 (27,1)	21 (20,8)	
Toplam	28 (100,0)	25 (100,0)	48 (100,0)	101 (100,0)	

Hastalar taburculuk sonrası telefon ile aranarak taburculuk öncesi önerildiği gibi poliklinik kontrolüne gidip gitmedikleri sorgulandı. Olguların %40,5’i çocuk psikiyatri poliklinik kontrolüne gitmediği; %59,4 oranındaki hastanın poliklinik kontrolüne gittiği görüldü. Poliklinik kontrolüne giden hastaların %66,6’sına herhangi bir tanı konulmadığı saptandı. Tanı konulan 20 hastanın %40’ına majör depresyon, %10’una psikotik bozukluk, %20’sine bipolar bozukluk, %20’sine anksiyete bozukluğu, %10’una dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulmuş. Anksiyete bozukluğu tanısı koyulan hastaların hiçbirine ilaç başlanmamış. Psikotik bozukluk ve dikkat eksikliği

hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulan hastaların tamamına ilaç tedavisi başlanmış olduğu saptandı. Hastaların taburculuk sonrası takipleri Tablo 33’de özetlenmiştir.

Tablo 33. Hastaların taburculuk sonrası takipleri

Hastaların Taburculuk Sonrası Takipleri							
Poliklinik Kontrolüne Gitmemiş	41 (%40,5)						
Poliklinik Kontrolüne Gitmiş	60 (%59,4)	Tanı Koyulmamış	40(%66,6)				
		Tanı Koyulmuş	20 (%33,3)	Majör Depresyon	8 (%40)	Antidepresan Başlanmış	6 (%75)
						İlaç Başlanmamış	2 (%25)
				Psikotik Bozukluk	2 (%10)	Antipsikotik Başlanmış	2 (%100)
						İlaç Başlanmamış	0 (%0)
				Bipolar Bozukluk	4 (%20)	Antipsikotik Başlanmış	3 (%75)
						İlaç Başlanmamış	1 (%25)
				Anksiyete Bozukluğu	4 (%20)	İlaç Başlanmış	0 (%0)
						İlaç Başlanmamış	4 (%100)
				Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2 (%10)	Psikostimülan Başlanmış	2 (%100)
						İlaç Başlanmamış	0 (%0)

5. TARTIŞMA

Literatürde ergenlerde özkıyım plan ve girişimlerinin prevalansının 12 yaşına kadar çok düşük kaldığı ve daha sonra 15 yaşına kadar kabaca lineer bir şekilde arttığı ve 17 yaşına doğru daha yavaş bir şekilde arttığı bilinmektedir (58). ABD’de yayınlanan bir raporda, 10-14 yaş grubuna kıyasla daha büyük ergenlerde (15-19 yaş) özkıyım için yaşa özgü ölüm oranlarının 6 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Bu literatür bilgileriyle uyumlu olarak çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalama değeri $15,5 \pm 1,3$ yıl olarak bulunmuştur. Ergenlik döneminde gelişimsel açıdan psikopatoloji sıklığının artması, okul ve sınav baskısı, meslek sahibi olma ve iş bulma stresi, erkekler için askerlik gibi hayattaki önemli olayların bu yaş grubu içerisinde gerçekleşmesi, gençlerdeki hayata dair tecrübe eksikliği ve buna bağlı olarak kriz anlarını yönetmede başarısızlık, akran sorunları bu yaş grubunda özkıyım davranışlarında artışa sebep olabilir (28,59). Tüm bu sayılan nedenler özkıyım davranışının gençlerdeki sıklığının nedenlerini açıklayabilir.

Erkeklerin kadınlara göre üç kata yakın daha fazla intihar ettikleri bildirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerinde de erkeklerde özkıyım oranı kadınlara göre 2,3 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (2). Erkeklerde tamamlanmış özkıyım oranları ve kadınlarda ise özkıyım düşüncesi oranları daha yüksek olduğu saptanmıştır (60-62). Yapılan araştırmalara göre ergenlik döneminde kızların, erkeklere göre daha fazla özkıyım düşüncesi görülürken özkıyım girişiminde bulunma olasılıkları da daha yüksektir (63). ABD’de yayınlanan bir raporda, ergenlik döneminde erkeklerin intihar etme girişiminin kadınlardan dört kat daha fazla olduğunu, özkıyım düşüncesinin ise kadınlar arasında iki kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (31). Tüm olguların ilaçla özkıyım girişiminde bulunduğu çalışmamızda, özkıyım girişiminde bulunanların %82,2’si kız cinsiyette bulunmuştur. Cinsiyet bulgularımız literatürle uyumludur. Erkeklerin en sık tercih ettiği özkıyım yöntemlerinin ası, ateşli silah olması ve hastanemizde bu hastaların yetişkin acil travma bölümünde takip ve tedavisinin yapılması çalışmamızdaki bu sonuçta etkili olmuştur. Cinsiyete göre seçilen özkıyım yöntemlerinde kız cinsiyetin oldukça sık tercih ettiği ilaç alımı göz önüne alındığında ilaçlara ulaşımın daha kolay olması bu cinsiyet farklılığının nedeni olabilir (63).

Literatürde hastaların madde alımı sonrası hastane başvuru saatleri incelendiğinde, en çok başvurunun 18:00-00:00 saat aralığında olduğu bildirilmiştir (64, 65). Zöhre ve ark.'ı tarafından yapılan çalışmada hastaların %46'sının bu saat aralığında hastaneye başvurduğu görülmüştür (65). Bulgularımız literatürle uyumlu şekilde, olgularımızın yarıya yakınının 16:00-00:00 saat aralığında ilaç alımı yaptığı saptanmıştır. Özellikle bu saat diliminin seçilme nedeninin, olguların bu saatlerde evde bulunmaları ve özkıyım araçlarına daha kolay ulaşılabilmelerinin etken olduğunu ve olgunun kendisine daha kolay dikkat çekebileceği bir saat dilimi olabileceğini de düşünmekteyiz.

İlaç ile özkıyım girişimi sonrasında zehirlenme potansiyeli olan hastaların değerlendirilmesinde tam ve sistematik bir yaklaşım gereklidir. Bu hastaların vital bulguları değerlendirilmeli, uygun aralıklarla bu değerlendirme tekrarlanmalıdır (66). Çalışmalarda hastaneye başvuru anındaki semptomlara dair bilgiler kısıtlıdır. Yeşil ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada olguların hastaneye en sık başvuru semptomunun bulantı-kusma ve karın ağrısı olduğu görülmüştür (67). Çalışmamızda, özkıyım girişimi nedeniyle başvuranların bir kısmında semptom gözlenmedi (%49,5). En fazla görülen semptom, semptomu olan olguların %42,2'sinde (n=24) görülen bulantı ve kusma idi (Tablo 11). İlaç alımı sonrası gelişen pişmanlık ve korku nedeniyle, alınan ilacın etkisiyle veya çevresindeki insanlar tarafından uyarılan öğürme refleksinin bulantı-kusmaya neden olduğu düşünmekteyiz. Özkıyım girişimi nedeniyle başvuranların %72,3'ünün (n=73) fizik muayenelerinde bir özellik saptanmadı. En fazla saptanan fizik muayene bulgusu hastaların %8,9'unda (n=9) görülen batın hassasiyeti idi (Tablo 9).

Acil servise özkıyım girişimi nedeniyle başvuran hastaların çoğundan tam kan sayımı, biyokimyasal belirteçler, idrar tahlili, kan gazı tetkikleri ve EKG tetkikleri yapılmaktadır. Kan tetkikleri klinik durum ve prognoz için önemlidir. Özkıyım vakalarında, yüksek doz alınan asetaminofen haricinde rutin toksikolojik tarama testleri ilk başta gereksizdir (66). Kıyan ve ark.'ının yapmış oldukları çalışmada laboratuvar tetkiklerinin %74,8'inin normal olduğu saptanmıştır (68). Özkıyım girişimi nedeniyle değerlendirilen olguların yapılan tetkiklerinde, 40 olgunun (%36,3) tetkiklerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Saptanan en sık patoloji ise EKG değerlendirmelerindeki sinüs taşikardisi idi. Madde alımı sonrası gelişen pişmanlığın ve korkunun sinüs taşikardisine neden olduğu düşünmekteyiz. Sinüs taşikardisinden sonra

en sık görülen patolojilerin ise parasetamol düzeyi yüksekliği (%9,1) ve karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği (%9,1) olduğu saptandı. Bunun sebebinin ise çalışmamızdaki olguların en sık içtiği ilaç gruplarından biri olan parasetamol etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Ülkemizde, 2022 yılı 15-19 yaş grubu özkıyımına bağlı 410 ölümden en çok başvurulmuş yöntemlerinin sırasıyla ası (%30,2), ateşli silah kullanma (%25,6), yüksekten atlama (%22,2) ve kimyasal madde-ilaç alımı (%15,9) olduğu TÜİK tarafından raporlanmıştır (21). Yavuz ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada ölümle sonuçlanan özkıyım olgularında, ateşli silah (%31,5) kullanımının ilk sırada olduğu ve bunların %82'sinin 15-24 yaş aralığındaki erkeklerin oluşturduğu görülmektedir. Ateşli silah kullanımını ası (% 29,6) ve kimyasal madde (% 27,8) alımı takip etmektedir (27). Devrimci ve ark.'nın yaptığı araştırmada ise her iki cinsiyette de en çok kullanılan yöntem yüksek dozda ilaç alımı olduğu bildirilmiştir (40). Bayam ve arkadaşları, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine özkıyım girişimiyle başvuran 14-21 yaş arası 60 ergeni (47 kız, 13 erkek) inceledikleri çalışmada, %93,3'ünün yüksek dozda ilaç kullandığı belirlendi (41). Ülkemizde UZEM'in 2021 yılında yayınladığı raporunda ise 2014-2020 yılları arasında yıllık ortalama 200.000 zehirlenme vakasının değerlendirildiği belirtilmiştir. 2019 yılında toplam 217.936 vakanın %46,63'ü (101.631), 2020 yılında ise toplam 187.528 vakanın %43,11'i (80.852) özkıyım amaçlı çoğunluğu oral alınan ilaçlar ve diğer kimyasallar nedeniyle UZEM'e danışılmıştır. UZEM'e başvuran tüm olgular içinde 10-19 yaş grubunun 2019 yılında %22, 2020 yılında ise %18,3 olduğu görülmüştür (42). Adölesan özkıyım girişimlerinin çoğunluğunda mortalite düzeyi düşük olup, yaklaşık %5-10'luk bir bölümünün ciddi ölüm olasılığı içermektedir (33). Çocuklar evde bulunan ve kendilerine çok zarar vermeyeceğini düşündükleri için ilaç alım yöntemini seçebilmektedirler (69). Çalışmamızda çocuk acil polikliniğimizde sadece özkıyım yöntemi olarak ilaç alan hastaların değerlendirilmesi yapılmakta olup, travmatik özkıyım girişimlerinin (ası, kesi, silah kullanımı vs.) kurumumuz yetişkin acil travma polikliniğinde değerlendirilmesi nedeniyle çalışmamızda sadece ilaç alımı ile özkıyım girişimleri değerlendirilmiştir.

Kazara veya özkıyım amaçlı ilaç alımlarında en sık kullanılan ilaçların non steroid anti enflamatuar ilaçlar, parasetamol ve antidepresanlar olduğu görülmüştür (68,

70-73). Çalışmamızdaki özkıyım girişiminde bulunan olguların 45'inin (%44,6) kendi ilaçlarını kullandıklarını belirttiler (Tablo 3). Özkıyım nedeniyle alınan ilaçların, birçok evde sık bulunabilecek ilaçlar olduğu görülmektedir. Literatür ile uyumlu olarak, çalışmamızda en sık kullanılan ilaçlar, parasetamol ve nonsteroid antiinflatuar ilaçların olduğu görülmektedir. Bu nedenle, kolay ulaşılabilen ilaçların kontrol altında tutulması, yüksek dozlara bağlı ölüm riski olan ilaçların reçetesiz verilmemesi, ergenlerin özkıyım söylemlerinin aileler, arkadaşları veya öğretmenleri tarafından dikkate alınması önemlidir.

Geçmişinde birden fazla özkıyım girişim öyküsü olan bireyler, özkıyım girişimi ve tamamlanması konusunda çok yüksek risk altındadır (74-76). Daha önce özkıyım girişiminde bulunmuş bireylerde, sonraki girişimlerinde mortalite riskinin 10-60 kat arttığı bildirilmiştir (69). Ergenler ile yapılan bir çalışmada; kendine zarar verme sayısı ve kullanılan yöntem çeşitliliğini, artmış özkıyım riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (77). Yine aynı şekilde tekrarlayıcı ve ağır formlarda kendine zarar veren ergenlerin %28'i özkıyım girişiminde bulunduğunu belirtirken; sınırlı sayıda ve hafif formlarla kendine zarar verenlerin ise %1'i özkıyım girişiminde bulunduğunu görülmüştür (78). Tekrarlayan kendine zarar vermenin riskli olduğu ve 5 yılda %1,7, 10 yılda %2,4 ve 15 yılda %3'e kadar artan oranlarda özkıyım girişimi olduğunu belirtmişlerdir (79). Çalışmamızda Tablo 20'de gösterildiği şekliyle tekrarlayan özkıyım düşüncesi (%26,7) varlığı ile daha önce özkıyım girişimi (%43,6) varlığını kıyasladığımızda, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$). Olguların %43,6 ($n=44$) 'sında daha önce özkıyım girişiminde bulunduğu görüldü. Aynı zamanda Tablo 28'de kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile daha önce ilaç içme girişimi kıyaslanmış olup BİDÖ'ye göre özkıyım düşüncesi fazla olan grup 3'te daha önce ilaç içen hasta oranı %60,4 saptanırken BİDÖ'ye göre bu düşüncenin az olduğu grup 1 'de bu oran %14 olarak görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$). Özkıyım girişimlerinin önemli bir bölümünde, geçmişte bir özkıyım girişim öyküsünün olduğu ve yapılan her girişimin bir sonraki özkıyım girişimi riskini arttırdığı araştırmalarla gösterilmiştir (80, 81). Birden fazla sayıda kendine zarar verme öyküsü olan bireylerin %39'unun, bir kez olan bireylerde ise %21'inin özkıyım davranışı (özkıyım plan, girişim, düşünce) gösterdiği bulunmuştur (82). Çalışmamızda, olguların kendilerine zarar verme düşünceleri BİDÖ

ile sorgulandığında kendine tekrardan zarar verme ve intihar etme ihtimali en yüksek grup olan “3 numaralı” grubun %47,5 olduğu görülmektedir.

Ülkemizde yapılan ve kendine zarar verme davranışı sergileyen gençleri içeren bir araştırmada ebeveynleri ayrılmış olanlarda kendine zarar verme davranışının daha sık olduğu bulunmuştur (83). TÜİK verilerine göre bin nüfus başına düşen boşanma sayısını ifade eden kaba boşanma hızı 2023 yılında binde 2,01 olarak saptanmıştır. Olguların aile yapılarına bakıldığında ebeveynlerin evlilik ve boşanma durumu ile özkıyım davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. Olguların %24,8’inin ebeveynlerinin boşanmış olduğunu belirtmiştir. Araştırmalarda ebeveynlerdeki boşanmanın özkıyım ile ilişkisinde çelişkili bulgular mevcut olup, özkıyım davranışı üzerindeki etkisinin oldukça düşük olduğu belirtilmiştir. Boşanma sonrası dönemde ilişkisel ve ekonomik zorluklar üzerinden özkıyım ile zayıf bir ilişki olabileceği vurgulanmıştır (63, 84-87).

Yapılan bir çalışmada, düşük anne eğitim düzeyinin özkıyım girişimi ile ilişkili olduğu bildirilirken, babaların eğitim düzeyiyle ilişkili olmadığı bildirilmiştir (88). Eğitim düzeyi yönünden sonuçlarımız incelendiğinde lise ve üniversite mezunu anneler %34,7, babalar ise %43,5 olarak görülmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda, özkıyım girişiminde bulunan çocukların ebeveynlerin özellikle de annelerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda olguların %35,6’sının ailelerin toplam aylık gelirleri asgari ücret gelir düzeyi ve altında olduğu bulunmuştur. Yapılan çoğu araştırmada bildirildiğine göre düşük gelir durumu özkıyım girişiminde bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (89-91). Çalışmamızda ailenin toplam aylık gelirleri ile kendine zarar verme düşüncesinin boyutu kıyaslandı. Kendine zarar verme düşüncesinin az olduğu grup 1 ve grup 2 ‘de düşük seviyede aylık gelire sahip olgular daha fazla görülürken; grup 3’te daha homojen bir dağılım gözlemlendi (Tablo 32). İstatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı.

Kendine zarar veren ergenlerin %60’ında en az bir madde kullanımı olduğu bildirilmiştir (77). Alkol ve madde kullanımının kendine zarar vermede kolaylaştırıcı rol oynadığı ve bunları kullananların daha ölümcül kendine zarar verme yöntemleri kullandıkları ve daha çok özkıyım girişiminde bulundukları bildirilmiştir (92). Özkıyım girişiminde bulunan gençlerin %25-46’sı ve tamamlanmış özkıyımların yaklaşık %20’sinin vücutlarında alkol veya başka bir ilaç tespit edilmiştir (93). Çalışmamızda,

özkıyım girişiminde bulunanların %35,5'i sigara, %5,6'sı alkol kullanmaktadır. Madde kullanımı ve daha spesifik olarak alkol kullanımı, özellikle daha büyük yaştaki ergenlerde ve erkeklerde özkıyım riskiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir (80). Birçok büyük ileriye dönük epidemiyolojik çalışma, sigara kullanımı ile sonraki özkıyım ölümleri arasında önemli pozitif ilişkiler olduğunu belgelemiştir (94). Özellikle özkıyım girişimi için risk faktörü olan psikiyatrik hastalıkların bağlı olarak sigara tüketimi artmakta ve sigara ile özkıyım davranışı arasındaki doğrudan ilişkinin araştırılması kolay olmamaktadır (95). Sigara, alkol kullanımı olan hastalar ile ailelerinde sigara, alkol kullanımı kıyaslandı (Tablo 25) ve çocuklarında kullanımın varlığı ve yokluğu, ailede kullanım durumuna göre etkilenmektedir. Bu durum, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0,05$).

Çalışmamızda, ailede özkıyım öyküsü 23 kişide (%22,8) görülmüştür. Literatürde özkıyım girişimi olan gençlerin aile bireylerinde de özkıyım davranışı varlığının arttığı bildirilirken, bazı çalışmalarda ailedeki özkıyım girişimi ile ilişkisinin olmadığı da bildirilmiştir (96, 97). Ailede kendine zarar verenlerin bulunması, erkek ergenlerde kendine zarar verme riskini 3,3 kat; kızlarda ise 2,8 kat arttırdığı bildirilmiştir (79).

Hastalık varlığı ile özkıyım eğilimi arasında ilişki olmadığına dair araştırmalar literatürde bulunmaktadır. Fakat kronik hastalığı olan gençlerin depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale geldikleri ve buna bağlı olarak özkıyım riskinin arttığı düşünülmektedir (98, 99). Olguların kendilerine zarar verme nedenleri sorgulandığında en sık içsel duygudurum problemleri ve sonrasında ailesel problemlerin olduğu görülmektedir (Tablo 16). Literatürde, özkıyım girişimi veya düşünceleri olan gençlerin %70-90'ında bir psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (80, 100, 101). Özkıyım girişiminde bulunan olgular incelendiğinde en sık görülen psikopatolojinin depresyon olduğu saptanmıştır (58, 102). Kendine zarar veren ergenlerin %42-68'inde major depresyon olduğu ve buna diğer depresif bozukluklar da eklendiğinde bu oranın yaklaşık %89'a yükseldiği görülmektedir (103). Çalışmamızda ise özkıyım girişiminde bulunanların 19'unda (%18,8) bipolar bozukluk ve depresyon vardır. Çalışmamızda büyük çoğunluğun bilinen hastalığı olmasa da, bilinenlerin çoğunda psikiyatrik bozukluk olduğu görülmektedir. Belki detaylı bir psikiyatrik inceleme ile bilinen hastalığı olmayan grupta da herhangi bir psikiyatrik hastalık için yeni tanı almış bireyler

bulunabilecektir. Ülkemizde bilinen nedenler içerisinde en sık özkıyım nedenleri hastalık, geçim sıkıntısı ve aile içi sağlıklı iletişimdir. Bu nedenlere bağlı olarak kişiler umutsuz ve çaresiz bir ruh haline girmesi sonucu depresif ruh haline bürünüp intihar edebilmektedirler (28, 104). Ayrıca çalışmamızda BİDÖ'ye göre kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu grup 3'te en fazla saptanan sebepler %31,3 oranı (n=15) ile içsel duygudurum ve aile içindeki problemler olarak görüldü. Üçüncü en sık saptanan tetikleyici faktör ise %16,7 (n=8) ile karşı cins ile problem görüldü. (Tablo 26).

Ailenin diğer üyelerindeki ruhsal bozukluklar, ergendeki kendine zarar verme ve özkıyım davranışı için risk etkeni olabilmekte ve literatüre bakıldığında ailede ruhsal bozukluk ile ergenin kendine zarar verme arasında ilişki olduğu vurgulanmıştır (105-109). Tam tersi olarak ebeveyn psikopatolojisinin ergenlerdeki özkıyım riskine katkısının olmadığını bildiren araştırmalarda bulunmaktadır (87). Çalışmamızda aile fertlerinin büyük çoğunluğunda psikiyatrik bir problemin olmadığı görüldü (%69,3). En sık psikiyatrik problem yaşayan aile ferdinin anneler (%17,8) olduğu görüldü.

Sosyal ve ailesel etkenler, bireyin psikopatolojiye yatkınlığını ve uyum sorunlarını arttırması nedeniyle özkıyım girişimine sebep olabileceği belirtilmektedir (110). Ülkemizden yapılan iki farklı çalışmada özkıyım girişiminde rol oynayan faktörler olarak aile ile çatışma sırasıyla %56,9 ve %49,2 oranlarında tespit edilmiştir (69, 111). Özkıyım davranışında bulunan ergen ailelerinin daha az destekleyici ve daha fazla çatışmacı olduğu, düşmanca tutumların ön plana çıktığı gösterilmiştir (69, 112). Çalışmamızda aile ile iletişimin değerlendirildiği ölçek soruları ile 74 olgunun (%73,3) sağlıklı aile içi iletişim olduğu saptandı. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile ile iletişiminin puanlanmasını kıyasladığımızda (Tablo 21), aile ile iletişiminin sağlıklı olduğu olgularda kendine zarar verme düşüncesi boyutu ciddi kategoride olup, istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$).

Aile içi ilişkide ve iletişimde yetersizlik, çok yüksek veya düşük ebeveyn beklentisi ve ebeveynlerin gençlerin aşırı kontrolünü içeren tutumları, gençlerde özkıyım ve özkıyım girişimi riskini 1,4-3,6 kat arttırmaktadır (110). Otoriter ailelerin, kesin ve net kuralları vardır ve baskıcı bir tutum içindedir. Aileler çocuklarından bu kurallara koşulsuz itaat etmelerini istemektedirler ve çocukların görüşlerini dikkate almazlar. İzin verici ailelerde ise çocuk ve ebeveynleri arasında yakın bir iletişim vardır

ve çocuklarına kuralcı bir tavır sergilemezler (57). Çalışmamızda, kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile stilleri kıyaslandığında (Tablo 24), kendine zarar verme düşüncesi otoriter aileye mensup bireylerde daha fazla görülmüştür. Aile stili ile kendine zarar verme nedenleri kıyaslandığında (Tablo 23) ise otoriter ailelerde; aile içi problemler, koruyucu, izin verici ve demokratik ailelerde; içsel duygu durumu problemleri daha fazla saptandı.

Kendine zarar verme davranışının etiyolojisinde önemli rol oynayan etmenlerden olan arkadaş ilişkilerindeki zorluklar, kendine zarar verme davranışında artışa sebep olurken, olumlu arkadaş ilişkilerinin ise akran zorbalığını önleyerek, ergenleri kendine zarar vermeden koruduğu bildirilmiştir (113, 114). Gençlerde kendine zarar verme davranışı olanların olmayanlara göre arkadaş ilişkileri, iki kat daha kötü bulunmuştur (83). Arkadaş ilişkilerine bakıldığında ise özkıyım girişiminde bulunanların arkadaşlarıyla iletişimleri, "Ergenler İçin Arkadaşa Bağlanma Ölçeği" ile puanlandı. Olguların yarısından çoğunun iletişiminin kuvvetli olduğunu gösteren skorlar elde edilmiştir (Grup 4 ve 5). Ancak, Tablo 22'de kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile arkadaş ile iletişiminin puanlanmasının kıyaslanmasında görüldüğü üzere özkıyım düşüncesi, arkadaş ile iletişimin güçlü olmasından pek etkilenmemiş olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda intihar etmiş veya düşüncesinde olan gençlerde arkadaş desteği olarak algılanan olayların esasında akranlarla artmış riskli davranış birlikteliği, antisosyal davranım sorunu, suçluluk ve uygunsuz duygusal baş etme yöntemleri ile ilişkili olduğu ve bu nedenlerle bu desteğin olumsuz olabileceğini ifade edilmektedir (63,115). Başka bir çalışmada ise ergen özkıyım düşüncelerinin arkadaşlarıyla kurdukları sapkın, madde kullanımını ve depresyonu pekiştiren ilişkiler yoluyla arttığı bildirilmiştir (63, 116, 117).

Çocuk ve ergenlerde taklit etme duygusunun yüksek olmasından dolayı ailesi veya yakınlarından birinin intihar etmesi onları olumsuz etkilemektedir. Bu da özkıyımı meşru görmesine neden olacaktır (118). Çalışmamızda olguların %22,8 (n=23) 'inin ailesinde daha önce özkıyım girişimi olduğu saptandı.

Parçalanmış ailelere sahip bireylerde özkıyım düşüncesi ve girişimi daha yüksek oranda görülmektedir. Yapılan bir çalışmada boşanmış ya da ayrı yaşayan ailelerde risk birlikte yaşayan ailelere göre on bir kat fazla saptanmıştır (119). Çalışmamızda kendine

zarar verme düşüncesinin boyutunu gruplandırdığımızda özkıyım düşüncesinin fazla olduğu gruptaki hastaların ailesinin boşanma yüzdesi diğer iki gruba göre belirgin fazla saptandı (Tablo 27).

Yeme bozuklukları fiziksel ve psikososyal işlev bozukluğuna sebep olan ve kimi zaman ölüme yol açabilen ciddi hastalıklardır. Genç kızlarda erkeklere göre daha sık görülür. Yeme bozukluklarına diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesi özkıyım düşüncesini daha da artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu olan bireylerin özkıyım düşüncelerinde ve özkıyım sonrası ölüm riskini daha çok artıran yöntemlerin yapılması diğer bireylere göre daha fazla saptanmıştır (120). 201 hasta ile yapılan retrospektif başka bir çalışmada yeme bozukluğu hastalıkları içinde en fazla ölüm oranına sahip hastalığın anoreksiya nervoza olduğu saptanmıştır (121). Çalışmamızda da BİDÖ'ye göre kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu grup 3'teki hastaların %25 (n=12)'inde yeme bozukluğu saptanmış olup bu oranın diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptandı. (Tablo 29)

Sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıkların kullanımı erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da artış göstermektedir. Zararlı madde alışkanlığı olan bireylerin sosyal yaşamdan soyutlanması ve duygudurum bozukluğunda artış mevcuttur. Bu da özkıyım düşüncesi ve davranışını kolaylaştırmaktadır. Brent ve ark'ının çalışmalarında ergenlerde alkol kullanımının, depresif bulgulardan bağımsız olarak da özkıyımla ilişkili olduğu, başa çıkma stratejilerini kısıtladığı, inhibisyon ve dürtüsellik gibi bilişsel becerilerde bozulmaya sebep olduğu ve bu bozulmaların özkıyım davranışını artırdığı saptanmıştır(122). Bizim çalışmamızda sigara alkol kullanan hastalarda BİDÖ'ye göre kendine zarar verme düşüncesinin boyutunun fazla olduğu grup 3 'te olguların %47,9 (n=23)'unda sigara, alkol kullanımı saptanırken; kendine zarar verme düşüncesinin az olduğu grup 1 olgularında bu oran %25 (n=7) saptandı (Tablo 30).

Aile içinde zararlı madde kullanımı olması aile iletişimini negatif yönde etkilemekte ve aile bireylerinin depresyon, kişilik bozukluğu ve dolayısıyla özkıyım düşüncesini artırmaktadır. Ayrıca ailede zararlı madde kullanımının artışı rol model davranışıyla ergenlerde de sigara alkol kullanımını artırmaktadır. Bu da özkıyım düşüncesinde artışa sebep olmaktadır. Tablo 31'de görüldüğü gibi ailede sigara, alkol kullanımı olan ergenlerin kendine zarar verme düşüncesinde belirgin artış saptandı.

BİDÖ'ye göre kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu grup 3 'teki ergenlerin %66,7'sinin ailesinde sigara ve alkol kullanımı olduğu saptandı.

Sonuç olarak, çalışmamız özkıym girişiminde bulunan bireylerin özelliklerini ölçeklere dayalı olarak ortaya koymasıyla önem kazanmaktadır. Ülkemizde ve dünyada sıklığı giderek artan çocuk özkıymılarına neden olabilecek etkenleri tespit edebilmek için daha çok sayıda, çok merkezli daha büyük gruplarda çalışma yapılması daha yararlı olacaktır.

5.1. SINIR VE KISITLAMALAR

Çalışmamızda hastalar tek bir merkezdeki gönüllülerden seçilmiştir. Sınırlı bir örneklem grubu olması verilerin genellenmesini zorlaştırmaktadır.

Bu çalışma, klinik grupta yapılan kesitsel bir olgu çalışmasıdır. Hastalıklar ve etki eden etiyolojik etkenler arasında daha net ve uygun bir nedensellik ilişkisi belirlemek için uzun süren prospektif çalışmalar gereklidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil servisine özkıyım nedeniyle başvuran 101 hastayı prospektif olarak incelediğimiz çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $15,5 \pm 1,3$ saptandı. Olguların %17,8 (n=18) 'i erkek, %82,2 (n=83) 'si kadın saptandı. Hastaların %37,6 (n=38)'sında sigara, alkol kullanımı olduğu görüldü. 91 hastanın öğrenci olduğu, 10 hastanın okumadığı görüldü. Hastaların %24,8 (n=25) 'inin anne babasının boşanmış olduğu görüldü. 44 hastanın daha önce ilaç içme girişiminde bulunduğu saptandı.
2. Hastaların tamamının hastaneye başvurusunda 114 UZEM arandı. UZEM önerisiyle olguların %55,4 (n=56) 'üne çocuk acil servisinde aktif kömür, gastrik lavaj uygulandı. 8 hastanın (%7,9) takibi süresince YBÜ takibi gerekti.
3. Hastaların ebeveynlerinin eğitim durumu incelendiğinde ortaokul ve altı eğitim düzeyi annelerde %65,5 ; babalarda ise % 56,5 olarak saptandı. 15 olgunun (%14,9) annesinin, 13 olgunun (%12,9) babasının üniversite mezunu olduğu görüldü.
4. Hastaların büyük çoğunluğunun (%62,4) herhangi bir kronik hastalığı olmadığı saptandı. Kronik hastalığı olan 38 hastanın 32 'sinde psikiyatrik bozukluk olduğu görüldü.
5. Özkıyım amaçlı alınan ilaçları incelediğimizde; en fazla alınan ilaç grubunun %19,6 (n=28) oran ile non steroid anti inflamatuvar ilaçlar olduğu saptandı.
6. Olguların günün hangi saatinde ilaç içtiklerini sorguladığımızda olguların %48,5 (n=49)' inin 16:00-00.00 saatleri arasında ilaç içme girişiminde bulundukları görüldü.
7. 73 olguda herhangi bir fizik muayene bulgusu saptanmadı. En sık saptanan fizik muayene bulgusu 9 hastada görülen batında hassasiyet idi.
8. Çalışmamızda hastaların tetkikleri de incelendi. 40 hastanın tetkiklerinde patoloji saptanmadı. En fazla saptanan bozukluk 20 hastada sinüs taşikardisi idi.
9. Olguların semptomları incelendiğinde en fazla görülen semptom bulantı, kusma idi.

10. Olguların ailesinde sigara, alkol kullanımı sorgulandığında hem annede, hem babada en sık sigara kullanımı görüldü.
11. Hastaların ebeveynlerinin psikiyatrik problemi olup olmadığı sorgulandığında çoğunun (n=70) ailesinde psikiyatrik bozukluk olmadığı görüldü. Ailelerde en sık psikiyatrik bozukluk %17,8 (n=18) ile annelerde saptandı.
12. Aile Stili Ebeveyn Tutum Ölçeği ile olguların aile stili incelendi. Olguların %15,8 (n=16) 'inde demokratik , %31,7 (n=32) 'sinde izin verici , %16,8 (n=17) 'inde koruyucu , %35,6 (n=36) 'sında otoriter aile stili görüldü. En sık özkıyım düşüncesi otoriter aile stiline sahip ergenlerde görüldü. Bu sebeple ailelerin çocuklarına karşı daha anlayışlı, kişisel düşüncelerine daha saygılı olmalarının hastaların özkıyım düşüncesinde ciddi azalmalara katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.
13. Olguların kendine zarar verme nedenleri sorgulandığında en sık saptanan sebepler içsel duygu durum (%30,7) ve aile içi problemler (%27,7) idi.
14. Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) ile hastaların kendine zarar verme düşüncesi boyutları incelendi. Olguların %47,5 (n=48) 'inin kendine zarar verme düşüncesinin fazla olduğu grup 3 içinde olduğu görüldü.
15. Olguların aile ile iletişiminin değerlendirilmesi Aile Değerlendirme Ölçeği İletişim Alt Ölçeği ile sorgulandı. Hastaların %73,3 (n=74) 'ünün sağlıklı aile içi iletişime sahip olduğu görüldü. Bu sebeple aile içi iletişimde gerek ergenlerin, gerek ailelerinin daha dikkatli olması, birbirlerine karşı daha anlayışlı olmaları gerekmektedir.
16. Ergenler için Arkadaşa Bağlanma Ölçeği ile olguların arkadaşları ile iletişimi sorgulandı. Olguların yarısından çoğunun iletişimin kuvvetli olduğunu gösteren grup 4 ve grup 5 içinde yer aldığı görüldü.
17. Hastaların tekrarlayan özkıyım düşüncesi ile daha önce özkıyım girişimi kıyaslandı. Tekrarlayan özkıyım düşüncesi olan hastaların %70,4 (n=19) 'ünde daha önce de özkıyım girişimi olduğu görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$). Bu sebeple bir kez özkıyım girişimi olan hastaların çocuk psikiyatri poliklinik takiplerine mutlaka gitmeleri, daha yakından takip edilmeleri gerekmektedir.

18. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile içi iletişim kıyaslamamızda; aile içi iletişimin sağlıklı olduğu hastaların %54,1 (n=40) 'inde kendine zarar verme düşüncesi boyutu fazla saptandı (Grup 3) . İstatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$). Bu sebeple aile içinde aile bireylerinin düşüncelerini rahat ifade edebilmeleri, herkesin ayrı bir birey olduğu düşüncesi ile sağlıklı iletişim kurmaları özkıyım düşüncesi ve girişiminde ciddi azalmalara yol açacaktır.
19. Ergenlerin arkadaş ile iletişimleri ile BİDÖ aracılığıyla kendine zarar verme düşüncesinin boyutu kıyaslandı. Arkadaş ile iletişimin özkıyım düşüncesine etkisi saptanmadı. İstatistiksel olarak anlamlı saptanmadı.
20. Olguların aile stili ile kendine zarar verme nedenleri kıyaslandığında otoriter aile stiline sahip olguların çoğunlukla (%44,4) aile içi problemlerden kaynaklı özkıyım girişiminde bulunduğu görülürken, diğer aile stillerinde içsel duygu durum problemleri daha sık görüldü.
21. BİDÖ aracılığıyla değerlendirilen kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile aile stili kıyaslandığında ise kendine zarar verme düşüncesinin boyutunun fazla olduğu grup 3'teki hastaların %45,8 (n=22) 'inin otoriter aile stiline sahip olduğu görüldü.
22. Ailede sigara, alkol kullanımı ile olgularda sigara, alkol kullanımı kıyaslandığında ergenlerin aile içi sigara, alkol kullanımından etkilendiği görüldü. Ailede sigara, alkol kullanılan hastaların %49,2 (n=29) 'sinin sigara, alkol kullandığı ; ailesinde sigara , alkol kullanılmayan hastaların %78,6 (n=33) 'sında sigara, alkol kullanımı olmadığı görüldü. İstatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$). Sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıkların sağlığa zararlarının yanında ergenlerin de bu zararlı alışkanlıkları ebeveynlerinden görüp içme riski nedeniyle anne babanın bu alışkanlıklarını kullanmamaları önerilmelidir.
23. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile kendine zarar verme nedeni kıyaslandığında kendine zarar verme düşüncesi fazla olan grup 3'te en sık nedenler (%31,3) aile içi problem ile içsel duygudurum problemi idi. Bu sebeple içsel duygudurum bozukluğu olan bireylerin gerek sosyal yaşamda, gerek aile içi ilişkilerinde her zaman desteklenmeleri, yalnız olmadıklarının hissettirilmesi özkıyım oranlarının azalmasına katkı sağlayacaktır.

24. Olguların kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile anne, babanın boşanmış veya birlikte olması kıyaslandı. Kendine zarar verme düşüncesi grup 1 'den grup 3'e doğru artmakla birlikte anne baba boşanmışlık oranı da artış göstermektedir.
25. Kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile daha önce ilaç içme girişimi kıyaslandı. Grup 3 'teki hastaların %60,4 (n=29) 'ünde daha önce özkıyım girişimi mevcut iken, grup 1 'deki hastaların %85,7 (n=24) 'sinde daha önce özkıyım girişimi saptanmadı. İstatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0,05$).
26. Hastaların yeme bozukluğu varlığı ile kendine zarar verme düşüncesinin boyutu kıyaslandı. Hastaların yeme bozukluğunda grup 1'den grup 3'e doğru gittikçe artış saptandı. Yeme bozukluğu olan hastaların tedavi edilmesi, psikolojik destek sağlanması özkıyım düşüncesinin azalmasına katkı sağlayacaktır.
27. Olguların kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile hastada sigara, alkol kullanımı kıyaslandı. Grup 1'den grup 3'e doğru gittikçe sigara, alkol kullanan hastaların sayısında ve yüzdesinde artış saptandı. Bu sebeple ergenlerin sigara, alkol kullanımının önüne geçilmeli, bu zararlı alışkanlıklar yerine daha farklı hobiler edinmeleri konusunda teşvik edilmelidir.
28. Hastaların kendine zarar verme düşüncesinin boyutu ile ailede sigara, alkol kullanımı kıyaslandı. Grup 3'te yer alan hastaların %66,7'sinin ailesinde sigara, alkol kullanımı saptandı.
29. Olgular taburculuk sonrası telefon ile aranarak çocuk psikiyatri polikliniğine gidip gitmedikleri sorgulandı. Hastaların %40,5 (n=41)'inin poliklinik kontrolüne gitmediği görüldü. Poliklinik kontrolüne giden hastaların % 66,6 'sına herhangi bir tanı koyulmadığı görüldü. Tanı koyulan hastalar incelendiğinde 8 hastada majör depresyon, 2 hastaya psikotik bozukluk, 4 hastaya bipolar bozukluk, 4 hastaya anksiyete bozukluğu, 2 hastaya dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı koyulduğu saptandı. Hastaların taburculuk sonrası çocuk psikiyatri poliklinik takiplerine gitmeleri, gereklilik halinde ilaç tedavisi başlanmasıyla tekrarlayan özkıyım düşüncesinin azalmasına katkıda bulunacağını düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Gökçek MB, Aslaner H, Çetin A, Yıldız S, Benli AR. 2019 yılında Kayseri’de gerçekleşen ölüm ile sonuçlanan intihar vakalarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;32(1):29-33.
2. World Health Organization (WHO). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet. 2012;379(9834):2373-82.
4. Erkal A. Klasik Türk şiirinde intihar olgusu ve Âsâf (Mahmud Celâleddin Paşa)’nin intihar kasidesi. Eski Türk Edebiyatı Araştırmaları Dergisi. 2023;6(2):339-62.
5. Barraclough B, Shepherd D. A necessary neologism: the origin and uses of suicide. Suicide Life Threat Behav. 1994;24(2):113-26.
6. Türk Dil Kurumu Başkanlığı. Türk Dil Kurumu Sözlükleri, <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 21.08.2023 [
7. Özsoy SD, Eşel E. İntihar (özkıym). Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003;4:175-85.
8. Ceyhun B. 1980-1990 yılları arasında Türkiye’de yapılan intihara ilişkin yayınların çok yönlü değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 1994;2(1):255-60.
9. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:307-30.
10. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA Practice Guidelines. 2010;1:183.
11. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
12. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/suicide>
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
14. Silverman MM. Challenges to defining and classifying suicide and suicidal behaviors. The International Handbook of Suicide Prevention, Second Edition. 2016:9-35.
15. Bulut ER, Küçüker H, Bulut NS. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. Cumhuriyet Tıp Derg. 2012;34(1):128-37.
16. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. J Nerv Ment Dis. 1998;186(5):259-68.
17. Milligan R, Andrews B. Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: the role of shame, anger and childhood abuse. Leg Criminol Psychol. 2005;10:13-25.
18. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. . Acta Psychiatr Scand 1995;91:57-68.
19. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.
20. Kirkcaldy BD, Siefen GR, Urkin J, Merrick J. Risk factors for suicidal behavior in adolescents. Minerva Pediatr. 2006;58(5):443-50.
21. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>. Erişim tarihi: 23.08.2023.
22. Kızılgöl, Ö., Öndes, H., & Uluaba, Ş. İntihar Oranlarının Panel Veri İle Analizi: OECD Ülkeleri Örneği. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, 20(1), 146-163.
23. Fehling KB, Selby EA. Suicide in DSM-5: current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. Front Psychiatry. 2020;11:499980.
24. Dilbaz N, Şengül CB, Çetin MK, Şengül C, Okay T, Yurtkulu F, et al. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2005;13(2):1-10.

25. Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T. İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi*. 1995;3(1):223-5.
26. Curtin SC, Heron M. Death rates due to suicide and homicide among persons aged 10-24: United States, 2000-2017. *NCHS Data Brief*. 2019(352):1-8.
27. Yavuz Y, Yürümez Y, Küçük H, Demirel R, Küçük E. İntihar sonucu meydana gelen ölümlerin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2006;16(4):181-5.
28. Yıldırım E, Öztürk M. 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler. *DEU Tıp Derg*. 2021;35(1):23-32.
29. Türker M, Beyaztaş FY, Boz B. 1994-1996 yılları arasında Sivas'ta görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2000;39(2):79-83.
30. Yeşil Y, Çocuk Acil Servisimize Başvuran Özkıym Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Çocuk Dostları Kongresi 7-9 Mart 2019 Poster sunumu, İstanbul*
31. Küçük H, Aksu A. Elazığ'da görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. *Düşünen Adam*. 2002;15(1):16-20.
32. US Surgeon General Mental health report: children's mental health, a report of the Surgeon General Washington, DC: US Dept Health Human Serv; 2000.
33. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence risk factors and clinical implications. *Clin Psychol Sci Pract*. 1996;3:25-46.
34. Öztürk M, Köylü R, Köylü Ö, Öztürk ENY. İntihar girişimi nedeniyle takip edilen hastaların sosyodemografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve tıbbi durumları ile depresyon skorunun değerlendirilmesi. *Medical Records*. 2020;2(3):70-5.
35. Sulik LR, Garfinkel BD. Adolescent suicidal behavior: understanding the breadth of the problem. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1992;1(1):197-228.
36. Balci Y. Suicide cases in Eskisehir-1997-2001. *J Forensic Med*. 2003;17:33-9.
37. Bille-Brahe U, Jessen G. Suicide in Denmark, 1922-1991: the choice of method. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(2):91-6.
38. Cooper PN, Milroy CM. Violent suicide in South Yorkshire, England. *J Forensic Sci*. 1994;39(3):657-67.
39. Pavia M, Nicotera G, Scaramuzza G, Angelillo IF. Suicide mortality in Southern Italy: 1998-2002. *Psychiatry Res*. 2005;134(3):275-9.
40. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2003;48(5):324-9.
41. Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Bitlis B, Tüzer T, Şenol S. Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1995;2(2):57-63.
42. Ulusal Zehir Danışma Merkezi (UZEM) Raporları 2014-2020 Yılları, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 2021.
43. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*. 2001;107(3):485-93.
44. Levy SR, Jurkovic GL, Spirito A. A multisystems analysis of adolescent suicide attempters. *J Abnorm Child Psychol*. 1995;23(2):221-34.
45. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ*. 2002;325(7355):74.
46. Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(7 Suppl):24s-51s.
47. Henriksson MM, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lönnqvist JK. Panic disorder in completed suicide. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(7):275-81.

48. Young MA, Fogg LF, Scheftner WA, Fawcett JA. Interactions of risk factors in predicting suicide. *Am J Psychiatry*. 1994;151(3):434-5.
49. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5(4):243-65.
50. Özşenol F, Işıkhani V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2003;45(2):156-64.
51. Bulut İ. Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara: Özgüzel Matbaası. 1990.
52. Dilbaz N, Holat H, Bayam G, Tüzer T, Bitlis V. İntihar Düşüncesi Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi (1995, İstanbul), Tam Metin Kitabı, 1995, s.40-41, İstanbul. .
53. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
54. Karaytuğ MO, Tamam L, Demirkol ME, Namlı Z. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda alkol kullanım bozukluğu ile intihar arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*. 2023;24(1):53-60.
55. Türkiye Psikiyatri Derneği. Beck intihar düşüncesi ölçeği 2023 [Available from: https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/BECK_INTIHAR.doc].
56. Ercan H. Ergenler için arkadaşla bağlanma ölçeğinin psikometrik özellikleri ve uyarlama çalışması. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2019;8(38):227-40.
57. Bayramova S, Aksan G. Flört şiddeti ve ebeveynlik stilleri arasındaki ilişki: Üniversite öğrencileri. *Toplum Ekonomi ve Yönetim Dergisi*. 2022;3(2):169-99.
58. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300-10.
59. Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE, Olfson M, Clarke G, Gardner W, et al. Evidence for the management of adolescent depression. *Pediatrics*. 2013;132(4):e996-e1009.
60. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. *Crisis*. 2006;27(4):153-6.
61. Öztürk ENY, Öztürk M. 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler. *DEU Tıp Derg*. 2021;35(1):23-32.
62. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-39.
63. Akbaydar B. İntihar düşüncesi ve girişimi olan ergenlerde psikolojik dayanıklılık ve erken dönem maladaptif şemaların incelenmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022.
64. Ercan S, Aksoy M, Yalçın A, Şimşek AÇ, Acar SR, Şahin TE. Sociodemographic and clinical characteristics of suicidal cases who attempted to emergency services in Ankara. *J Cogn Behav Psychother Res*. 2016;1(5):5-12.
65. Zöhre E, Ayrik C, Bozkurt S, Köse A, Narcı H, Çevik İ, et al. Retrospective analysis of poisoning cases admitted to the emergency medicine. *Arch Iran Med*. 2015;18(2):117-22.
66. Colucciello SA. Chapter 115: Suicide. In: Marx J, Hockberger R, Walls R, editors. *Rosen's Emergency Medicine-Concepts and Clinical Practice E-Book: 2-Volume Set: Elsevier Health Sciences*; 2013. p. 1492-500.
67. Yeşil O, Akoğlu H, Onur Ö, Güneysel Ö. Acil servise başvuran zehirlenme olgularının geriye dönük analizi. *Marmara Medical Journal*. 2008;21(1):26-32.
68. Kıyan S, Özşarac M, Ersel M, Yürüktümen A, Karahallı E, Özçete E, et al. Akut zehirlenme hastalarının iki yıllık değerlendirilmesi. *Türk J Emerg Med*. 2009;9(1):24-30.
69. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006;5(6):444-54.
70. Özhasenekler RA, Karaman H, Kavak GÖ, Tüfek A, Yıldırım Z, Çelik F, et al. Özkiyım amaçlı ilaç intoksikasyonlu hastalarımızın demografik özellikleri, Glaskow Koma Skalası ve Revize Travma Skoru'nun mortalite ile ilişkisi. *JAEM*. 2012;11(4):204-7.

71. Avsarogullari L, Senol V, Akdur O, Akin A, Durukan P, Ozkan S. Characteristics of acute adult poisonings in a university hospital emergency department in central Turkey: a three-year analysis. *J Pak Med Assoc.* 2012;62(2):129-33.
72. Gündüz A, Kesen J, Topbaş M, Narcı H, Yandı M. İntihar amaçlı zehirlenme nedeniyle acil servise başvuran hastaların analizi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2004;3(10):234-42.
73. Koylu R, Dundar ZD, Koylu O, Akinci E, Akilli NB, Gonen MO, et al. The experiences in a toxicology unit: a review of 623 cases. *J Clin Med Res.* 2014;6(1):59-65.
74. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C. Suicide in affectively ill adolescents: a case-control study. *J Affect Disord.* 1994;31(3):193-202.
75. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Harris Munfakh JL, Shaffer D. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts: comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(1):32-40.
76. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, Hutson JR, Sivilotti ML, Mamdani MM, et al. Long-term outcomes following self-poisoning in adolescents: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(6):532-9.
77. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144(1):65-72.
78. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* 2007;37(8):1183-92.
79. Hawton K, Hall S, Simkin S, Bale L, Bond A, Codd S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *J Child Psychol Psychiatry.* 2003;44(8):1191-8.
80. Bilsen J. Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry.* 2018;9:540.
81. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, et al. Emotion regulation difficulties, youth-adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. *J Youth Adolesc.* 2013;42(6):807-20.
82. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics.* 2006;117(6):1939-48.
83. Başay BK, Başay Ö, Bildik T, Özbaran B, Olcay RK, Öztürk Ö, et al. Türk örnekleminde lise öğrencilerinde kendine zarar verme davranışının doğası, işlevleri ve ilişkili risk faktörleri. *Arch Neuropsychiatr.* 2017.
84. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost AK, et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(5):599-611.
85. Ivarsson T, Larsson B, Gillberg C. A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7(2):96-104.
86. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7):837-46.
87. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(12):1155-62.
88. Tang TC, Ko CH, Yen JY, Lin HC, Liu SC, Huang CF, et al. Suicide and its association with individual, family, peer, and school factors in an adolescent population in southern Taiwan. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(1):91-102.
89. Bando DH, Brunoni AR, Benseñor IM, Lotufo PA. Suicide rates and income in São Paulo and Brazil: a temporal and spatial epidemiologic analysis from 1996 to 2008. *BMC Psychiatry.* 2012;12:127.
90. Deveci A, Aydemir Ö, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi.* 2005;13(1):1-9.

91. Inoue K, Nishimura Y, Okazaki Y, Fukunaga T. Discussion based on analysis of the suicide rate and the average disposable income per household in Japan. *West Indian Med J.* 2014;63(4):340-3.
92. Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press; 1996.
93. Li G, Ling J, DiScala C, Nordenholz K, Sterling S, Baker SP. Characteristics and outcomes of self inflicted pediatric injuries: the role of method of suicide attempt. *Inj Prev.* 1997;3(2):115-9.
94. Kessler RC, Borges G, Sampson N, Miller M, Nock MK. The association between smoking and subsequent suicide-related outcomes in the National Comorbidity Survey panel sample. *Mol Psychiatry.* 2009;14(12):1132-42.
95. Pulay AJ, Stinson FS, Ruan WJ, Smith SM, Pickering RP, Dawson DA, et al. The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence-results from a national survey. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):141-5.
96. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47(3-4):372-94.
97. Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS, Heilbron N, Weller BE, Doyle O. Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(5):400-7.e1.
98. Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health.* 2005;17(3):197-203.
99. Greydanus D, Patel D, Pratt H. Suicide risk in adolescents with chronic illness: implications for primary care and specialty pediatric practice: a review. *Dev Med Child Neurol.* 2010;52(12):1083-7.
100. Gould MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;932:200-21; discussion 21-4.
101. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(9):915-23.
102. Selby EA, Yen S, Spirito A. Time varying prediction of thoughts of death and suicidal ideation in adolescents: weekly ratings over 6-month follow-up. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42(4):481-95.
103. Jacobson CM, Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007;11(2):129-47.
104. Joshi K, Billick SB. Biopsychosocial causes of suicide and suicide prevention outcome studies in juvenile detention facilities: a review. *Psychiatr Q.* 2017;88(1):141-53.
105. Turgay A. An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1989;12(4):971-85.
106. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, et al. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45(6):581-8.
107. Kashani JH, Goddard P, Reid JC. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1989;28(6):912-7.
108. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweers J, Balach L, et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta psychiatrica Scandinavica.* 1994;89(1):52-8.
109. Fergusson DM, Lynskey MT. Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(5):612-22.
110. Akbaş S, Böke O, Karabekiroğlu K, Sarısoy G, Yorbık Ö, Şahin AR. Hastane başvurusu intihar girişimi ile olan ve olmayan depresif çocuk ve ergenlerin ayırt edici özellikleri. *Türkiye’de Psikiyatri Dergisi.* 2008;10(2):57-63.
111. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pam Tıp Derg* 2014;7(3):176-83.
112. Sayar MK, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2000;10:133-8.

113. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol.* 2011;39(3):389-400.
114. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S. Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):63-71.
115. Dishion TJ, Tipsord JM. Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annu Rev Psychol.* 2011;62:189-214.
116. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A, Little TD, Grapentine WL. Peer functioning, family dysfunction, and psychological symptoms in a risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol.* 2000;29(3):392-405.
117. Prinstein MJ, Boergers J, Spirito A. Adolescents' and their friends' health-risk behavior: factors that alter or add to peer influence. *J Pediatr Psychol.* 2001;26(5):287-98.
118. Kabasakal, U. (2007). Ergen ve Genç İntiharlarında Aile Faktörü . *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 32-36.
119. Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471-1483.
120. Guillaume, S., Jaussent, I., Olie, E., Genty, C., Bringer, J., Courtet, P., & Schmidt, U. (2011). Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS One*, 6(8), e23578.
121. Rosling, A. M., Sparén, P., Norring, C., & von Knorring, A. L. (2011). Mortality of eating disorders: A follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *International Journal of Eating Disorders*, 44(4), 304-310.
122. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T ve ark. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999;38(12):1497-505