

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Ahmet YILMAZ

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE  
UYGULAMA MERKEZİ ACİL SERVİSİNE 2010-2015  
YILLARI ARASINDA BAŞVURAN İNTİHAR GİRİŞİMİ  
OLGULARININ ADLİ TIP YÖNÜNDEN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Uzmanlık Tezi)**

**Dr. İpek İLGEN ÖZCAN**

EDİRNE-2016

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve becerilerimin gelişmesinde büyük katkıları bulunan ve tezimi yöneten değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ahmet YILMAZ'a, tecrübe ve bilgileri ile yetişmemde emeği geçen hocalarım Sayın Prof. Dr. Ali Derya AZMAK'a ve Sayın Prof. Dr. Gürcan ALTUN'a teşekkürü borç bilirim. Eğitimime katkılarından dolayı rotasyon yaptığım fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Tıbbi Patoloji Anabilim Dallarındaki tüm hocalarım ile tezimin istatistiksel analizlerini yapan Sayın Prof. Dr. Necdet SÜT'e, beraber çalışmaktan her zaman mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma ve aileme teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>                         | <b>1</b>  |
| <b>GENEL BİLGİLER .....</b>                        | <b>3</b>  |
| <b>İNTİHAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİNİN TANIMI .....</b> | <b>3</b>  |
| <b>İNTİHARIN TARİHÇESİ .....</b>                   | <b>4</b>  |
| <b>İNTİHARIN NEDENLERİ .....</b>                   | <b>5</b>  |
| <b>RİSK FAKTÖRLERİ .....</b>                       | <b>7</b>  |
| <b>İNTİHAR YÖNTEMLERİ.....</b>                     | <b>11</b> |
| <b>İNTİHAR İSTATİSTİKLERİ .....</b>                | <b>14</b> |
| <b>GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>                     | <b>22</b> |
| <b>BULGULAR .....</b>                              | <b>24</b> |
| <b>TARTIŞMA.....</b>                               | <b>35</b> |
| <b>SONUÇLAR.....</b>                               | <b>45</b> |
| <b>ÖZET .....</b>                                  | <b>47</b> |
| <b>SUMMARY .....</b>                               | <b>49</b> |
| <b>KAYNAKLAR .....</b>                             | <b>51</b> |
| <b>EKLER</b>                                       |           |

## SİMGE VE KISALTMALAR

|              |                                                            |
|--------------|------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>   | : Amerika Birleşik Devletleri                              |
| <b>CMK</b>   | : Ceza Muhakemesi Kanunu                                   |
| <b>DSM</b>   | : Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders    |
| <b>DSÖ</b>   | : Dünya Sağlık Örgütü                                      |
| <b>GKS</b>   | : Glasgow Koma Skoru                                       |
| <b>SAK</b>   | : Subaraknoid Kanama                                       |
| <b>SS</b>    | : Standart Sapma                                           |
| <b>TCK</b>   | : Türk Ceza Kanunu                                         |
| <b>TÜİK</b>  | : Türkiye İstatistik Kurumu                                |
| <b>TÜSAM</b> | : Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi |
| <b>vb.</b>   | : Ve benzeri                                               |

## GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, tüm dünyada, her yaş grubundan insanı etkileyen, yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntihar davranışı sadece bireysel ve ruhsal bir süreç olmayıp, toplumsal, kültürel, ekonomik yönleriyle de anlaşılması ve değerlendirilmesi gereken çok değişkenli evrensel bir problemidir. İntihar davranışı, intihar düşüncesi ile tamamlanmış intihar arasında geniş bir yelpazede incelenen karmaşık bir süreçtir. Çocuk ve ergenlerde psikiyatrik hastalıkların seyrinin yetişkinlerden farklı olması ve bilişsel olarak ölüm kavramının anlaşılmasının gelişim evrelerine göre değişmesi nedeniyle, çocuk ve ergenlikteki intihar davranışı ile yetişkin intiharları kendi dinamikleri içinde değerlendirilir (1,2). İntihar davranışı, neden olabildiği mortalite ve morbidite nedeniyle bireyin etrafında da yıkıcı duygulara yol açabilmekte, intihar eden kişinin ardında aile ve yakınlarından oluşan intihardan etkilenmiş bir çevre bırakabilmektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her tamamlanmış intihara karşılık çok daha fazla sayıda intihar girişimi gerçekleşir. Her yıl 800000'i aşkın kişi intihar ederek hayatına son vermekte, bu da her 40 saniyede 1 ölüm anlamına gelmektedir. Her 3 saniyede 1 kişi intihar girişiminde bulunmakta, buradan da her yıl 10 ila 20 milyon insanın intihar girişiminde bulunduğu sonucu çıkmaktadır. Genel popülasyonda intihar için en önemli risk faktörü bir önceki intihar girişimidir. İntihar 15-29 yaş grubunda ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer alır. Küresel olarak intiharların %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Son 45 yıl içinde intiharların %60 arttığı ve ilk on ölüm nedeni arasına girdiği bildirilmiştir (4).

Tüm toplumlarda ailevi ve sosyal problemler, hastalıklar, ekonomik sorunlar, aşk ve ilişki problemleri gibi birçok neden insanları intihara sürükleyebilmektedir. İntihar; keder, acı ve umutsuzluktan kaçış, duygusal, psikolojik ya da fiziksel acılardan kurtuluş, işitsel varsanılara yanıt, bir intikam yöntemi, politik bağlılığın kanıtı ya da aile onurunu korumanın bir yolu vb. anlamına gelebilir (5).

Yasalarımıza göre her intihar olayı adli bir olay olup, adli tıbbi ve hukuki olarak iyi incelenmesi gereken durumlardandır. İntihar sonucu meydana gelen yaralanma ve ölümler yasalarımız gereğince adli nitelik taşıdığından, yaşayanlara rapor düzenlenmesi, ölenlere kesin ölüm sebebinin belirlenmesi için Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) 87. maddesine göre bilirkişiler tarafından otopsi yapılması gerekmektedir (6). Ayrıca Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 84. maddesi olan intihara yönlendirme, hayata karşı suçlar başlığı altında değerlendirilip, başkasını intihara azmettirme, teşvik etme vb. ile intiharın gerçekleşmesi durumunda öngörülen cezalar tanımlanmıştır (7).

Bu çalışmanın amacı, ilimizin içinde yer aldığı Batı Marmara Bölgesinin en büyük üçüncü basamak hastanesinin acil servislerine başvuran intihar girişimi olgularının geriye dönük olarak demografik ve epidemiyolojik özelliklerini saptamak, intihar girişimi olgularının bölgemizdeki profilini belirlemek, niteliklerine ilişkin bilgi derlemek ve ülkemizin bu konudaki veri tabanına katkıda bulunmak, ayrıca intihar girişimi olgularının adli nitelikli olması nedeniyle, acil servis hasta dosyaları ve düzenlenen adli raporları değerlendirmek, eksiklikleri saptamak, hekimlerin ve acil servis çalışanlarının sorumluluklarını vurgulamaktır.

## GENEL BİLGİLER

### İNTİHAR VE İNTİHAR GİRİŞİMİNİN TANIMI

İntihar kavramı Latince *sui*: ben, kendi ve *cedere*: öldürmek köklerinin birleşmesiyle oluşan *suicidere* kelimesinden gelerek “suicide” şeklinde ilk kez 18. yüzyılda Fransa’da kullanılmaya başlanmış, İngilizceye de aynı şekilde geçmiştir. Arapçada kurban anlamına gelen “nahr” kelimesinden köken alan, kesme, boğazlama anlamlarında kullanılan “intihar” sözü dilimize Tanzimat döneminden sonra geçmiştir. İntihar, bireyin sonucunun ölüm olduğunu bilerek, öz benliğine yönelttiği bir saldırganlık olarak da ifade edilebileceğinden, intihar kelimesi yerine özkıym kelimesi de kullanılıyor olsa da, dilimize daha çok yerleşmiş olan intihar kelimesi çalışmamızda kullanılmıştır (8).

Toplumun sosyal ve ekonomik yapısının önemli göstergelerinden biri olan intihar davranışı, çeşitli psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerin etkisinde çok değişkenli bir olaydır. İntihar, bileşenleri ve bilinmeyenleri çok olan karmaşık öğeler içerdiği için uzun ve çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. İntihar zorlu yaşam olaylarına tepki veren sağlıklı kişilerden, ağır psikiyatrik bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilen, kişinin istemli olarak kendini öldürme eylemi olarak tanımlanmaktadır. Durkheim (9,10) intiharı; “nasıl bir sonuç vereceği bilinen, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir edimin, dolaysız ya da dolaylı sonucu olan her ölüm edimine intihar denir. İntihar girişimi de böyle tanımlanan, fakat ölüm sonucu vermeyen edimdir” şeklinde tanımlar. Kösemihal’in (11) çalışmasında, Shneidman’a göre intihar; “dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir” şeklinde tanımlanmaktadır.

İntihar, tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri şeklinde ikiye ayrılır (12). Tamamlanmış intiharlar ölümle sonuçlanır. İntihar, kişinin ölmeyi amaçladığına ilişkin gizli ya da açık kanıtlar varlığında, kişinin kendi ölümüne sebep olması olarak tanımlanırken, intihar girişimi, kişinin ölmeyi amaçladığına ilişkin gizli ya da açık kanıtlar varlığında, ölümle sonuçlanmayan kendine zarar verme davranışı olarak tanımlanabilir (13). İntihar davranışı terimi; intihar düşüncesi ile başlayıp ölümle sonuçlanan bir süreci ifade etmekte ve intihar düşüncesi, intihar girişimi, tamamlanmış intiharı kapsamaktadır (14,15).

İntihar davranışı; genetik, biyolojik faktörler, psikiyatrik hastalıklar, aile öyküsü, sosyolojik, ekonomik, coğrafi, dini, kültürel faktörler, yaşam olayları gibi birçok etkene bağılı olarak gelişen, her yaştan insanı ilgilendiren evrensel bir halk sağlığı sorunudur. Kısaca bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi olarak tanımlanır (16).

## **İNTİHARIN TARİHÇESİ**

Toplumların belirli olaylara ve olgulara yönelik tutumları tarihin akışı içinde değişiklikler göstermiştir. Pek çok toplumun intihara yaklaşımı ilkel düzeydeki korku davranışlarının izlerini taşımaktadır. Eylemin anlaşılmaması, bilinmemesi ve doğurduğu çaresizlik bu korkuları şiddetlendirmektedir (17).

Eski Yunan'da intiharı kınayan düşünürler olduğu gibi intiharın devletin izniyle yapılabilecek faziletli bir davranış olduğu görüşünü savunan okullar da vardı. Hayatını sonlandırmak isteyen kişi nedenlerini belirterek önceden devlete başvurduğunda devlet denetimi altında izinli olarak eylemini gerçekleştirebiliyordu (14). Stoa okuluna göre; bilge insan tutkulardan arınmıştır ve iç değeri açısından hiç kimsenin arkasında ikinci değildir. Dahası kendi öz yaşamı üzerinde efendidir ve intihar edebilir. Orta Platonizm felsefesi de intihara izin vermede Stoa felsefesini izlemiştir (18).

Roma'da toplumu meydana getiren her sınıf farklı mevzuata tabi idi. Hür insanlar arasında intihar, imparatorluğun ilk dönemlerinde çok ender görülmesine karşın, gerileme döneminde artmıştır. İmparatorluğun gerileme dönemlerinde Yunan ve Stoa felsefesinden etkilenecek, intiharı hayata son vermenin hoş bir şekli, cesaret ve bilgelik işareti olarak görmeye başladılar. Hür insanın intihar etmesi hoşgörü ile karşılanırken, askerin intiharı her durumda cezalandırılacak bir davranıştı. Kölelerde ise intihar davranışı yaygın olup, intihar girişiminde bulunan köleye bakış olumsuzdu (14).

Ölüm, insanı etkileyen endişe ve korku uyandıran bir olaydır ve neredeyse bütün dinler ölümden sonraki hayata atıfta bulunmuştur. Tek tanrılı dinlerin ise hepsinde intihar yasaklanmıştır. Musevi dini intiharı, bir günah, Tanrıya karşı işlenmiş bir suç olarak tanımlamaktadır. Hristiyanlık anlayışına göre de Tanrının verdiği Tanrıya aittir ve kişi kendisine ait olmayan hayatı üzerinde eylem yapma tasarrufunda değildir. İntihar hoşgörü ile karşılanmaz ve 18. yüzyılın sonlarına kadar ağır biçimde cezalandırılırdı (14). İslam hukukuna göre de intihar yasaktır ve intihar davranışı ölümle sonlanmazsa kişi cezalandırılır. Aynı şekilde intihar girişiminde kişiye yardımda bulunan da cezalandırılır. Genel olarak bütün tek tanrılı dinlerdeki inanış, insanın tanrının yeryüzündeki tezahürü olduğu ve kendine emanet edilmiş olan canını taşımakla yükümlü olduğu düşüncesidir (14).

İntihar, 16. yüzyılda Montaigne'in (19) "Denemeler" eserinde "Ölmek Özgürlüğü" başlığı altında incelenir. Bir hukukçu olan Beccaria (20), eserlerinde intihar edenin cansız bedenine uygulanan cezanın anlamsız olduğunu ileri sürmüştür. Aydınlanma çağında Montesquieu, Beccaria, Hume, Voltaire gibi dönemin düşünürlerinin etkisiyle intihar davranışının kovuşturulması azalmıştır. İntihar edenin yakınlarına ceza vermenin cezanın kişiselliği ilkesine aykırı olduğu ve intiharın cezalandırılması mümkün olmayan bir suç olduğu düşünülmeye başlanmıştır (21).

İnsanlık tarihi kadar eski olan intihar ile ilgili ilk kapsamlı araştırmayı 1897 yılında Fransız Sosyolog Emile Durkheim yayımlamıştır (9). Durkheim'a (9) göre intiharın nedenleri psikolojik ya da ekonomik olmaktan ziyade neredeyse tümüyle toplumsaldır. Toplumsal olmayan etkenlerle intihar arasında zorunlu bir ilişki olmadığını belirtmekle birlikte, bunların dolaylı etkilerini de yadsımamaktadır. Bireysel yapının bir sonucu gibi görünen intihar, aslında toplumsal yapının bir sonucudur. İntiharların gerçek nedenleri olan toplumsal güçler toplumdan topluma, dinden dine değişiklik gösterebilir. İntihar oranlarının ve biçimlerinin toplumdan topluma değişmesi, hatta aynı toplumun değişik kesimlerinde saptanan farklılıklar bunu destekler. Her toplumda, ancak toplum bilimsel bir çalışmayla ortaya konabilecek belirli bir intihar eğilimi vardır ve belirli bir oranı geçmediği sürece normaldir (9,11,22).

## İNTİHAR NEDENLERİ

İlk çağlarda utanç, suçluluk, intikam vb. duyguları insanları intihara yönlendirirken, günümüzde intihar davranışı çok daha karmaşık bir hal almıştır. İntihar davranışına neden olabilecek etmenler psikolojik, sosyolojik, ekonomik, coğrafi, felsefi olabilir. Birçok durumda tedavisi mümkün bir psikiyatrik rahatsızlığın önlenebilir bir belirtisi olarak

görülebilmek (14,23,24). İntihar davranışı stresli yaşam olaylarına tepki veren normal bireylerden, ağır psikiyatrik hastalığı olanlara kadar uzanan geniş bir kitlede görülmektedir. İntihar girişiminde yaşamsal olaylar ve travmaların tetikleyici olabildiği, stresli yaşam olaylarına karşı verilen tepki olarak ortaya çıktığı, bu nedenle bireyin yardım arama davranışı olarak değerlendirilebileceği gibi çaresizlik ve umutsuzluğunun da bir göstergesi olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmekle birlikte intihar girişimleri tek bir nedene bağlanamaz. İntihar nedenlerine dair literatürde en çok rastlanılan açıklama, bireyin çevresindekilerle, sevdikleri ya da öfke duyduklarıyla bilinçaltında intihar davranışı aracılığıyla iletişime geçmek istemesidir. İntihara eğilimli insanların bu yöntemi seçmesinin sebebi, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları içinde sorunlarıyla başa çıkmada yetersizlikleridir. İntihar ciddi bir toplum sağlığı sorunudur. Ancak etiyojisi henüz tam olarak netleşmemiştir. Çalışmalar intiharın etiyojisinde çevresel ve genetik faktörlerin birlikte rol aldığını göstermektedir (25).

İntihar davranışının, psikolojik ve sosyolojik nedenleri, bireysel ve toplumsal etkileri mevcuttur. İntihar davranışının araştırılması ve önlenmesi tıp bilimleri ile birlikte sosyal bilimlerin de uğraş alanlarından birini oluşturur. Multidisipliner çalışmalarla, günümüzde intihar davranışını salt bireysel ya da toplumsal nedenlere bağlamak yerine, bunun biyolojik, psikolojik ve toplumsal etkenlerin bir bileşkesi sonucu ortaya çıkan yani “biyopsikososyal” bir fenomen olduğu düşüncesi giderek yaygınlık kazanmaktadır. Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım bulunmaktadır (26).

19. yüzyıl sonlarında yayımlanan ve intihara ilişkin en önemli çalışmalardan biri olan, Durkheim’in (9) toplumsal yönelimli kuramına göre; intihar salt toplumsal bir olgudur ve toplumsal özellikler o toplumdaki intihar oranlarını belirler. Her toplumda var olduğuna inandığı ortak bir kıyım eğiliminin bireyleri intihara sürüklediği kanısındadır. Kuramı toplumsal bütünleşme (toplumdaki bireylerin birbirine bağlılık derecesi) ve toplumsal düzenleme (toplumun kurallarının, normlarının ve değerlerinin gücü) olarak iki boyuta dayanmaktadır. Durkheim’in (9) teorisine göre toplumsal düzenleme ve bütünleşmenin çok zayıf ya da çok güçlü olması intihara yol açar. Ekonomik bunalım ya da savaş yenilgisi sonrası toplum değerlerinin bozulduğu, bireylerin toplumdan soyutlandığı dönemlerde intihar olaylarında artma, bireylerin toplumla bütünleştiği, uyum sağladığı dönemlerde intihar davranışında azalma görülmektedir. Topluma bağlılık oranı fazla olan kişilerde intihar olaylarının, grup özdeşleşmesi yapamamış kişilere oranla daha seyrek olduğunu, intihar oranının evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde evli olanlardan, dindar olmayanlarda

dinine bağılı kişilerden daha yüksek olduğunu açıklamıştır. İntiharın asıl nedeni, toplumun yapısında meydana gelen -yararlı ya da zararlı- değişimler olup, hayat şartları ve etik değerleri alt üst olan bireyin yeni duruma uyum sağlayamamasıdır. Durkheim (9) üç çeşit intihar tanımlamıştır; bencil (egoistik) intihar, kuralsız (anomik) intihar ve özgeci (altruistik) intihar. Bencil intihara neden olarak, topluluk dayanışmasının azalmasını, topluluk bağlarının zayıflamasını ve sosyal yalıtımın artmasını gösterir. Kuralsız intiharın nedeni sosyal dengenin kuralsızlık ve normsuzluk sonucu bozulmasıdır. Özgeci intihar, toplumun, kişinin çıkarlarını, kişiyi kişisel hiçbir talebi olmaksızın sadece bir topluluğun parçası haline getirecek ölçüde absorbe etme eğiliminin yoğunlaşmasının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Böyle bir durumda kişi gerektiğinde kendini topluluk için kurban etmeye psikolojik olarak hazırdır. Topluluğa utanç vermesi ve leke sürmesi olası herhangi bir harekete, kendini kurban etmeyle karşılık verecektir. Bu fenomen disiplinli ordularda veya ortak bir amaca ve dayanışma ruhuna sahip olan topluluklarda ortaya çıkabilir (22).

Schneidman ve Farberovv da intiharı toplumsal bir olgu olarak değerlendirmiş ve intihar nedenlerini beş kategoriye ayırarak incelemişlerdir (11).

Freud'un psikanalitik kuramı bu alandaki en önemli kuramlardandır. Kişi gerçekte ya da düşsel olarak bir nesne kaybı yaşamakta (yakın kaybı, ölüm vb.), kişi o nesneyi içine almakta (introjeksiyon), onunla bütünleşmekte, daha sonra kaybedilen nesneye duyduğu ambivalan duyguları nedeniyle düşmanca duygularını, üstbenliğin devreye girmesiyle benliğine yöneltmektedir. Üstbenlik benliği yaşamaya layık görmez, bazen de tam tersine, benliğin üstbenliğin baskısından kurtulmak ve ondan intikam almak için intiharı gerçekleştirdiği, ya da benlik psikolojisi kuramına göre, benliğin kendi içindeki çatışma sonucu benlik değerinin kaybı gibi nedenlerle kişinin intihar ettiği belirtilir (27,28).

## **RİSK FAKTÖRLERİ**

### **Yaş**

İntihar sıklığı yaşla artmakla birlikte, riskin arttığı iki dönem vardır. Bu dönemler iki yaş grubunu gösterir: ergenler/genç erişkinler (15-35 yaş) ve yaşlılar (> 75 yaş). Genel olarak intihar oranları orta yaşta düşüşe geçmeden önce geç ergenlik ve genç erişkinlikte keskin bir biçimde artar ve 70 yaşından sonra yeniden yükselir. Yaşamın ilk üç dekadında en yüksek intihar oranı ergenlerde değil, genç erişkinlerdedir (5). 15-24 yaş arası gençlerin en sık görülen üç ölüm sebebinden biri intihardır. Ergenlikte ve genç erişkinlikteki intihar oranının

artmasının nedeni birçok psikiyatrik bozukluğun (depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni) ergenlikte başlayıp kronikleşmesidir. Gençlerde intihar girişimleri tamamlanmış intiharlara göre çok daha siktir. Yaşlılarda intihar girişimlerinin sıklığı gençlerde olduğu kadar fazla değildir ama tamamlanmış intiharlar gençlerde olduğundan çok daha fazladır (13). Yaşlılarda daha fazla tamamlanmış intihar görülmesini etkileyen birkaç etmen vardır; fiziksel olarak daha az dayanıklıdırlar, çeşitli fiziksel hastalıkları vardır, birlikte ya da tek alındığında daha öldürücü olan ilaçlara ulaşmaları daha kolaydır, çoğu toplumda yaşlılar tek başlarına ve fakirlik içinde yaşarlar. Ayrıca yaşlılarda dürtüsel intihar davranışından çok, öldürme etkisi yüksek silahlarla, daha planlı intihar girişimleri görülür. Planlarından ve düşüncelerinden daha az bahsetmeleri de, ölmek konusunda daha kararlı olduklarının kanıtıdır. Bu yüzden de gençlere göre intihar girişimlerinden sonra kurtarılma olasılıkları daha düşüktür (5,13).

### **Cinsiyet**

Erkeklerde ölümle sonuçlanan intiharlar kadınlardan üç kat daha siktir. Kadınlar erkeklerden dört kat daha sık intihar girişiminde bulunurlar (13). Erkeklerde tamamlanmış intiharın kadınlara göre daha fazla görülmesindeki etmenler; duygusal ve psikolojik sorunları için daha az yardım arama, daha dürtüsel, daha az sosyal, duygusal ve psikolojik sorunlar için yardım kabul etmeye daha az gönüllü olma ve öldürme etkisi yüksek intihar yöntemleri seçmeleridir. Gebelik ve evde küçük çocukların olması kadınlar için koruyucu etmenlerdir. Bunun tek istisnası postpartum depresyon ve psikozdur ki kadınlarda yüksek intihar ve bebeklerini öldürme riskiyle ilişkili bulunmuştur. Sadece kadınlara özgü risk etmenleri sıklıkla yakın (genellikle eş) kötüye kullanımı gibi erkeklerde görülmeyen bir sosyal etmenle ilişkilidir. Hem ev içi cinsel kötüye kullanım hem de fiziksel şiddet kadınlarda intihar düşünceleri ve girişimleriyle ilişkili bulunmuştur. Kadınların cinsiyet eşitsizliği ile karşı karşıya olduğu bazı kültürlerde intihar riski artar (5).

### **Yöntem**

Erkeklerde tamamlanmış intiharların fazla olmasının sebebi daha öldürücü yöntemler kullanmalarıdır (ateşli silah, ası). Kadınlar daha sık yüksek doz psikotrop ya da toksik madde olarak intihar girişiminde bulunurlar (13).

## **Din**

En yüksek oranlar Protestanlarda, en düşük oranlar Katolikler, Yahudiler ve Müslümanlardadır (13).

## **Medeni Durum**

Bekârlarda evlilerin iki katı, boşanmış, ayrılmış ya da dul kalmış kişilerde evlilerin 4-5 katıdır. Boşanmış erkeklerde 69/100000, boşanmış kadınlarda 18/100000'dir. Eşin ölümü riski artırır. Eşcinsel bireyler heteroseksüellerden daha fazla risk altındadır (13).

## **Beden Sağlığı**

Kronik, ağrıya sebep olan hastalıkların, bilişsel bozulma, görme, işitme kaybı vb. işlevsel bozulma yapan hastalıkların, rol kaybı yapan hastalıkların, ölümcül hastalıkların, başkalarına bağımlı olmaya neden olan fiziksel hastalıkların her biri yüksek risk etkenidir. HIV/AIDS, kanserler, epilepsi, multipl skleroz, Huntington hastalığı, beyin ve omurilik hasarları, hemodiyaliz gerektiren kronik böbrek yetmezliği vb. intihar riskinin artışıyla bağlantılıdır. Fiziksel bir hastalığa ruhsal bir bozukluğun eşlik etmesi (özellikle depresyon) veya ruhsal belirtilerin (umutsuzluk gibi) eşlik etmesi kadar hastanın kişiliği, başa çıkma düzenekleri, sosyal desteğin yeterliliği, psikososyal streslerin varlığı, önceki intihar girişimleri, hastanın hastalığına dair algısı intihar riskinin artmasına neden olabilir. Yaşlı kişilerde demansın ortaya çıkması intihar riskini arttırabilir. Ciddi tıbbi hastalığı olan kişilerde depresyon sıklığı artmakla birlikte, depresyon uzun süreli, kronik ve yaşamı tehdit eden bir hastalığın doğal ya da beklenen bir sonucu değildir (5,13).

## **Aile Öyküsü**

Aile geçmişinde özellikle birinci derece akrabalarda hem intihar hem de ruhsal bozukluk öyküsü olması intihar riskini artırır. Ayrıca aile içinde şiddet, ihmal veya kötüye kullanım olması intihar riskini artıran nedenlerdir (5).

## **Kişisel ve Sosyal Destek**

Düşük başarı düzeyi, düşük içgörü, duygulanımın güç kontrolü, sosyal ve duygusal desteğin yokluğu, zayıf ilişkiler, sosyal izolasyon yüksek intihar riski ile ilişkilidir. İşsizlik ve ekonomik sorunların hem intihar hem de intihar girişim riskini arttırdığı bildirilmektedir. Bir işte çalışıyor olmak genel olarak intihara karşı koruyucu bir etkidir. Ekonomik kriz

dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharların arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azaldığı belirtilmektedir (5,9).

### **Ruhsal Bozukluklar**

İntihara atfedilebilecek en güçlü risk etmenleridir.

**Depresyon:** İntiharla birlikte en sık duygudurum bozuklukları görülür. Depresyon hastalarının %15'i kendini öldürür. İntihar girişiminde bulunanların %50'sinde çökkünlük vardır. Depresyona panik ya da anksiyete atakları eşlik ederse risk artar (13,29).

**Şizofreni:** Şizofreni sıklıkla ergenlik ya da çocukluk döneminde başlar ve intihar riski hastalığın başladığı ilk yıllarda daha yüksektir. İntihar girişiminde bulunanların %10'unda sanrılar belirgindir. Kendine zarar vermelerini emreden işitme varsanısı olan hastalar yüksek risklidir (13).

**Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu:** Alkol kullanım bozukluğu özellikle de depresyon eşlik ediyorsa intihar riskini artırır. Eroin ve diğer madde kullanım bozukluğu olan kişilerde intihar oranları genel toplumdaki 20 kat fazladır (13).

**Kişilik bozuklukları:** Sınırdaki kişilik bozukluğunda yineleyici intihar davranışları siktir. %8-10'unda sonlandırılmış kendini öldürme girişimleri olur. Anti sosyal kişilik bozukluğu olanların başta cezaevindekiler olmak üzere %5'i intihar girişiminde bulunur (13,29).

**Demans ve deliryum:** Özellikle alkol kullanım bozukluğuna sekonder ve psikotik belirtiler varlığında risk yüksektir (13).

**Anksiyete bozuklukları:** Panik bozukluk ve sosyal fobi hastalarının %20'sinde intihar girişimi hikâyesi mevcuttur. Depresyon ek tanısı varsa risk artar. Tamamlanmış intiharların %1'inde panik bozukluk tanısı konulabilmiştir (13).

**Geçmişteki intihar girişimleri:** Geçmişteki intihar davranışları intihar için önemli risk etmenidir. İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık yarısının geçmişinde bir intihar girişimi

öyküsü vardır. İntihar girişimleri tamamlanmış intiharlardan 10-20 kat daha fazladır. Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş bireylerin intihar ederek ölme riskini artıran etmenler arasında, uzun süreli tıbbi bir hastalık veya ruhsal bir durum (özellikle depresyon ya da alkol kullanım bozukluğu), sosyal izolasyon ya da sosyal destek sisteminin yetersiz olması bulunur. Geçmişteki intihar girişiminin bazı özellikleri, gelecekte intihar etme olasılığını artırır. Ciddi girişimler (örneğin tıbbi bir özürle sonuçlanan girişimler), daha kesin ve öldürme etkisi yüksek yöntemler (ateşli silah veya ası) ve intiharın fark edilmesini önlemek için önceden tedbir alınmış olması gelecekte intihar girişimi için artmış riski gösterir (5,13,29).

**Diğer risk etkenleri:** İşsizlik, umutsuzluk, tesadüfen kurtarılmış olmak, hap biriktirme, ateşli silahlara ulaşma olanağı, kaybettiği sevdiği kişilerle yeniden bir araya gelmeyle ilgili fanteziler, meslek (doktor, hemşire, diş hekimi, bilim insanı, polis memuru, çiftçi), çocuklukta cinsel ya da fiziksel kötüye kullanım öyküsü, dürtüsel ya da saldırgan davranış öyküsü vb. diğer risk etkenlerindendir (5,13).

## İNTİHAR YÖNTEMLERİ

### Ası

Asıların tamamına yakını intihar orijinelidir. Birçok ülkede olduğu gibi bizde de tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemdir (30). Bu yöntem kullanıldığında kurtarıma olasılığının çok düşük olması nedeniyle güçlü intihar niyetinin bir göstergesidir.

Ası; bir ucu yukarıda sabit bir noktaya tutturulmuş, diğer ucu boyna geçirilmiş bir bağın vücudun tam ya da kısmi ağırlığı ile boynu sıkıştırması sonucu, solunum yolu, damar ve sinirlere bası yapması ile yaşamsal fonksiyonların engellendiği ve genellikle ölümle sonuçlanan olaydır. Asıda etkili olan ölüm mekanizmaları; solunum yollarının kapanması, boyun damarlarının sıkışması, glomus caroticum ve baroreseptörlerin uyarılması ile gelişen refleks kardiak arrest ve medulla spinalis lezyonları iledir. Çoğunlukla solunum ve dolaşım fonksiyonlarının engellenmesi sonucu beyinde akut bir iskemi ölümüne neden olurken, bazen de vagal inhibisyona bağlı kardiyak arrest ölümüne yol açar. Medulla spinalis yaralanmaları genellikle hükmi asılarda (idam cezası) ya da yüksek bir yerden kişinin kendisini boşluğa bıraktığı durumlarda görülür. Asıdan kurtulanlarda pnömoni, hipoksik beyin sendromu, ensefalit ve epilepsi gibi komplikasyonlara bağlı ölümler görülebilir.

Ası; vücudun durumuna (tam ası, yarım ası), ası ipinin durumuna (tipik ası, atipik ası) ve yüzün rengine (beyaz ası, mor ası) göre sınıflandırılır. Tam asıda ayaklar yer ile temas etmez, tüm vücut boşlukta sallanır durumdadır. Yarım (tam olmayan, kısmi) asıda ise ayaklar veya vücudun bir bölümü yer ya da başka bir yüzey ile temas eder. Tipik asıda düğüm ensedeyken, atipik asıda, düğüm boynun önünde ya da yanlarındadır. Beyaz ası, yüzün renginin soluk-beyaz olduğu ası iken, mor asıda yüzün rengi koyu mor renktedir. Tipik asıda, boyundaki damarların iki taraflı olarak tamamen kapanması sonucu yüzün rengi soluk iken, atipik asıda boyundaki damarların iki taraflı olarak tamamen kapanmaması nedeniyle arteriyel dolaşım sürerken venöz dolaşım durur ve venöz staza bağlı olarak yüz koyu mor renkte görülür (30-33).

### **Ateşli Silah**

Ateşli silah ülkemizde ve tüm dünyada tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Ateşli silah ile olan intihar davranışı genel olarak genç, orta yaş kuşağında ve erkeklerde görülür. Tercih edilen silah kültürüne ve yerleşim yerlerine göre değişse de genellikle kısa namlulu silahlardır. İntihar orijinli ateşli silah yaralarının çoğu bitişik ya da yakın atış mesafesinden yapılmıştır. İntihar eden kişilerin yarısından fazlasının ağız tavanı, şakak ve alın bölgesinden kendilerini vurduklarını, geri kalanların ise hemen hemen hepsinin kalpten yaralandıkları saptanmıştır (34-36). Olay yerinde veda mektubu ya da intihar notu, ölenin elinde sıkıca kavranmış bir ateşli silah olması olayın intihar kaynaklı olduğunu düşündüren önemli bir bulgudur. Bununla birlikte ölenin yanında bir silah bulunması kesin olarak olayın intihar olduğunu göstermez. Cinayetlerde de intihar süsü verme amacıyla silah cesedin yanına bırakılmış olabilir. Çoklu ateşli silah yaralanması tersi kanıtlanmadıkça cinayet bulgusu olarak kabul edilse de, her zaman geçerli olmayabilir. Silah yarı ya da tam otomatikse bazen oluşan spazm, tetiğin art arda çekilmesine yol açabilir. Ateşli silahla intihar eden kişilerin çoğu yalnızken eylemini gerçekleştirir. Bazen de, arkadaşları, tanıdıkları, hatta insan toplulukları önünde intihar ettikleri görülmüştür (34-38).

### **Yüksekten Atlama**

Tamamlanmış intiharlarda yüksekten atlama yöntemi üçüncü sırada yer alır (39). Ası ve ateşli silahla olan intihar yöntemleri gibi öldürücü etkisi yüksek, kurtarılma şansı düşük bir yöntemdir. Ölüm olay anında ya da çok kısa bir süre sonra meydana gelebileceği gibi, acil müdahale ve hastane yatışı olduktan sonra ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle de

olabilir. Yüksekten atlamalar çoğunlukla genel beden travması şeklinde karşımıza çıkar. Ölüm yaşamla bağdaşmayacak bir iç organ travması, büyük-orta çaplı damar yaralanması, kafa travması sonucu epidural, subdural hemoraji, subaraknoid kanama (SAK), intraserebral kanama, yaygın yumuşak doku travması sonucu crush sendromu, çoklu uzun kemik kırıkları ve komplikasyonlarına bağlı olabilir. Ölümün gerçekleşmediği ve yüksekten atlamaya bağlı tıbbi bir özür kalması durumunda da gelecekteki intihar girişimleri için risk artar (5).

### **İntoksikasyon**

Kimyevi madde alımına bağlı intiharlar tamamlanmış intiharlarda dördüncü sıradayken intihar girişimlerinde %90'lara varan oranlarla ilk sırada yer alır (39,40). En sık reçete edilmiş ilaçlar kullanılır. İntihar riskini artıran depresyon vb. psikiyatrik hastalıklarda ya da kronik bir rahatsızlığın tedavisinde kullanılan ve kişiye reçete edilmiş ilaçlar el altında olması nedeniyle, fazla miktarda ilaç alınması kolay uygulanabilir bir intihar yöntemi olarak karşımıza çıkar. Kırsal kesimde, çiftçilerde tarım ilaçları ve insektisidler kolay ulaşılabilen toksik maddelerdir. Tıbbi ilaçlardan salisilatlar, parasetamol, antidepresanlar ve antihistaminikler sıklıkla intihar için seçilen ilaçlar, tarım ilaçları ve insektisidlerden, organik fosfor, karbamat ve piretroid içerenler daha çok karşımıza çıkar. İntihar amacıyla evlerde genellikle temizlik amacıyla bulundurulanan koroziv ve kostik maddeler de kullanılmaktadır. Çoğu intihar amaçlı zehirlenme olgusunun yorumlanması kolaydır. Olay yeri değişikliğe uğratılmadığı durumda olay yeri bulguları çoğu kez durumu açıklığa kavuşturur. Ölümle sonuçlanan zehirlenmeler sıklıkla akut seyreden süreçlerdir. Bu yüzden vücutta toksik maddenin yol açacağı makroskopik ve mikroskopik morfolojik değişikliklere rastlanması beklenmemelidir. Bu durumda tek yol gösterici toksikolojik analizdir. Akut zehirlenmelerde letal dozun belirlenmesi için incelenecek esas örnek kandır. Kuşku edilen maddenin fizikokimyasal özelliklerine göre tüm biyolojik örnekler elde edilebilir (idrar, göz içi sıvısı, safra vb.) (41,42).

### **Diğer Yöntemler**

Bölgesel olarak sıklık sırası farklılık göstermekle birlikte, kullanılan diğer intihar yöntemleri; suya atlayarak, kesici alet kullanarak, kendini yakarak, doğal gaz, tüp gaz vb. kullanarak, tren veya başka bir motorlu taşıt altına atlayarak vb. şeklinde sıralanmaktadır (39,40).

## İNTİHAR İSTATİSTİKLERİ

### Dünya’da İntihar

İntihar dünya çapında yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre intihar oranlarına bakıldığında; Litvanya, Guyana ve Güney Kore’de yüz binde 30’un üstünde, Macaristan, Beyaz Rusya, Kazakistan, Çin ve Japonya’da yüz binde 25 civarında, Rusya, Ukrayna, Nepal, Hindistan ve Sri Lanka’da yüz binde 20 civarında, Finlandiya, Fransa, Belçika, Çek Cumhuriyeti, İzlanda, Slovenya ve Bulgaristan’da yüz binde 15 civarı, Almanya, İsviçre, İsveç, İrlanda, Avusturya, ABD, Avustralya ve Kanada’da dünya geneline göre ortalarda ve yüz binde 12 civarında, İspanya, İtalya ve İsrail’de yüz binde 6,5 civarında, Latin Amerika ülkeleri ile Ortadoğu ve Arap ülkelerinde yüz binde 6,5’un altında olduğu bildirilmiştir (4).

### Türkiye İstatistik Kurumu İntihar ve İntihar Girişimi İstatistikleri

Toplumun sosyal ve ekonomik göstergelerinden biri olan intihar istatistikleri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından, ölümle sonuçlanan intihar olaylarına ilişkin olarak, 1962 yılından beri tüm yerleşim yerlerinden derlemeye başlamış ve Adalet İstatistikleri Yıllığı içinde kısa bilgiler halinde sunulmuştur. İntihar istatistikleri 1974’ten beri ayrı bir yayın olarak yayımlanmaya başlanmıştır (39).

Koruyucu halk sağlığı açısından bakıldığında intihar istatistiklerinin yanı sıra önemli oranda ilgi gösterilmesi gereken ve önde gelen bir halk sağlığı sorunu da intihar girişimleridir. Ölümle sonuçlanmayan, teşebbüs aşamasında kalan olaylara ilişkin bu bilgiler ilgili kurumların idari kayıtlarındaki standardizasyonun sağlanamamış olması nedeniyle, TÜİK’ in “İntihar Girişim İstatistikleri İzmir” yayını dışında bölgesel ve ulusal düzeyde intihar girişimi olaylarına ilişkin tek kaynakta toplanmış bir çalışma bulunmamaktadır (40).

Kaba intihar hızı, belli bir yıl içinde her yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısıdır. Çalışmamızı yaptığımız 2010-2015 yılları arasında ülke genelinde yıllara göre intihar sayısı ve kaba intihar hızı Tablo 1’de gösterildi.

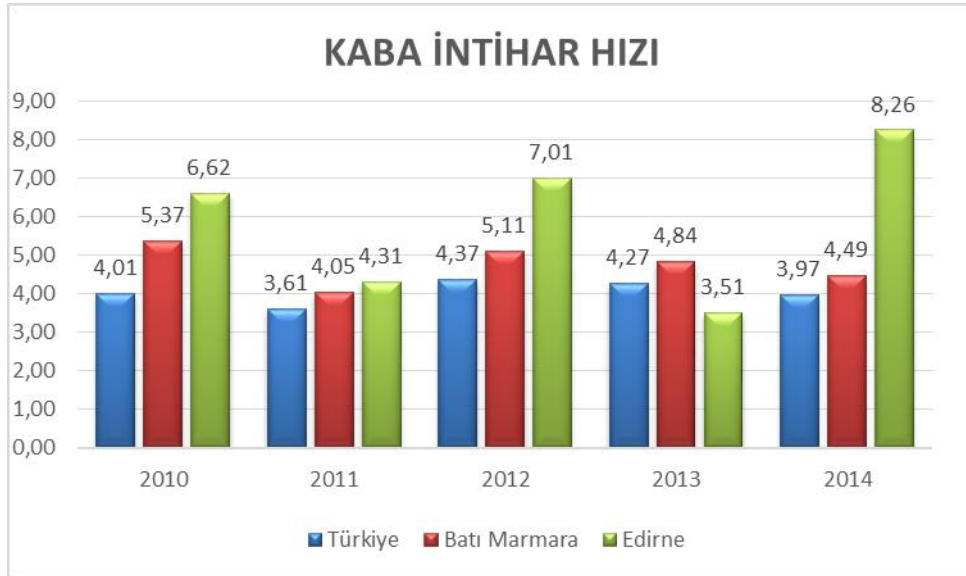
**Tablo 1. Türkiye’de yıllara göre intihar sayısı ve kaba intihar hızı**

| Yıl  | İntihar sayısı | Kaba intihar hızı (yüz binde) |
|------|----------------|-------------------------------|
| 2010 | 2933           | 4,01                          |
| 2011 | 2677           | 3,61                          |
| 2012 | 3287           | 4,37                          |
| 2013 | 3252           | 4,27                          |
| 2014 | 3065           | 3,97                          |

Ülke genelinde ölümle sonuçlanan intihar sayısı 2014 yılında 3065, kaba intihar hızı yüz binde 3,97 olarak hesaplanmıştır. İlimiz Edirne’de, Batı Marmara’da (Edirne, Kırklareli, Tekirdağ) ve Türkiye’de çalışmamızı yaptığımız 2010-2015 yılları arasındaki kaba intihar hızı Tablo 2 ve Şekil 1’de sunuldu (39).

**Tablo 2. Türkiye, Batı Marmara ve Edirne’de yıllara göre kaba intihar hızı**

|              | (yüz binde) |      |      |      |      |
|--------------|-------------|------|------|------|------|
|              | 2010        | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| Türkiye      | 4,01        | 3,61 | 4,37 | 4,27 | 3,97 |
| Batı Marmara | 5,37        | 4,05 | 5,11 | 4,84 | 4,49 |
| Edirne       | 6,62        | 4,31 | 7,01 | 3,51 | 8,26 |



**Şekil 1. Türkiye, Batı Marmara ve Edirne’de yıllara göre kaba intihar hızı**

Batı Marmara; Tekirdağ, Edirne ve Kırklareli illerini kapsıyor. Kaba intihar hızının, Edirne’de 2014’te en yüksek (n=33, 8,26/100000), 2013’te en düşük (n=14, 3,51/100000), Batı Marmara’da 2010’da en yüksek (n=169, 5,37/100000), 2011’de en düşük (n=129, 4,05/100000), Türkiye’de 2012’de en yüksek (n=3287, 4,37/100000), 2011’de en düşük (n=2677, 3,61/100000) olduğu saptandı (39).

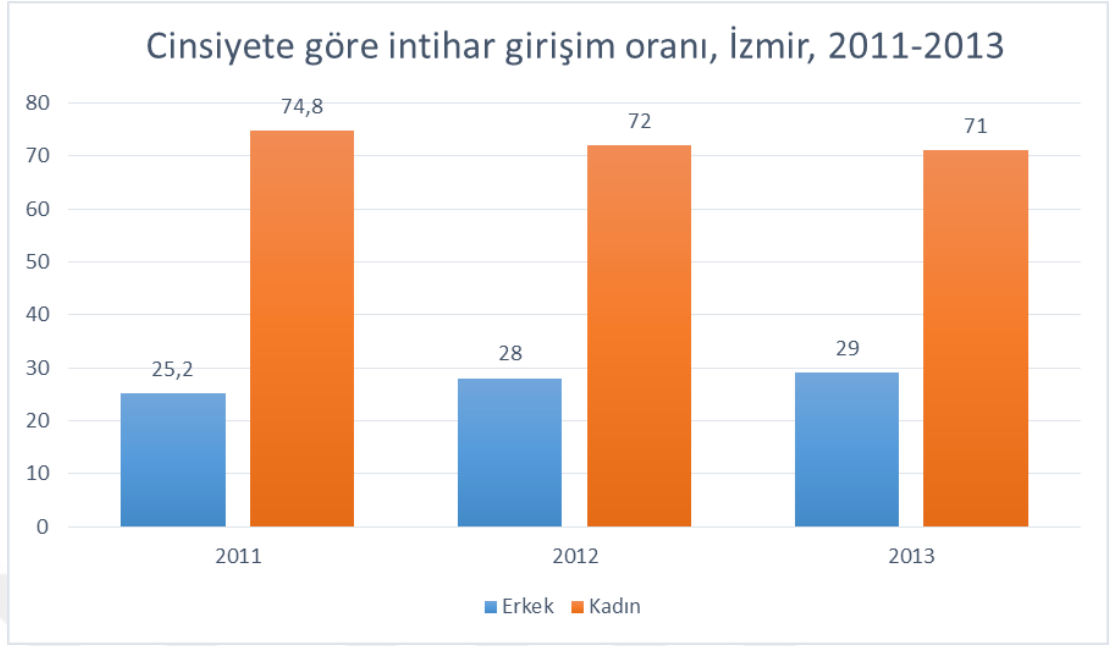
**Tablo 3. Kaba intihar hızının en yüksek ve en düşük olduğu ilk 5 il, 2014**

|                 |                   | (yüz binde)    |                   |
|-----------------|-------------------|----------------|-------------------|
| En yüksek iller | Kaba intihar hızı | En düşük iller | Kaba intihar hızı |
| <b>Tunceli</b>  | 11,63             | <b>Bartın</b>  | 1,06              |
| <b>Bingöl</b>   | 9,03              | <b>Çankırı</b> | 1,07              |
| <b>Edirne</b>   | 8,26              | <b>Bayburt</b> | 1,28              |
| <b>Sinop</b>    | 7,82              | <b>Aksaray</b> | 1,30              |
| <b>Kırşehir</b> | 7,62              | <b>Yalova</b>  | 1,34              |

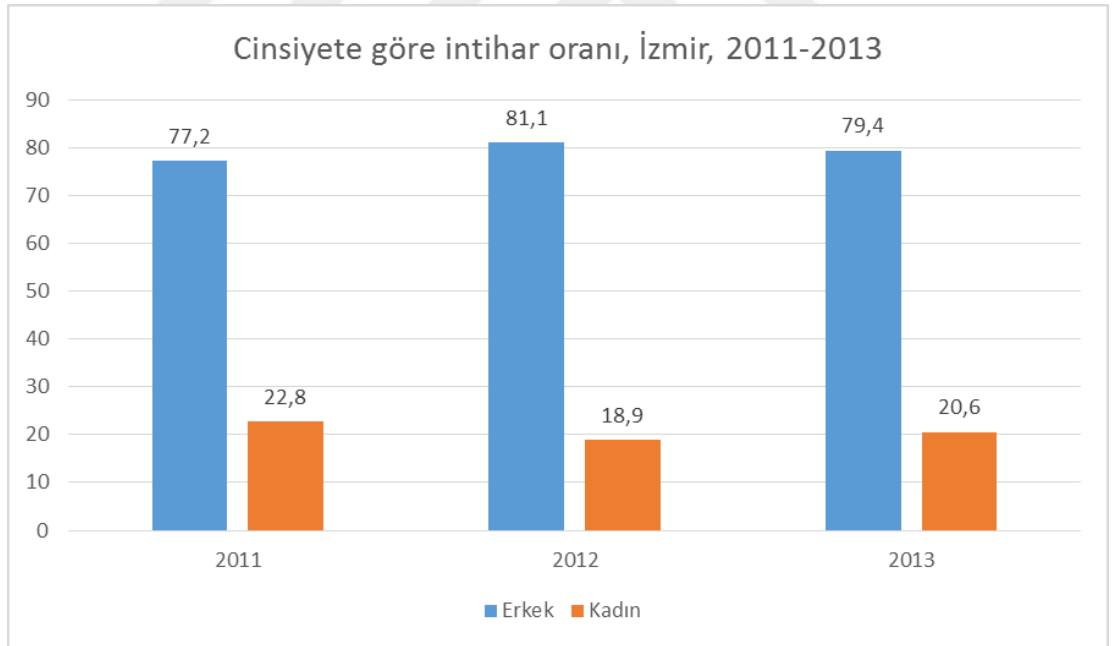
Kaba intihar hızı illere göre incelendiğinde, 2014 yılında Edirne yüz binde 8,26 ile Tunceli ve Bingöl’ü izleyerek kaba intihar hızının en yüksek olduğu üçüncü il oldu (Tablo 3).

2014 yılında ölümle sonuçlanan intihar olgularının %74,3’ünü erkekler, %25,7’sini kadınlar oluşturdu. Toplamda yüz binde 1,17 olarak en düşük intihar hızı 15 yaş altında gerçekleşti. Erkek intiharlarının 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında kadın intiharlarından daha fazla olduğu tespit edildi. En yüksek yaşa özel intihar hızı yüz binde 8,07 ile 80-84 yaş grubunda saptandı. En yüksek yaşa özel intihar hızının erkeklerde yüz binde 15,08 ile 80-84 yaş grubunda, kadınlarda yüz binde 4,30 ile 15-19 yaş grubunda olduğu saptandı (39).

TÜİK’in 2011 yılından beri İzmir’de yaptığı intihar girişimleri istatistikleri tamamlanmış intiharlar ile intihar girişimlerinin karşılaştırılabilmesini sağladı (40). 2011-2013 yılları arasında İzmir’de cinsiyete göre intihar girişim oranları Şekil 2’de sunuldu. İntihar girişimlerinde erkek/kadın oranı 2011 yılında 0,33, 2012 yılında 0,38, 2013 yılında 0,40 hesaplandı. İzmir’de aynı yıllara ait tamamlanmış intiharlarda cinsiyete göre intihar oranlarına bakıldığında, erkek/kadın oranı 2011 yılında 3,4, 2012 yılında 4,3, 2013 yılında 3,8 bulundu. 2011-2013 yılları arasında İzmir’de cinsiyete göre intihar oranları Şekil 3’te sunuldu.



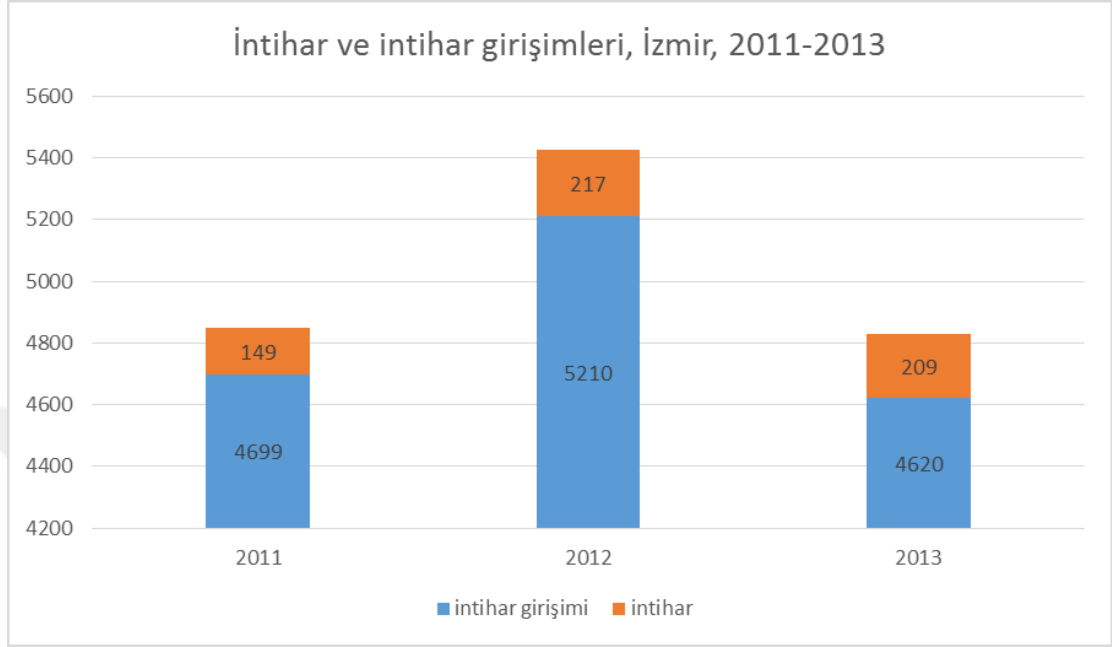
**Şekil 2. 2011-2013 yılları arasında İzmir’de cinsiyete göre intihar girişim oranları**



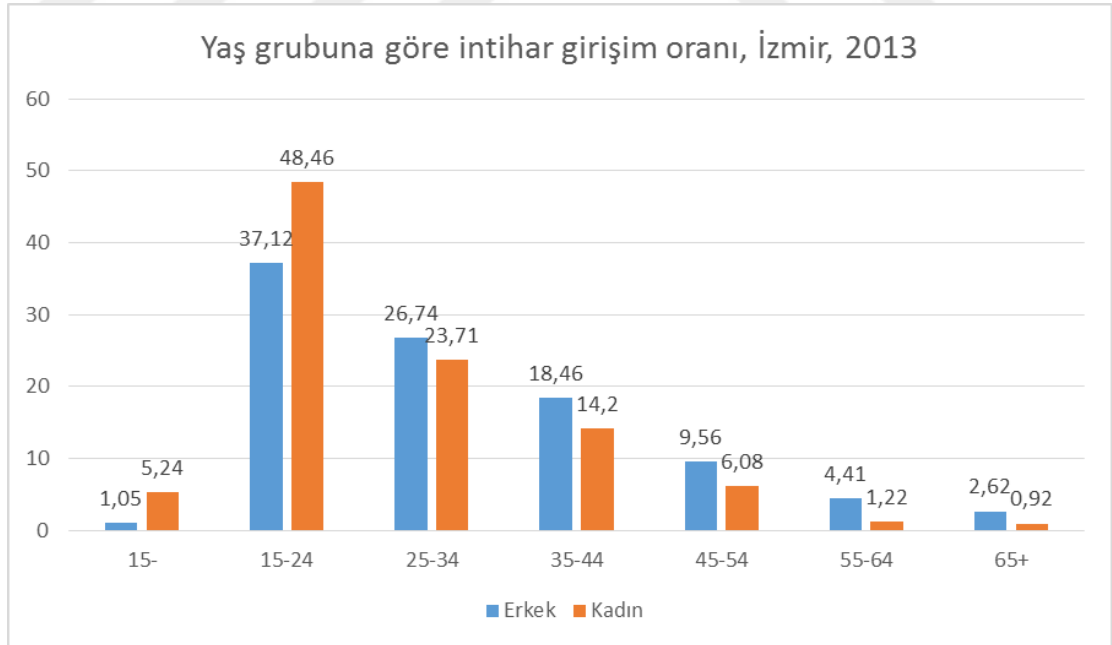
**Şekil 3. 2011-2013 yılları arasında İzmir’de cinsiyete göre intihar oranları**

2011 yılında İzmir’de ölümle sonuçlanan 149 intihara karşılık, 4699 intihar girişimi, 2012 yılında 217 intihara karşılık 5210 intihar girişimi, 2013 yılında 209 intihara karşılık 4620 intihar girişimi gerçekleşti. İntihar girişimi/intihar oranı yıllara göre sırasıyla 31,5, 24

ve 22,1 olarak hesaplandı. Şekil 4’te 2011-2013 yılları arasında İzmir’de intihar ve intihar girişimleri sunuldu.

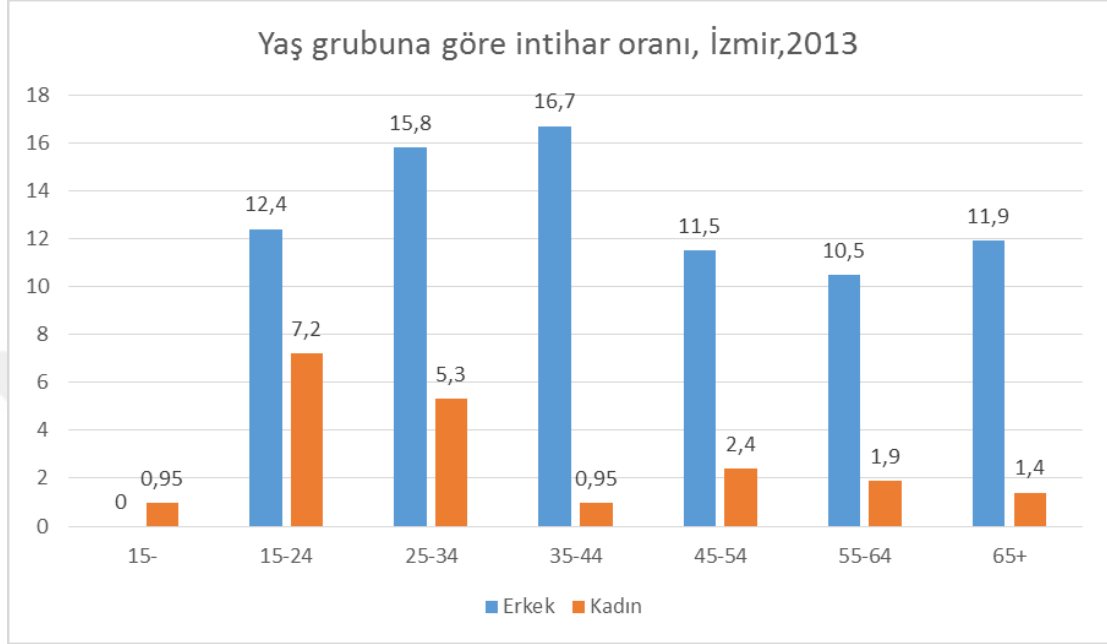


Şekil 4. 2011-2013 yılları arasında İzmir’de intihar ve intihar girişimleri

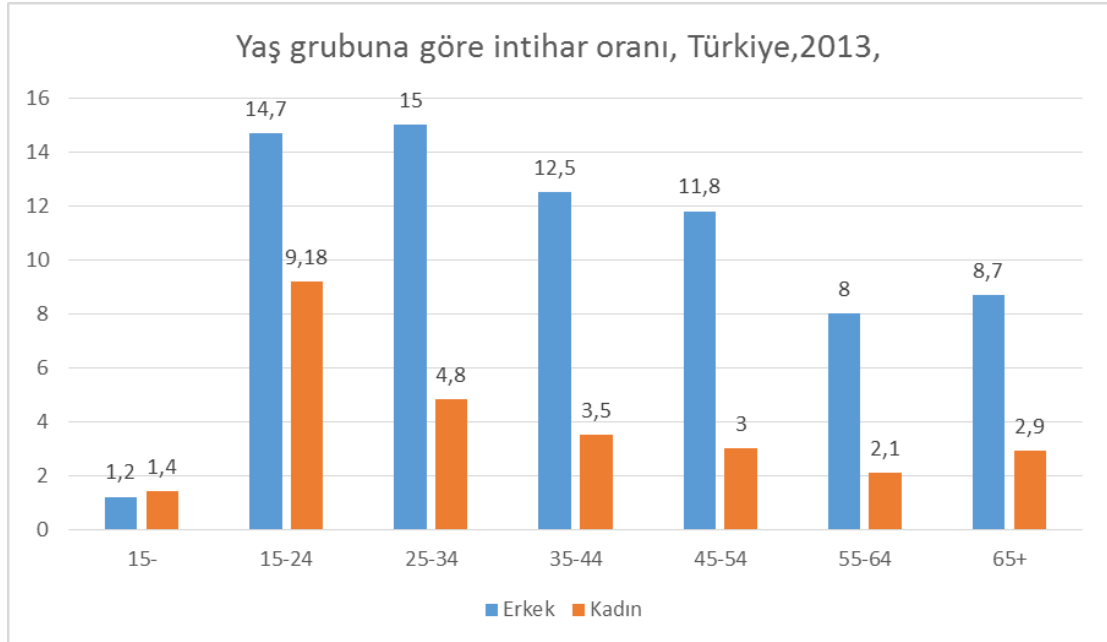


Şekil 5. 2013 yılında İzmir’de yaş grubuna göre intihar girişim oranları

Şekil 5'te İzmir'de 2013 yılında yaş gruplarına göre intihar girişim oranları, Şekil 6'da İzmir'de 2013 yılında yaş gruplarına göre intihar oranları, Şekil 7'de ise Türkiye'de yaş gruplarına göre intihar oranları sunuldu.

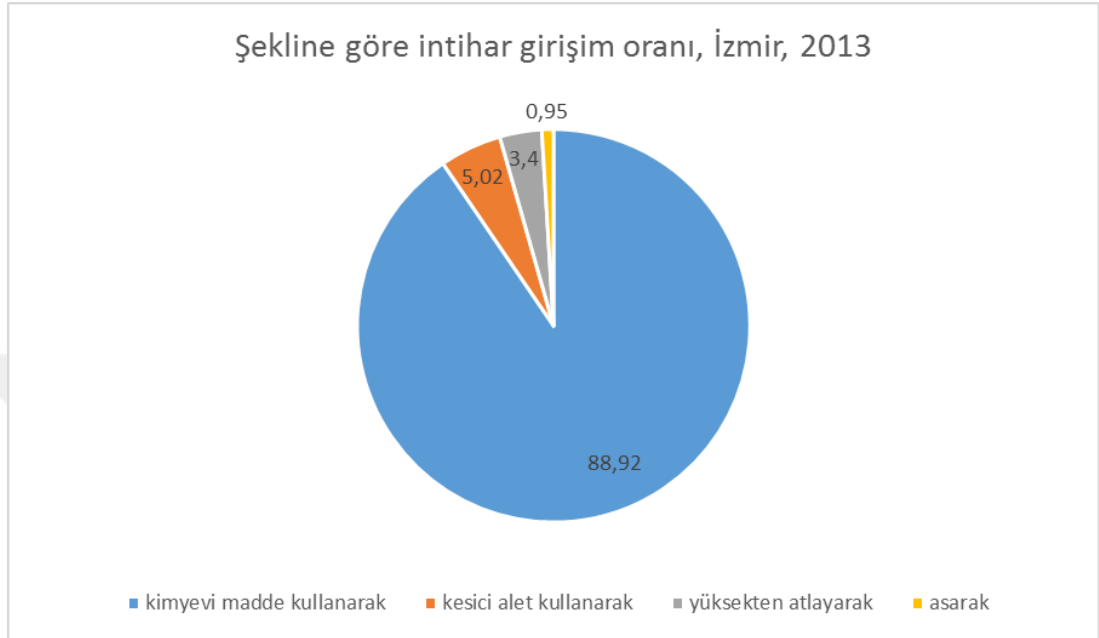


Şekil 6. 2013 yılında İzmir'de yaş grubuna göre intihar oranları

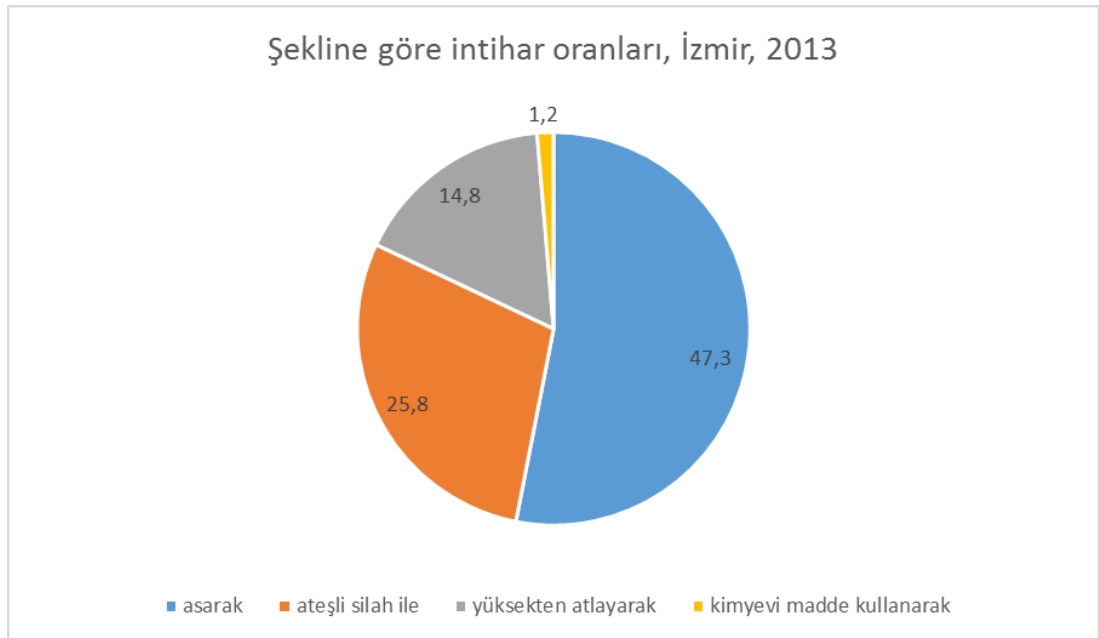


Şekil 7. 2013 yılında Türkiye'de yaş grubuna göre intihar oranları

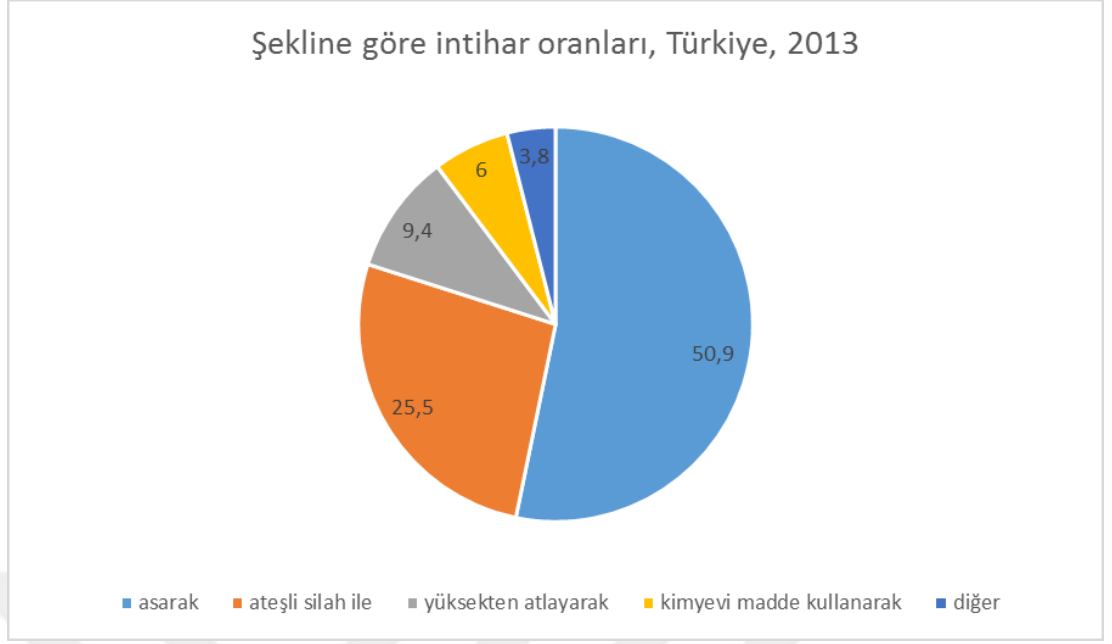
Şekil 8’de İzmir’de 2013 yılında seçilen yönteme göre intihar girişim oranları, Şekil 9’da İzmir’de 2013 yılında seçilen yönteme göre intihar oranları, Şekil 10’da ise Türkiye’de seçilen yönteme göre intihar oranları sunuldu.



**Şekil 8. 2013 yılında İzmir’de şekline göre intihar girişimi oranları**



**Şekil 9. 2013 yılında İzmir’de şekline göre intihar oranları**



**Şekil 10. 2013 yılında Türkiye’ de şekline göre intihar oranları**

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.06.2015 tarihli, 12/12 sayılı kararı (Ek 1) ve 27.02.2016 tarihli, 04/01 sayılı kararı (Ek 2) ile onay alındıktan sonra 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasındaki 5 yıllık dönemde Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (TÜSAM) Çocuk ve Yetişkin Acil Servislerine başvuran tüm yaş gruplarından intihar girişimi olguları çalışmaya dâhil edildi.

TÜSAM Acil Servislerine başvuran tüm adli olguların arşivi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda tutulmaktadır. 2010-2015 yılları arasında başvuran 8829 adli olgunun dosyasının tek tek taranmasıyla intihar girişimi nedeniyle başvuran tüm yaş gruplarından 991 olgu çalışma kapsamına alındı. Adli olguların dosyaları taranırken, dosya üzerinde ya da içinde intihar girişimi olduğu belirtilen olgular çalışmaya dâhil edildi. İntihar amacı dışında yapılan kendine zarar verme davranışı olguları çalışmaya dâhil edilmedi. Tanımlayıcı ve geriye dönük olarak planlanan çalışmada, olgular yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer (il, ilçe, köy), doğum yeri gibi demografik özellikleri, başka bir sağlık kuruluşundan sevkli gelme durumu, acil servise başvuru zamanı (tarih, saat, ay, mevsim), acil serviste gözlem süresi, intihar girişiminin yöntemi (kimyevi madde alma, kesici aletle, ateşli silahla, ası, yüksekten atlama, suya atlama vb.), intihar nedeni (psikiyatrik hastalık, ailevi nedenler, dürtüsel, okul ve sınav kaygısı, ekonomik, cinsel istismar, aile içi şiddet, ilişki sorunları, hastalık vb.), psikiyatri konsültasyonu istenilip istenilmediği, acil servis gözlemi sonucu (taburcu, servise yatış, yoğun bakım ünitelerine yatış, başka kuruma sevk, kendi isteği ile taburcu), eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, tekrarlayan intihar girişimleri, bilinç durumu yönünden değerlendirildi. İşsiz, emekli, ev hanımı, öğrenci,

hükümlü/tutuklu, asker (er ve erbaşı) olanlar aktif çalışma yaşamı içinde olmayan kişiler grubuna alındı.

Acil servis hasta dosyası ve düzenlenen adli raporlar değerlendirildi. Adli raporların, adli makamlarca yanıt beklenen sonuç kısımlarını oluşturan yaşamsal tehlike ve basit tıbbi müdahale ile iyileşebilme durumu vb. değerlendirildi.

İlaç, çoklu ilaç, kostik madde, koroziv madde, tarım ilaçları, insektisidler gibi tüm intoksikasyonlar kimyevi madde alımı ile olan intihar girişimleri grubuna dâhil edildi.

### **İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Çalışmadan elde edilen tüm verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 16 paket programı (Lisans no: 10240642) kullanıldı. Tanımlayıcı sayısal değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma (SS), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi.

## BULGULAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (TÜSAM) Yetişkin ve Çocuk Acil Servis'lerine 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasındaki 5 yıllık dönemde 8829 adli olgu niteliği taşıyan hastanın başvuru yaptığı belirlendi. Bunların içinden 991 intihar girişimi olgusu seçilerek çalışmamıza alındı. İntihar girişimi olgularının bu süre içinde başvuran tüm adli olguların %11,2'sini (n=991) oluşturduğu saptandı.

### İNTİHAR GİRİŞİMİ OLGULARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya tüm yaş gruplarından 991 intihar girişimi olgusu dâhil edildi. Hastanemiz yetişkin ve çocuk acil servislerine 2010 yılında 317 (%31,9), 2011 yılında 222 (%22,4), 2012 yılında 169 (%17), 2013 yılında 144 (%14,5), 2014 yılında 139 (%14) intihar girişimi olgusunun başvurduğu saptandı (Tablo 4).

**Tablo 4. TÜSAM'a başvuran intihar girişimi olgularının yıllara göre dağılımı**

| Yıllar        | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|---------------|------------------|------------|
| 2010          | 317              | 32         |
| 2011          | 222              | 22,4       |
| 2012          | 169              | 17         |
| 2013          | 144              | 14,6       |
| 2014          | 139              | 14         |
| <b>Toplam</b> | <b>991</b>       | <b>100</b> |

Olguların yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 5'te sunuldu. Olguların en küçüğünün 9, en büyüğünün 96 yaşında olduğu, medyan yaşın 23 bulunduğu, olguların %24'ünün (n=237) 18 yaşından küçük olduğu, olguların %76'sının (n=754) 18 yaş ve

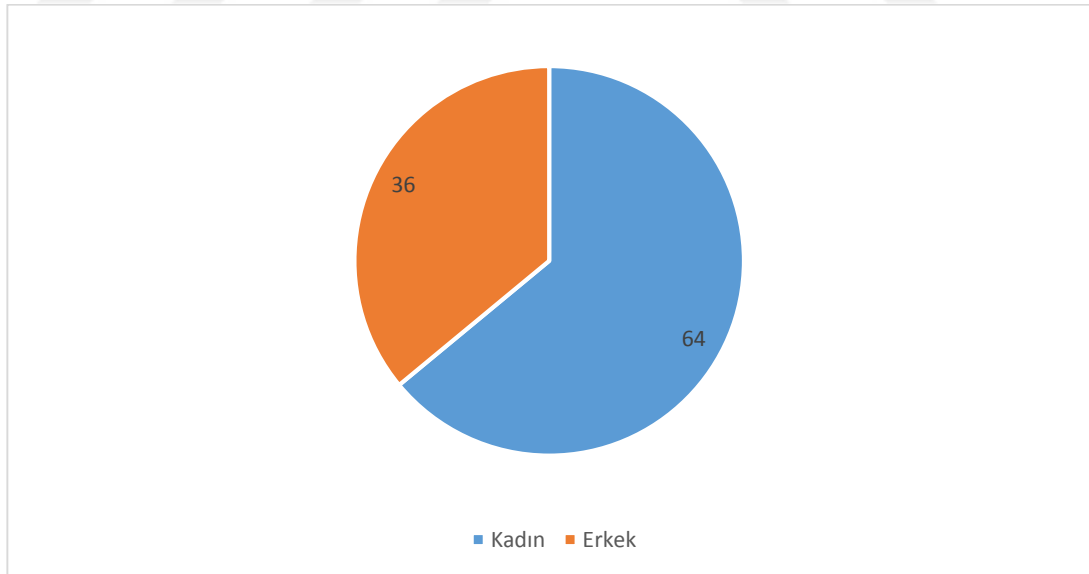
üzerinde olduğu, yaş ortalamasının  $26,85 \pm 12,409$  olduğu, 18 yaş altındakilerin yaş ortalamasının  $15,22 \pm 1,541$ , 18 yaş ve üzerindekiilerin yaş ortalamasının  $30,54 \pm 12,079$  olduğu saptandı. En fazla başvurunun %52,7 (n=522) ile 18-33 yaş grubunda olduğu, en az başvurunun %1,3 ile (n=13) 66 yaş ve üzerinde olduğu saptandı.

**Tablo 5. İntihar girişimi olgularının yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı**

| Yaş grupları  | Kadın      |            | Erkek      |            | Toplam     |            |
|---------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|               | n*         | %**        | n          | %          | n          | %          |
| < 18          | 201        | 31,7       | 36         | 10,1       | 237        | 24         |
| 18-33         | 320        | 50,5       | 202        | 56,6       | 522        | 52,7       |
| 34-49         | 91         | 14,4       | 79         | 22,1       | 170        | 17         |
| 50-65         | 18         | 2,8        | 31         | 8,7        | 49         | 5          |
| > 66          | 4          | 0,6        | 9          | 2,5        | 13         | 1,3        |
| <b>Toplam</b> | <b>634</b> | <b>100</b> | <b>357</b> | <b>100</b> | <b>991</b> | <b>100</b> |

\*n: hasta sayısı; \*\*%: yüzde.

Olguların %36'sı erkek (n=357), %64'ü kadın (n=634) olup, erkek/kadın oranının 0,56 olduğu saptandı. Kadın olguların yaş ortalaması  $24,47 \pm 10,620$ , erkek olguların yaş ortalaması ise  $31,07 \pm 14,129$  idi. Olguların cinsiyete göre dağılımı Şekil 11'de gösterildi.



**Şekil 11. Olguların cinsiyete göre dağılımı**

Acil servis hasta dosyalarında olguların 509'unun (%51,4) medeni durumuna ilişkin bilgi mevcuttu. Olguların medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 6'da gösterildi.

**Tablo 6. Olguların medeni durumlarına göre dağılımları**

| Medeni durum       | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|--------------------|------------------|------------|
| Bekâr              | 353              | 69,4       |
| Evli               | 141              | 27,7       |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 15               | 2,9        |
| <b>Toplam</b>      | <b>509</b>       | <b>100</b> |

İntihar girişimlerinin %29 (n=287) ile en fazla ilkbahar mevsiminde, %10,5 (n=104) ile en fazla mart ayında olduğu saptandı. İntihar girişimlerinin %36,4 (n=349) ile en fazla akşam saatlerinde (18.01-00.00) meydana geldiği, acil servise başvuru zaman diliminin de %37,2 (n=367) ile yine en fazla akşam saatlerinde (18.01-00.00) olduğu saptandı (Tablo 7).

**Tablo 7. Olgularının olay zamanı ve acil servise başvuru zamanına göre dağılımı**

| Mevsim                     | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|----------------------------|------------------|------------|
| İlkbahar                   | 287              | 29         |
| Yaz                        | 258              | 26         |
| Sonbahar                   | 206              | 20,8       |
| Kış                        | 240              | 24,2       |
| <b>Toplam</b>              | <b>991</b>       | <b>100</b> |
| Ay                         | n                | %          |
| Ocak                       | 88               | 8,9        |
| Şubat                      | 79               | 8          |
| Mart                       | 104              | 10,5       |
| Nisan                      | 91               | 9,2        |
| Mayıs                      | 92               | 9,3        |
| Haziran                    | 94               | 9,5        |
| Temmuz                     | 89               | 9          |
| Ağustos                    | 75               | 7,6        |
| Eylül                      | 66               | 6,7        |
| Ekim                       | 72               | 7,3        |
| Kasım                      | 68               | 6,9        |
| Aralık                     | 73               | 7,4        |
| <b>Toplam</b>              | <b>991</b>       | <b>100</b> |
| İntihar girişimi saati     | n                | %          |
| 00.01-06.00                | 159              | 16,6       |
| 06.01-12.00                | 139              | 14,5       |
| 12.01-18.00                | 311              | 32,5       |
| 18.01-00.00                | 349              | 36,4       |
| <b>Toplam</b>              | <b>958</b>       | <b>100</b> |
| Acil servise başvuru saati | n                | %          |
| 00.01-06.00                | 271              | 27,5       |
| 06.01-12.00                | 102              | 10,3       |
| 12.01-18.00                | 247              | 25         |
| 18.01-00.00                | 367              | 37,2       |
| <b>Toplam</b>              | <b>987</b>       | <b>100</b> |

İntihar girişimi olgularının %51,5'inin (n=510) il merkezlerinde, %32,5'inin (n=322) ilçe merkezlerinde, %14,1'inin (n=140) köylerde ikamet ettikleri saptandı. Olguların %36,4'ünün (n=361) Edirne doğumlu, %15,8'inin (n=157) Kırklareli doğumlu, %9,7'sinin (n=96) İstanbul doğumlu, %3,1'inin (n=31) Tekirdağ doğumlu olduğu yani toplamda %55,3'ünün (n=549) Batı Marmara (Edirne, Kırklareli, Tekirdağ) doğumlu olduğu saptandı (Tablo 8).

**Tablo 8. İntihar girişimi olgularının yerleşim yerlerine göre dağılımı**

| Yerleşim yeri     | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%) |
|-------------------|------------------|-----------|
| <b>İl</b>         | 510              | 51,5      |
| <b>İlçe</b>       | 322              | 32,5      |
| <b>Köy</b>        | 140              | 14,1      |
| <b>Bilinmeyen</b> | 19               | 1,9       |
| <b>Toplam</b>     | 991              | 100       |

Olguların %76,2'si (n=755) acil servise ambulans ile getirildi. Acil serviste kalış süresi ortalama 11,24±10,38 saatti. İntihar girişimi olgularının %49,3'ü (n=489) doğrudan TÜSAM'a başvururken, %50,7'sinin (n=502) diğerk sağıık kuruluşlarından hastanemize sevk ile getirildiğı belirlendi. Bunların %51,8'i (n=260) Edirne Merkez ve İlçe Kamu Hastanelerinden, %38,8'i (n=195) Kırklareli Merkez ve İlçe Kamu Hastanelerinden, %6,8'i (n=34) Tekirdağ Merkez ve İlçe Kamu Hastanelerinden, %0,2'si (n=1) Çanakkale Devlet Hastanesinden, %2,4'ü (n=12) özel hastanelerden sevk edildi (Tablo 9).

**Tablo 9. İntihar girişimi olgularının sevkli geldiğı hastaneler**

| Sevkli geldiğı hastane             | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%) |
|------------------------------------|------------------|-----------|
| <b>Edirne Kamu Hastaneleri</b>     | 260              | 51,8      |
| <b>Kırklareli Kamu Hastaneleri</b> | 195              | 38,8      |
| <b>Tekirdağ Kamu Hastaneleri</b>   | 34               | 6,8       |
| <b>Çanakkale Kamu Hastaneleri</b>  | 1                | 0,2       |
| <b>Özel Hastaneler</b>             | 12               | 2,4       |
| <b>Toplam</b>                      | 502              | 100       |

991 olgudan 490 kişinin (%49,4) Edirne, Kırklareli, Tekirdağ ve Çanakkale'deki kamuya ait il ve ilçe merkezlerindeki hastanelerden, 12 olgunun (%1,2) ise bölgedeki özel hastanelerden sevk edildiği saptandı. Toplamda tüm olguların %50,7'si (n=502), ileri tetkik ve tedavi ya da yoğun bakım ihtiyacı olabileceği gerekçesi ile sevkli olarak TUSAM'a getirildi. 502 olgudan 112'si (%22,3) yoğun bakım ünitelerine, 64'ü (%12,7) servislere yatırıldı. Toplamda 502 olgudan 176'sının (%35) yoğun bakım ya da servislere yatırıldığı, geri kalan 326 kişinin (%65) acil serviste takip edildiği saptandı.

Sevk gerekçesi olarak ileri tetkik ve tedavi ya da yoğun bakım ihtiyacı olabileceği için gönderilen olgulardan; Edirne ve ilçelerindeki kamuya ait hastanelerden yoğun bakımlara yatan %24,6 (n=64), servislere yatan %11,5 (n=30) olup toplamda %36,1 (n=94) bulundu. Geri kalan %63,9 (n=166) TUSAM acil servislerinden gözlem süresi sonunda ya da kendi isteği ile taburcu oldu. Kırklareli ve ilçelerindeki kamuya ait hastanelerden gönderilen olgulardan yoğun bakımlara yatan %19,5 (n=38), servislere yatan %11,3 (n=22) olup toplamda %30,8'ine (n=60) yatış verildiği saptandı. Geri kalan %69,2'si (n=135) TUSAM acil servislerinden gözlem süresi sonunda ya da gözlem süresi dolmadan kendi isteği ile taburcu oldu. Tekirdağ ve ilçelerindeki kamuya ait hastanelerden gönderilen olgulardan yoğun bakımlara yatan %26,5 (n=9), servislere yatan %23,5 (n=8) olup toplamda %50'sinin (n=17) yatışı yapıldı. Geri kalan %50'si (n=17) TUSAM acil servislerinden gözlem süresi sonunda ya da gözlem süresi dolmadan kendi isteği ile taburcu oldu. Özel hastanelerden sevk edilenlerden %8,3'ü (n=1) yoğun bakıma, %25'i (n=3) servislere yatırıldı. Geri kalan %66,7'si (n=8) TUSAM acil servislerinden gözlem süresi sonunda ya da gözlem süresi dolmadan kendi isteği ile taburcu oldu. Çanakkale'den kamuya ait hastaneden gönderilen 1 kişi (%100) servise yatırıldı (Tablo 10).

**Tablo 10. Sevkli gelinen hastanelere göre takip sonucu**

| Sevkli geldiği hastaneler | Sonuç           |                          |            |              |              | Toplam |
|---------------------------|-----------------|--------------------------|------------|--------------|--------------|--------|
|                           | Acilden taburcu | Kendi isteği ile taburcu | YBÜ* yatış | Servis yatış | İzinsiz terk |        |
| <b>Edirne</b>             | 102             | 63                       | 64         | 30           | 1            | 260    |
| <b>Kırklareli</b>         | 90              | 41                       | 38         | 22           | 4            | 195    |
| <b>Tekirdağ</b>           | 13              | 4                        | 9          | 8            | 0            | 34     |
| <b>Çanakkale</b>          | 0               | 0                        | 0          | 1            | 0            | 1      |
| <b>Özel</b>               | 4               | 4                        | 1          | 3            | 0            | 12     |
| <b>Toplam</b>             | 209             | 112                      | 112        | 64           | 5            | 502    |

\*YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi.

Olgular tarafımızdan adli açıdan incelenerek Tablo 11’de sunuldu. Olguların %31,3’ünün (n=310) hayati tehlikesinin olduğu, yaralanmaların %59,8’inin (n=593) basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte olduğu tarafımızdan değerlendirildi. Düzenlenen adli raporların nitelikleri değerlendirildi ve sonuç kısımlarında hayati tehlike ve basit tıbbi müdahale ile iyileşme kriterleri olması gerektiği gibi olan raporlar doğru, olması gerekene tam karşıt ifadeler içeren raporlar yanlış, yanlış bir ifade olmayan ancak eksik ya da kısmen doğru ifadeler içeren raporlar eksik/hatalı olarak değerlendirildi. Buna göre adli raporlarının %48,4’ünün (n=480) doğru, %38’inin (n=377) eksik ya da hatalı, %12,5’inin (n=124) ise yanlış olduğu saptandı. 10 adli rapor ise okunamadığı veya dosyasında bulunmadığı için değerlendirilemedi. Tablo 12’de düzenlenen adli raporlar değerlendirildi.

**Tablo 11. Olguların adli raporlarının tarafımızdan değerlendirilmesi**

| Hayati Tehlike Var |           | Hayati Tehlike Yok    |           | Toplam              |           |
|--------------------|-----------|-----------------------|-----------|---------------------|-----------|
|                    |           | BTM ile giderilebilir |           | BTM ile giderilemez |           |
| Hasta sayısı (n)   | Yüzde (%) | Hasta sayısı (n)      | Yüzde (%) | Hasta sayısı (n)    | Yüzde (%) |
| 310                | 31,3      | 593                   | 59,8      | 88                  | 8,9       |
|                    |           |                       |           | 991                 | 100       |

\*BTM: Basit Tıbbi Müdahale.

**Tablo 12. Düzenlenen adli raporların niteliği**

| Adli rapor   | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%) |
|--------------|------------------|-----------|
| Doğru        | 480              | 48,5      |
| Eksik/Hatalı | 377              | 38        |
| Yanlış       | 124              | 12,5      |
| Diğer*       | 10               | 1         |
| Toplam       | 991              | 100       |

\*Okunaksız ya da silik olduğu için okunamayanlar ile dosyasından adli raporu çıkmayanlar.

Olguların %89’unun (n=882) bilinci açık, %7,2’sinin (n=71) bilinci uykuya meyilli, %3,8’inin (n=38) bilinci kapalı idi. Olguların bilinç durumu ile Glasgow Koma Skoruna (GKS) göre dağılımları sırasıyla Tablo 13 ve Tablo 14’te sunuldu. İntihar girişimi sırasında olguların %15,3’ünün (n=152) alkollü olduğu saptandı.

**Tablo 13. Olguların bilinç durumuna göre dağılımı**

| Bilinç         | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|----------------|------------------|------------|
| Açık           | 882              | 89         |
| Uykuya meyilli | 71               | 7,2        |
| Kapalı         | 38               | 3,8        |
| <b>Toplam</b>  | <b>991</b>       | <b>100</b> |

**Tablo 14. Olguların Glasgow Koma Skoruna (GKS) göre dağılımı**

| Glasgow Koma Skoru | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|--------------------|------------------|------------|
| 14-15              | 910              | 92,9       |
| 9-13               | 31               | 3,2        |
| < 8                | 39               | 3,9        |
| <b>Toplam</b>      | <b>980</b>       | <b>100</b> |

Olguların Glasgow Koma Skorlarına (GKS) bakıldığında 896'sının (%90,4) GKS:15, 14'ünün (%1,4) GKS:14, toplamda %91,8'inin (n=910) GKS:14-15, 31'inin (%3,1) GKS:9-13 olduğu, 39'unun (%3,9) GKS < 8 olduğu saptandı.

İntihar yöntemi; olguların %87,2'sinde (n=864) kimyevi madde alımı, %4,5'inde (n=45) kesici aletle, %3,2'sinde (n=32) yüksekten atlama, %2'sinde (n=20) ası, %1,7'sinde (n=17) ateşli silahla, %0,7'sinde (n=7) birden fazla yöntem ile, %0,2'sinde (n=2) suya atlayarak, %0,2'sinde (n=2) tüp gaz veya doğal gaz inhalasyonu ile idi. Olguların seçilen intihar girişimi yöntemine göre dağılımı Tablo 15'te sunuldu.

**Tablo 15. İntihar girişimi olgularının seçilen yönteme göre dağılımı**

| İntihar girişimi yöntemi | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|--------------------------|------------------|------------|
| Kimyevi madde ile        | 864              | 87,2       |
| Kesici aletle            | 45               | 4,5        |
| Yüksekten atlama         | 32               | 3,2        |
| Kendini asarak           | 20               | 2          |
| Ateşli silahla           | 17               | 1,7        |
| Birden fazla yöntem ile  | 7                | 0,7        |
| Tüp gaz, doğal gaz ile   | 2                | 0,2        |
| Suya atlama              | 2                | 0,2        |
| Diğer                    | 2                | 0,2        |
| <b>Toplam</b>            | <b>991</b>       | <b>100</b> |

Tablo 16’da olguların takip sonuçlarına göre dağılımı ile psikiyatri konsültasyonu istenen %32’sinin (n=317) takip sonuçlarına göre dağılımı sunuldu. Olguların %42,2’si (n=418) acil serviste gözlem süresi sonunda taburcu edildi, %25,1’i (n=249) gözlem süresi dolmadan kendi isteği ile taburcu oldu, %20,2’si (n=200) yoğun bakım ünitelerine yatırıldı, %11,2’si (n=111) servislere yatırıldı, %1,3’ü (n=13) acil servisi izinsiz terk etti.

Olguların %32’sine (n=317) psikiyatri konsültasyonu yapıldığı, %68’ine (n=674) yapılmadığı belirlendi. Acil servisten gözlem süresi tamamlanıp, taburcu edilenlerden %51’ine (n=213), kendi isteği ile taburcu olanların %18,1’ine (n=45), yoğun bakım ünitelerine yatırılanların %8’ine (n=16), herhangi bir servise yatırılanların %36,9’una (n=41), acil servisi izinsiz terk edenlerin %15,4’üne (n=2) psikiyatri konsültasyonu istendiği saptandı.

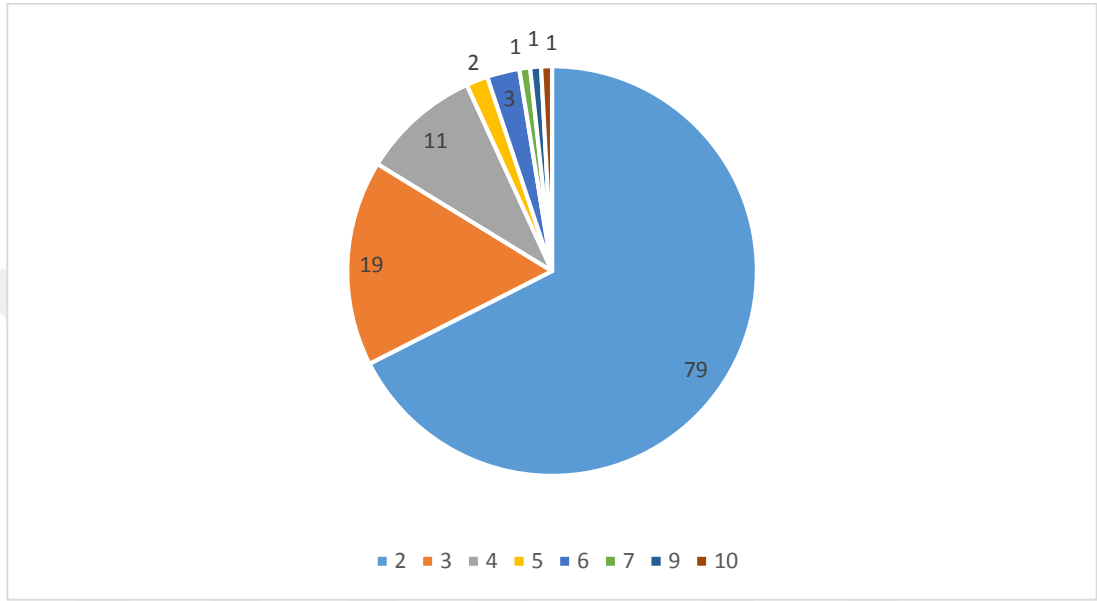
**Tablo 16. Olguların Takip sonuçlarına ve psikiyatri konsültasyonu yapılmasına göre dağılımı**

| <b>Takip sonucu</b>             | <b>Hasta sayısı<br/>(n)</b> | <b>Yüzde<br/>(%)</b> | <b>Psikiyatri<br/>konsültasyonu<br/>(n)</b> | <b>Yüzde<br/>(%)</b> |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------------|----------------------|
| <b>Taburcu</b>                  | 418                         | 42,2                 | 213                                         | 67,2                 |
| <b>Kendi isteği ile taburcu</b> | 249                         | 25,1                 | 45                                          | 14,2                 |
| <b>YBÜ yatış</b>                | 200                         | 20,2                 | 16                                          | 5,1                  |
| <b>Servise yatış</b>            | 111                         | 11,2                 | 41                                          | 12,9                 |
| <b>İzinsiz ayrılış</b>          | 13                          | 1,3                  | 2                                           | 0,6                  |
| <b>Toplam</b>                   | 991                         | 100                  | 317                                         | 100                  |

\*YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi.

Tekrarlayan intihar girişimlerine bakıldığında; olguların %11,8’inin (n=117) iki veya daha fazla sayıda intihar girişimi olduğu saptandı. Bunlardan %67,5’inin (n=79) ikinci, %16,2’sinin (n=19) üçüncü, %9,4’ünün (n=11) dördüncü, %1,79’unun (n=2) beşinci, %2,6’sının (n=3) altıncı, %0,85’inin (n=1) yedinci, dokuzuncu ve onuncu intihar girişimleri idi (Şekil 12). Yaş ortalaması 29,17 bulundu. 117 olgunun %60,7’sini (n=71) kadınlar oluşturmaktaydı. 71 kadın olgunun en küçüğü 12, en büyüğü 67 yaşında, yaş ortalaması 24,5, 18 yaşından küçük 32 olgunun yaş ortalaması 15,4, 18 yaşından büyük 39

olgunun yaş ortalaması 32,05 bulundu. 44 erkek olgunun (%39,3) en küçüğü 14, en büyüğü 70 yaşında, yaş ortalaması 36,3, 18 yaşından küçüklerin yaş ortalaması 15,3, 18 yaş ve üzerindekiilerin yaş ortalaması 37,8 hesaplandı. Tekrarlayan intihar girişimi olan 117 olgunun %75,2'sinin (n=88) tanı konulmuş bir ya da daha fazla psikiyatrik hastalığı olduğu saptandı.



**Şekil 12. Tekrarlayan intihar girişimlerinin önceki intihar girişimi sayısına göre dağılımı**

Olguların %43,4'ünü (n=430) daha önceden bir ya da daha fazla psikiyatrik hastalık tanısı olan ya da acil serviste psikiyatri konsültasyonunda psikopatoloji saptanan hastalar oluşturuyordu. %56,6'sının acil servis dosyasında herhangi bir psikiyatrik hastalık olduğuna ilişkin not yoktu.

En sık saptanan psikiyatrik tanılar; majör depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, kişilik bozukluğu, davranış bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu vb. idi.

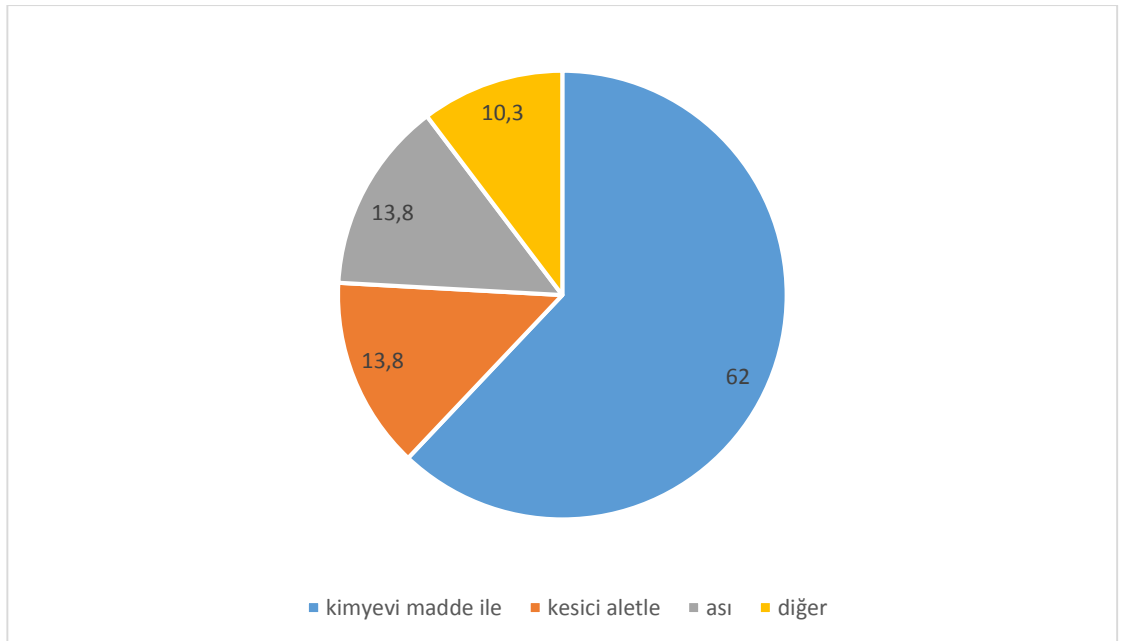
Olguların %44,7'sinin (n=443) dosyasında intihar nedenine yönelik açıklama bulunuyordu. Acil servis hasta dosyalarından edinilen bilgilere göre 443 olgunun intihar girişiminde bulunma gerekçesi olarak değerlendirilen durumlar Tablo 17'de sunuldu.

**Tablo 17. Olguların acil servis dosyalarında belirtilen intihar nedeni**

| İntihar nedeni   | Hasta sayısı (n) | Yüzde (%)  |
|------------------|------------------|------------|
| Dürtüsel         | 214              | 48,3       |
| Ruhsal hastalık  | 152              | 34,3       |
| Ailevi           | 41               | 9,2        |
| İlişki sorunları | 12               | 2,7        |
| Ekonomik         | 11               | 2,5        |
| Diğer            | 13               | 3          |
| <b>Toplam</b>    | <b>443</b>       | <b>100</b> |

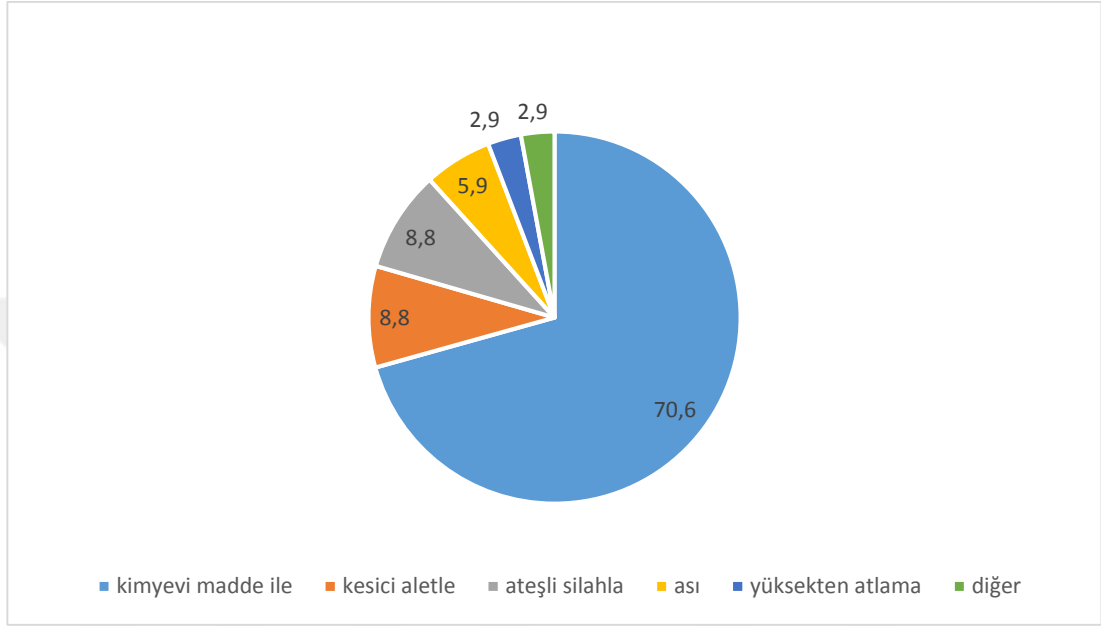
Olguların 217'sinin eğitim hayatına devam ettiği, 74'ünün çalışmadığı, 64'ünün aktif çalışma hayatı içinde olduğu, 34'ünün askerlik görevini yapmakta olduğu, 29'unun ise cezaevlerinde yatmakta olan tutuklu ve hükümlülerden oluştuğu belirlendi. Geriye kalan 573 olgunun (%57,8) hasta dosyasında iş veya çalışma hayatına dair bilgi saptanmadı.

Cezaevinde kalan 29 olgudan (%2,9), %62'sinin (n=18) kimyevi madde içerek, %13,8'inin (n=4) kesici alet kullanarak, %13,8'inin (n=4) kendini asarak, %10,3'ünün (n=3) diğer yöntemlerle intihar girişimini gerçekleştirdiği belirlendi. İntihar girişimlerinin seçilen yöntemlere göre dağılımı Şekil 13'te sunuldu.



**Şekil 13. Cezaevinden getirilen olguların seçtikleri intihar girişimi yöntemi**

Askerlik görevini yapmakta olan 34 olgudan (%3,4), %70,6'sının (n=24) kimyevi madde içerek, %8,8'inin (n=3) kesici alet kullanarak, %8,8'inin (n=3) ateşli silah ile, %5,9'unun (n=2) kendini asarak, %2,9'unun (n=1) yüksekten atlayarak, %2,9'unun (n=1) birden fazla yöntem kullanarak intihar girişimini gerçekleştirdiği belirlendi (Şekil 14).



**Şekil 14. Askerlik yapmakta olan olguların seçtikleri intihar girişimi yöntemleri**

İntihar girişimi nedeniyle acil servislerimize başvuran 991 olgudan yoğun bakım ünitelerine yatırılanlardan 12'sinin (%1,2) hastane kayıtlarının incelenmesiyle daha sonra hayatını kaybettiği belirlendi. Bunların %41,7'sinin (n=5) kimyevi madde alımı ile, %25'inin (n=3) ateşli silah ile, %16,7'sinin (n=2) ası ile, %8,3'ünün (n=1) yüksekten atlama yöntemi ile intihar ettiği saptandı.

## TARTIŞMA

Toplumların sosyal ve ekonomik yapısının önemli göstergelerinden biri olan intihar ve intihar girişimi; psikolojik, sosyolojik, ekonomik, kültürel, coğrafi bileşenleri olan karmaşık ve çok değişkenli olaylardır. Hastalık, aile geçimsizliği, geçim zorluğu, ticari başarısızlık, duygusal ilişkiler ve öğrenim başarısızlığı gibi birçok neden insanların intihara sürüklenmesine neden olabilir (40). Dünyada her yıl 800000’den fazla insanın intihar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Dünyada intihar oranının ortalama yüz binde 12 olduğu ve her 40 saniyede bir insanın intihar nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. İntihar dünya çapında yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Litvanya, Guyana ve Güney Kore’de yüz binde 30’un üstünde, Beyaz Rusya, Çin ve Japonya’da yüz binde 25 civarında, Rusya, Ukrayna, Nepal, Hindistan’da yüz binde 20 civarında, Finlandiya, Fransa, Belçika, Çek Cumhuriyeti, İzlanda, Slovenya ve Bulgaristan’da yüz binde 15 civarı, Almanya, İsviçre, İsveç, Avusturya, ABD, Avustralya ve Kanada’da yüz binde 12 civarında, Latin Amerika ülkeleri ile Ortadoğu ve Arap ülkelerinde yüz binde 6,5’un altında olduğu bildirilmiştir (4). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) yaptığı analizlere göre 2014 yılında ülkemizin kaba intihar hızı yüz binde 3,97, çalışmamızı yaptığımız 2010-2015 yılları arasında kaba intihar hızı ortalama yüz binde 4 olarak hesaplanmıştır (39). Ülkemizde ilgili kurumların gerekli standardizasyonu sağlayamamış olmasından dolayı İzmir intihar girişimleri istatistikleri dışında bölgesel ve ulusal düzeyde intihar girişimi olaylarına ilişkin tek kaynaktan toplanmış bir çalışma bulunmamaktadır (40). TÜİK verilerine göre İzmir’de kaba intihar girişimi hızı 2011, 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla yüz binde 118,5, 130,1 ve 113,8 saptanmıştır (40). Bursa’da yapılan bir çalışmada 2008-2012 yılları arasında intihar girişimi sıklığı yüz binde

40,3 ile 47,8 arasında değişim göstermiştir (43). Avrupa’da yapılan çok merkezli çalışmalarda intihar girişimi sıklığının yüz binde 61 ile 595 arasında değiştii saptanmıştır (44). Yetişkinlerde intihar girişimlerinin hayat boyu yaygınlığı %0,7-10 olarak belirtilmiştir. Her yıl yetişkinlerin %0,3-2,6’sının intihar girişiminde bulunduğu ifade edilmiştir (45). Yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunma oranı %4,6 saptanmıştır (46). Yapılan çalışmalar Türkiye’de intihar girişim hızının düşük ancak artış hızının dikkat çekici olduğunu göstermektedir (47,48). Ayrıca tüm intihar girişimleri resmi olarak bildirilmediği için gerçek intihar girişimi olgularının sayısının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Acil servisler adli olguların ilk başvurduğu, tetkik, tanı ve tedavilerinin yanı sıra adli olarak da ilk değerlendirildikleri kurumlardır. Acil sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarına başvuran hastaların önemli bir kısmını adli nitelikli olgular, bu adli nitelikli olguların önemli bir kısmını da intihar ve intihar girişimleri oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda TÜSAM Yetişkin ve Çocuk Acil Servis’lerine başvuran her yaş grubundan tüm intihar girişimi olgularının tüm adli nitelikli olguların %11,2’sini oluşturduğu saptandı. Bir çalışmada intihar girişimleri acile başvuran zehirlenme nedenli adli olguların içinde ve tüm adli olguların %9,1’i olarak bulundu (49). Bir başka çalışmada intihar girişimi olguları acil servise başvuran adli olguların %3,7’sini oluşturuyordu (50). Bir diğer çalışmada tüm adli vakaların %2,95’i intihar olarak değerlendirilmişti (51). Acil servise başvuran intihar girişimi olguları kayıtlara çoğunlukla olay türüne göre zehirlenmeler, kesici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları gibi başka başlıklar altında da girdiğinden, intihar ve intihar girişimlerinin ifade edilenin üzerinde olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda 8829 adli dosya tek tek taranarak intihar 991 olgu elde edildi. 991 intihar girişimi olgusunun adli dosyalarının birçoğunun üzerinde kol kesisi, tendon kesisi, cam kesisi, arrest, bilinç bulanıklığı, yüksekten düşme, yabancı cisim yutma vb. uygun olmayan ifadeler ve tanımlar mevcuttu.

İlimiz Batı Marmara’da bulunan ve çoğunlukla Müslümanların yaşadığı, bir üniversitesi bulunan, genç nüfusun yoğunlukta olduğu bir şehirdir. Nüfusun ¼’ünü 15-29 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır (52). TÜİK verilerine göre 2014 yılı için Edirne’nin kaba intihar hızı yüz binde 8,26 bulunmuştur (39). İlimizin kaba intihar hızının dünya ortalamasından düşük olduğu, ancak ülke ortalamasından yüksek ve 2014 yılında iller arasında üçüncü sırada olduğu belirlenmiştir. İlimizde intihar oranının ülke ortalamasının üzerinde olması, genç nüfusun ilimizde daha yoğun olmasına bağlanabilir. Amerika Birleşik Devletleri’nde intihar, 25-34 yaş grubu için ikinci, 15-24 yaş grubu için ise üçüncü en sık

ölüm nedenidir (53,54). TÜİK verilerine göre ülkemizde intiharların en sık 15-24 yaş grubunda (%25,6), ikinci sıklıkta 25-34 yaş grubunda (%19,2) olduğu bildirilmiştir (39,40). Yine TÜİK verilerinden yaş gruplarına göre intihar girişim oranlarına bakıldığında en sık 15-24 yaş grubunda (%42,2), ikinci sıklıkta 25-34 yaş grubunda (%25,9) olduğu bildirilmiştir (39,40). Çalışmamızda olguların %52,7'i (n=522) 18-33 yaş grubundan, %24'ünün (n=237) 18 yaş altı, %17'sinin (n=168) 34-49 yaş grubundan, %5'inin (n=49) 50-65 yaş grubundan, %1,3'ünün (n=13) ise 66 yaş ve üzerindeki kişiler tarafından oluşturulduğu saptandı. İntihar ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların erkeklerden dört kat daha sık intihar girişiminde bulunduğu ancak erkeklerde tamamlanmış intiharların kadınlardan üç kat daha sık olduğu bildirilmiştir (13). TÜİK'in İzmir'de yaptığı intihar girişim istatistiklerine göre erkek/kadın oranı 2011, 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla, 0,33, 0,38 ve 0,40 olup, kadınların erkeklerden 2,96, 2,6, 2,5 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. İzmir'de yine aynı yıllarda tamamlanmış intiharlara bakıldığında erkek/kadın oranlarının sırasıyla 3,4, 4,3 ve 3,8 bildirilmiştir (40). Bursa'da yapılan bir çalışmada intihar girişimi olgularında erkek/kadın oranı 0,43 bulunmuştur. Avrupa'da yapılan çalışmalarda bu oranın 0,4-0,6 arasında değiştiği belirlenmiştir (44). Ankara'da yapılan bir çalışmada bu oran 0,4 bulunmuştur (55). Bizim çalışmamızda intihar girişiminde bulunanların %36'sını (n=357) erkekler oluştururken, kadınların erkeklerden 1,8 kat daha fazla intihar girişiminde bulunduğu ve erkek/kadın oranının 0,56 olduğu bulundu.

Çalışmamızda intihar girişiminin gerçekleştiği zaman dilimi literatürle uyumlu olarak en sık 18.01-00.00 olarak belirlendi (56-62). İntihar girişimlerinin en sık ilkbahar mevsiminde ve mart ayında gerçekleştiği, acil servise başvurulmuş zaman diliminin de yine 18.01-00.00 arasında olduğu belirlendi (40,43,56,58-61).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda en sık başvurulmuş intihar yönteminin sırasıyla ası, ateşli silah, yüksekten atlama ve kimyevi madde kullanarak olduğu vurgulanmıştır. İntihar girişimlerinde seçilen yöntemler ise sıklık sırasına göre kimyevi madde kullanarak, kesici alet kullanarak, yüksekten atlayarak ve ası olarak saptanmıştır (39,40). Literatüre uygun olarak, bu çalışmada da olguların en sık (%87,2, n=863) kimyevi madde kullanarak, ikinci olarak (%4,5, n=45) kesici alet ile üçüncü olarak (%3,2, n=32) yüksekten atlayarak ve dördüncü olarak (%2,0, n=20) ası yöntemiyle intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Tamamlanmış intiharlar ile intihar girişimlerinde kullanılan yöntemler değerlendirildiğinde, tamamlanmış intiharlarda asının, intihar girişimlerinde kimyevi madde kullanımının en sık seçilen yöntemler olduğu anlaşılmaktadır. İntihar davranışında ası ve kimyevi madde alma

yönteminin ortak noktası her ikisi için de gerekli olan materyale kolay ulaşılması ve uygulama kolaylığı iken, iki yöntemin zıtlığı intihar davranışının sonucuna işaret eder. Asıda sonucun kesin olması güçlü intihar niyetinin göstergesi olarak düşünülmektedir.

Gerek Türkiye’de gerekse Dünya’da intihar girişimlerinin çoğunun kimyevi madde alımı ile olduğu bilinmektedir (39,43,56,58,63,64). Literatürde erişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de en yaygın intihar girişimi yönteminin aşırı ilaç alımı olduğu bildirilmiştir (66,67). En sık kullanılan kimyevi maddeler reçete edilen ilaçlardan oluşmaktadır ve kimyevi madde kullanımı tabiri ile her türlü tıbbi ilaç, tarımsal ve hayvansal ilaçlar, kostik, koroziv, toksik vb. maddelerin alınması anlaşılmaktadır. Kimyevi madde alımı intihar girişimlerinde %90'lara varan oranlarla en sık tercih edilen yöntemdir (40). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak kimyevi madde kullanarak olan intihar girişimleri %87,2 (n=863) saptandı. Analjezikler, antidepresanlar, antipsikotikler ve kardiyovasküler ajanlar en sık kullanılan ilaçlardır (65). Bunların büyük bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşlarında reçete edilen ilaçlar olup, aynı zamanda eczanelerden reçetesiz olarak kolaylıkla satın alınabilmeleri ve ucuz olmaları kişilerin ilaçlara erişimini kolaylaştırmaktadır. Yetkili kurumların gerekli tedbirleri almasıyla hem gereğinden fazla ilaç reçete edilmesinin önüne geçilmesi hem de ilaçların eczanelerden reçetesiz satılmasına sınırlama getirilmesi ilaçlara amacı dışında erişimi azaltılabilir ve ülke ekonomisine de katkı sağlanabilir.

TÜİK verilerine göre, kesici aletlerin tamamlanmış intiharlarda %1-2, intihar girişimlerinde %4-5 oranı ile tercih edildiği anlaşılmaktadır (39,40). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak kesici aletlerle olan intihar girişimleri %4,5 (n=45) ve erkek/kadın oranı 2,0 saptandı (58). Yoğun bakım ünitesine yatırılan 1 olgunun daha sonraki takiplerinde hayatını kaybettiği belirlendi.

Ateşli silah ile intihar davranışı tamamlanmış intiharlarda ikinci en sık kullanılan yöntem iken intihar girişimlerinde çok ender tercih edilir. Bunun nedenlerinden biri gerekli materyale ulaşımın daha güç olmasıdır. Öldürücülüğü yüksek olduğundan güçlü intihar niyetinin göstergesidir. Buna paralel olarak çalışmamızda olguların %1,7'si (n=17) ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunmuş olup, bunların %88'i (n=15) erkek, en küçüğü 18, en büyüğü 74 yaşında, yaş ortalaması 38 bulunmuştur. %18'ini (n=3) askerlik görevini yapmakta olan hastalar oluşturmuştur. Kadınların daha az ateşli silah kullandığı belirlenmiştir (%12, n=2). Frontal ve temporal bölge ile kalp yaralanmasına neden olan 3 intihar girişiminin (%18) daha sonra yatırıldığı yoğun bakımlarda hayatını kaybettiği saptandı. Geri kalan intihar girişimlerinin %57'si (n=8) yüz bölgesinden, %21'i (n=3) batin bölgesinden idi.

Ası yöntemiyle intihar girişiminde bulunan 20 olgunun (%2,0) %15'inin (n=3) bilinci kapalı iken, %30'unun (n=6) hayati tehlikesinin olduğu, %20'sinin (n=4) yoğun bakım ünitelerine, %15'inin (n=3) servislere yatırıldığı, durumu kritik olanlarla yoğun bakım ve servis yatışı olanların oransal olarak uyumlu olduğu bulundu. Cezaevinde olanların %14,3'ünün (n=4) ası yöntemi ile intihar girişiminde bulunduğu saptandı. Literatüre bakıldığında tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemin ası olduğu görülür (39,40,68,69). Eskişehir'de yapılan çalışmada cezaevinde olan 12 olgunun tümünün ası yöntemiyle intihar ettiği ve 11'inin ası materyali olarak çarşaf kullandığı saptanmıştır. Bunun nedeni olarak da çarşaf vb. materyalin cezaevlerinde en kolay temin edilebilecek intihar aracı olduğu düşünülmektedir (69). Bizim çalışmamızda cezaevinde intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğu (%64,3, n=18) kimyevi madde alarak eylemini gerçekleştirdi. Cezaevinde olanların ilaçlara ve diğer kimyevi maddelere ulaşımının daha kontrollü hale getirilmesi intihar girişimlerini azaltabileceği gibi, cezaevlerinde kullanılan çarşafların ağırlık kaldırma kapasitesi düşük maddelerden yapılmasının tamamlanmış intiharları azaltabileceği düşünülmektedir.

TÜİK'in İzmir'de 2013 yılında yaptığı çalışmada nedene göre intihar girişimleri yaygınlık sırasına göre; aile geçimsizliği (%33,59), hissi ilişki ve istediği ile evlenememe (%18,07), geçim zorluğu (%15,41), hastalık (%9,74), öğrenim başarısızlığı (%5,24), ticari başarısızlık (%3,10) olarak sıralanmıştır. 2013 yılında TÜİK istatistiklerine göre Türkiye genelinde tamamlanmış intiharlar nedene göre sıralandığında; hastalık (%16,1), aile geçimsizliği (%9,3), geçim zorluğu (%6,8), hissi ilişki ve istediği ile evlenememe (%3,4), ticari başarısızlık (%1,9) şeklinde sıralanırken toplam olguların %54,1'i de nedeni bilinmeyen şeklinde kayıtlara geçmiştir (39,40). Bu da verilerin alındığı ilgili kurumlarda kayıtların eksikliği çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Bizim çalışmamızda 991 olgunun %44,7'sinin (n=443) dosyasında intihar nedenine ilişkin veri mevcuttu. 548 olgunun (%55,3) dosyasında intihar girişimi nedeniyle ilgili bilgi yoktu. 443 olguda, intihar girişimlerinin %48,3'ünün (n=214) dürtüsel olarak gerçekleştiği, %34,3'ünde (n=152) ruhsal hastalığa bağlandığı, %9,3'ünde (n=41) ailevi nedenlere bağlı olduğu kayıtlıdır. Hem verilerin eksikliği hem de veri deseninin düzensizliği intihar davranışını anlama ve önlemeye yönelik çözüm önerileri üretmenin önünde büyük bir engel olarak durmaktadır. İntihar davranışının adli nitelikli olgulardan olduğu da göz önünde bulundurulduğunda adli boyutu düşünülerek daha fazla özen gösterilmesi beklense de öyle olmadığı anlaşılmaktadır. Hasta dosyasında saptanan gerekçeler kesin intihar nedeni olarak düşünülmemelidir. Bunlar adli dosyalardaki

ifadelerden çıkarılmış intihar gerekçeleridir ve toplumda aynı gerekçelere sahip olan pek çok kişinin intihar etmediği bilinmektedir.

Tüm olguların %32,3'üne psikiyatri konsültasyonu istendiği saptandı. Literatüre bakıldığında düşük psikiyatri konsültasyonu oranları çalışmamızla uyumludur. Ankara'da yapılan bir çalışmada olguların sadece %26,9'una psikiyatri konsültasyonu yapıldığı saptanmıştır (70). Rize'de yapılan çalışmada olguların %53,5'ine psikiyatri konsültasyonu istendiği bulundu (71). Bursa'da yapılan çalışmada olguların sadece %10,6'sına psikiyatri konsültasyonu istendiği saptandı (43). Literatüre bakıldığında intihar olgularının %70 ile %80'inin depresyon ve alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (72). Tüm olguların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi gerektiği göz önünde bulundurulduğunda, hem bizim çalışmamız hem de diğer çalışmalarda düşük psikiyatri konsültasyonu oranı, intihar girişiminde bulunanların gerektiği kadar psikiyatrik destek alamadıklarını düşündürmektedir.

İntihar davranışı, en sık bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, şizofreni, şizoaffektif bozukluk, kaygı bozuklukları, madde (özellikle alkol) kullanım bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları ve uyum bozuklukları gibi çeşitli akıl hastalıkları bağlamında görülür (29). Çalışmamızda olguların %43,4'ünde (n=430) bir ya da daha fazla psikiyatrik hastalık tanısı olduğu saptandı. Tanılar; depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, kaygı bozuklukları, alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları vb. olarak saptandı. Ancak gerek psikiyatri konsültasyonunun düşük bir oranda yapılması gerekse hasta dosyalarının eksik ve özensiz doldurulması eşlik eden psikiyatrik hastalık oranının gerçeğin tamamını yansıtmadığını düşündürmektedir. Literatürde intihar girişimi ile acil sağlık hizmeti veren kurumlara getirilen hastalarda eşlik eden psikiyatrik hastalık oranlarına bakıldığında, bir çalışmada daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı olanlar olguların %20,8'ini oluştururken, %5,7'si hakkında bilgiye ulaşılamamıştır (70). Bir diğer çalışmada olguların %25,5'inin psikiyatrik hastalık tanısı varken olguların %9'una ait veri olmadığı saptanmıştır (43). Bir başka çalışmada daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olanların oranı %57,5'tir. (71). Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada olguların %30'unun tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalığı olduğu saptanırken, %49 olguda bu konuda herhangi bir bilgiye ulaşılamadığı saptanmıştır (58). Şanlıurfa'da yapılan çalışmada özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü %27,6 oranında bulunmuştur (60).

Geçmişteki intihar girişimlerinin sıklığı arttıkça, olayların öldürücü etkisi düşük olsa bile tamamlanmış intihar riski artar. Geçmiş intihar davranışının niyeti kadar doğası ve

şiddeti de anlaşılmalıdır. Geçmişte ciddi bir girişim olması bir sonraki girişimin ölümle sonuçlanma riskini artırır (5). Özellikle intihar girişimini izleyen ilk 6 ay tekrar intihar girişimi açısından en riskli dönemdir. Bu dönemde kişinin psikiyatrik destek alması gerekmektedir (73). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak olguların %11,8'inin (n=117) daha önceden intihar girişimi olduğu saptandı. 117 olgudan 79'unun ikinci, 19'unun üçüncü, 11'inin dördüncü, 2'sinin beşinci, 3'ünün altıncı intihar girişimiydi. Birer olgunun yedinci, dokuzuncu ve onuncu intihar girişimi olduğu saptandı. 117 olgudan 88'inin (%75,2) daha önceden tanı konulmuş bir ya da daha fazla sayıda psikiyatrik hastalığı olduğu saptandı. Psikiyatri konsültasyonunun düşük oranlarda yapılması ve acil servis hekimlerince hastayı ve durumunu anlamaya yönelik basit düzeyde de olsa kısa bir psikiyatrik bakı yapılmadığı için bu oranın gerçek değerlerin altında olduğu düşünüldü. Literatüre bakıldığında; Şanlıurfa'da farklı tarihlerde yapılan iki farklı çalışmada olguların %13,2'sinin daha önceden intihar girişimi öyküsü mevcuttu (56,60). Bir başka çalışmada olguların %14,3'ünde geçmişte bir veya daha fazla intihar girişimi olduğu saptandı (58). Bir diğer çalışmada geçmişinde intihar girişimi öyküsü olanların oranı %12,5 idi (71). Bursa'da yapılan çalışmada olguların %17,1'inin daha önceden intihar girişiminde bulunduğu belirlendi (43). Ankara'da yapılan çalışmada olguları %22,8'inin daha önceden intihar girişiminde bulunduğu saptandı (70). Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) daha ileri çalışmalar için durumlar başlığı altında intihar davranışı bozukluğunu tartışmaya açmıştır ve bir intihar girişiminden sonraki 24 ay içinde, bu kişilerde başka intihar girişimleri ve ölüm açısından yüksek riskin devam edeceği belirtilmiştir (29).

Çalışmamızda olguların %15,3'ünün (n=152) intihar girişiminde bulunurken alkollü olduğu belirlendi.

Çalışmamızda olguların %89'unun (n=882) bilinci açık, %7,2'sinin (n=71) bilinci uykuya meyilli, %3,8'inin (n=38) bilinci kapalı, buna paralel olarak %91,8 (n=910) olgunun GKS:14-15, %3,1 (n=31) olgunun GKS:9-13, %3,9 (n=39) olgunun GKS:<8 saptandı. Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi için hazırlanan rehber göre; GKS<8 hayati tehlikeye işaret ederken, GKS:9-13 basit tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikteki yaralanmaları, GKS:14-15 ise basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikteki yaralanmalara karşılık gelmektedir (74). Yaptığımız değerlendirmede olguların %31,3'ünün (n=310) hayati tehlikesinin olduğu, %40,2'sinin (n=398) yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte olduğu saptandı ve olguların adli raporları ile kıyaslandığında acil servis hekimlerince

düzenlenen adli raporların %48,9'u (n=480) beklenen kriterleri karşıladığı ve doğru olarak nitelendirebileceği belirlendi. Adli raporların %12,6'sı (n=124) tamamen yanlış ifadeler içerirken, %38,4'ü (n=377) eksik ya da hatalı olarak değerlendirildi. Eksiklik olarak daha çok sonuç kısmında adli makamlar tarafından yanıt beklenen soruların hepsinin cevaplanmaması ya da raporun usulüne uygun olarak doldurulmaması kastedilmektedir. Acil servislere başvuran adli olgular hekimlik uygulamaları içinde önemli bir yer tutar. Adli nitelikli olgularla karşılaşıldığında adli makamlara bildirim yapılması ve hastaya adli rapor düzenlenmesi acil hekimlerinin en temel görevlerinden birisidir (75,76). Yapılan birçok çalışma adli tıp uzmanları dışında verilen adli raporların eksik ve hatalı olduğunu göstermektedir (77-80). Eksik ya da hatalı yazılan raporların adli yargılama hakkını tehdit ederek, yargılamanın gecikmesine, hasta haklarının kaybolmasına neden olabileceği açıktır. Bir çalışmada acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların %6,4'ünde sağlık mesleği mensubu olmayanların anlamayacağı kısaltmalar olduğu, en fazla eksiklik hasta yaşı, baba adı vb. verilerde iken, %34,8'inde muayene tarihi, %22,7'sinde muayene saati, %21,8'inde olayın meydana geldiği tarih ve %24,1'inde olay saati olmadığı saptanmıştır. Harici lezyon tarif edilen olguların %46,1'inde lezyonların ayrıntılı tanımlanmasının yapılmadığı, %97,4'ünde ise lezyonların vücut diyagramında işaretlenmediği vurgulanmıştır. Raporların %7,6'sında yaralanmanın hayati tehlikeye neden olup olmadığına değinilmezken, %8,9'unda yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilip giderilemeyeceği konusunda görüş belirtilmediği saptanmıştır (81).

Çalışmamızda olguların %31,3'ünün (n=310) hayati tehlikesinin olduğu, %40,2'sinin (n=398) yaralanmasının basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte olduğu belirlendi. Olguların %20,2'sinin yoğun bakım ünitelerine, %11,2'sinin servislere yatırıldığı, toplamda yatışı olan olguların %31,4'lük bir oran oluşturduğu ve hayati tehlikesi bulunanlar ile oransal olarak uyumlu olduğu saptandı. Hayati tehlikesi olmayan ve yaralanması basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek hastalar olguların %59,8'lik kısmını oluşturuyordu. Olguların %50,7'si (n=502) TÜSAM'a ilimizin ve bölgemizin il ve ilçe kamu hastanelerinden ileri tetkik ve tedavi amacıyla sevkli olarak gelmiş olup, bunların %35'inin (n=176) yoğun bakım ya da çeşitli servislere yatışının yapıldığı, geri kalan %65'inin (n=326) acil servisten taburcu olduğu saptandı. Olguların %76,2'si (n=755) ambulans ile TÜSAM'a getirildi. Acil servise ambulans ile getirilenlerin %21,6'sının (n=163) yoğun bakım ünitelerine, %11,3'ünün (n=85) servislere yatışı yapıldı. Olguların gerçekte ne kadarının üçüncü basamağa sevk endikasyonu olduğu, ne kadarının ambulans ile acil servislere

getirilmesi gerektiği, kısıtlı olan kaynakların doğru, akılcı ve amacına uygun kullanılması gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda, bunun ilgili kurumlarca üzerinde çalışılması gereken bir konu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak olguların %52,5'i (510) il merkezlerinde, %33,1'i (322) ilçelerde, %14,4'ü (n=140) köylerde ikamet ediyordu. Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada olguların %73,9'unun kent merkezlerinden, %26,1'inin kırsal kesimden geldiği saptandı (82,83). Rize'de yapılan çalışmada olguların %62,5'inin il merkezlerinde, %12'sinin ilçe merkezlerinde, %7,5'inin ise köylerde ikamet ettiği bulundu (71).

Çalışmamızda olguların doğum yerlerine bakıldığında %36,4'ü (361) Edirne, %15,8'i (n=157) Kırklareli, %3,1'i (n=31) Tekirdağ doğumlu, toplamda %55,3'ünün (n=549) Batı Marmara doğumlu olduğu saptandı. Bölgenin en büyük ve en fazla göç alan ili Tekirdağ olmakla birlikte Tekirdağ'dan gönderilen hastalar tüm sevkli hastaların %6,8 gibi küçük bir kısmını oluştuyordu (84).

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak olguların %51,4'ünün (n=509) medeni durumuna ilişkin bilgiye ulaşıldı. Bunlardan %69,4'ünün (n=353) bekâr olduğu, %27,7'sinin (n=141) evli olduğu, %2,9'unun (n=15) boşanmış ya da eşini kaybetmiş olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında; Rize'de yapılan bir çalışmada olguların %70'i bekâr, %22,5'i evli, %7,5'inin ise boşanmış olduğu saptandı (71). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada olguların %55'i bekâr, %45'i evli idi (82). Ankara'da yapılan bir çalışmada olguların %56,7'sinin bekâr, %35,1'inin evli, %7,3'ünün boşanmış olduğu bulundu (70). Bursa'da yapılan çalışmada olguların %39,1'i evli iken, %60,9'unun evli olmadığı saptanmıştır (43). Literatürde bekârlığın intihar girişimi açısından risk faktörü olduğu, erkeklerde bekâr olmanın kadınlara oranla daha yüksek riskli olduğu saptanmıştır (85,86).

Bizim çalışmamızda çalışma durumuna ilişkin olguların %42,2'sinin (n=418) verilerine ulaşıldı. Bunlardan, %52'sinin (n=217) öğrenci, %17,7'sinin (n=74) çalışmadığı, %15,1'inin çalıştığı (n=64), %8,1'inin (n=34) askerlik görevini yapanlar (er ve erbaşlar) ve %6,9'unun (n=29) cezaevinde kalanlardan (tutuklu, hükümlü) olduğu saptandı. Öğrenciler, askerler, cezaevinde kalanlar da aktif çalışma hayatı içinde olmayanlar arasında değerlendirildiğinde toplamda %84,7'sinin (n=354) çalışmadığı saptandı. Şanlıurfa'da yapılan bir çalışmada olguların %13,8'inin çalıştığı, %62,4'ünün çalışmadığı, %23,9'unun öğrenci olduğu saptandı (60). Şanlıurfa'da yapılan bir diğer çalışmada aktif çalışma hayatı içinde olanların tüm olguların %22,9'unu oluşturduğu, öğrencilerle birlikte olguların %74,5'inin ise çalışmayanlar tarafından oluşturulduğu saptandı (56). Yapılan çalışmalarda

işsiz olmanın intihar riskini artırdığına dair bulgular mevcuttur (87,88). Bir çalışmada olguların %55'inin öğrenciler ile düzenli bir işe sahip olmayanlar tarafından oluşturulduğu saptanmıştır (89). Bir diğer çalışmada intihar girişiminde bulunanların düzenli bir işte çalışma oranlarının düşük olduğu bulunmuştur (90).

Çalışmamızda elde edilen intihar girişimi yöntemi ve intihar edenlerin demografik bilgileri genellikle literatürle uyumlu bulunmuştur. Batı Marmara'da yer alan ilimizin sosyo-kültürel yapısı ve bir üniversite şehri olması nedeniyle genç nüfusun hâkim olduğu görülmektedir. Çalışmamızın verileri incelendiğinde genç, kadın ve bekâr olmanın yanı sıra aktif çalışma hayatında olmama, psikiyatrik hastalık, daha önceden intihar girişimi olmasının intihar girişimi oranını arttırdığı düşünülmüştür. İntihar girişiminde bulunan bireylerin psikiyatrik destek alması, psikiyatrik hastalığı olanların takip ve tedavilerinin sürmesi, eczanelerde reçetesiz olarak ilaç satılmasının kısıtlanması, gereğinden fazla ilaç reçete edilmesinin önüne geçilmesi, işsizliğin azaltılması, istihdamın artırılması gibi tedbirlerin intihar girişimlerini azaltabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılığı acil servis dosyalarındaki verilerin eksikliği, dosyaların ve adli raporların usulüne uygun ve özenli bir şekilde doldurulmamış olmasıdır.

## SONUÇLAR

Bu çalışmada amacımız, bir üçüncü basamak hastanesi acil servislerine başvuran intihar girişimi olgularını tanımlayıcı ve geriye dönük olarak değerlendirerek, demografik özelliklerini ve takip sonuçlarını saptamak, intihar girişimi olgularının bölgemizdeki profilini belirlemek ve ülkemizin bu konudaki veri tabanına katkıda bulunmaya ek olarak adli tıp uzmanı olmayan hekimler tarafından düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksikliklerin saptanmasıdır.

1. İntihar davranışı multidisipliner bir yaklaşım ile ele alınması gereken evrensel bir halk sağlığı sorunudur.
2. İntihar davranışının tamamen önlenmesi mümkün değildir ancak azaltılması mümkündür. İntihar davranışını anlayabilmek ve önlemeye yönelik çözüm önerilerini üretebilmek için bu karmaşık sorunun altında yatan dinamikleri tespit etmek gerekir.
3. İntihar girişimi olgularını ilk değerlendiren acil sağlık hizmeti veren birimlerde bu olguların verilerinin standart kayıt formlarına usulüne uygun olarak girilmesiyle ülke çapında eksiksiz ve düzenli veriler elde edilebilir, kayıt desenleri ve değişkenler belirli bir standarta ulaşabilir. Bu sayede intihar istatistikleri gibi ulusal düzeyde intihar girişimleri istatistikleri de yapılabilir.
4. İntihar girişimleri olgularına mutlaka ihtiyacı olan psikiyatrik destek sağlanmalıdır.
5. İntihar girişimlerinde en sık kullanılan yöntem kimyevi madde alımı olup, toplumun bilinçlendirilmesi, reçetesiz ilaç satılmasının kısıtlanması, gereksiz ve fazla miktarda ilaç reçete edilmesinin engellenmesi gibi tedbirler intihar girişimlerini azaltabilir.

6. İntihar girişimi olgularını ilk gören acil servis hekimlerinin hem tıbbi hem de adli sorumlulukları vardır. Hizmet içi eğitimlerle, başta acil servis çalışanları olmak üzere, intihar girişimi olgularını değerlendiren ilgili uzmanlık alanından hekimler ile yardımcı sağlık personelinin farkındalığı artırılmalıdır.



## ÖZET

Bu çalışmada Batı Marmara Bölgesinin en büyük üçüncü basamak hastanesi olan Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servislerine başvuran intihar girişimi olgularının demografik ve epidemiyolojik özelliklerini ve düzenlenen adli raporlardaki eksiklik ve hataları değerlendirmeyi amaçladık.

Geriye dönük olarak yaptığımız çalışmamızda yetişkin ve çocuk acil servislerine 01.01.2010-31.12.2014 tarihleri arasında başvuran intihar girişimi olguları dâhil edildi.

Çalışmaya dâhil edilen 991 olgunun %64'ü kadındı. Yaş ortalaması  $26,85 \pm 12,409$  idi.

İntihar girişimi olgularının acil servislerimize, %29 ile en fazla ilkbahar mevsiminde, %10,5 ile en fazla mart ayında ve %37,1 ile en fazla saat 18.01-00.00 arasında başvurduğu saptandı. İntihar girişimi olgularının %50,7'sinin diğer sağlık kuruluşlarından sevkli olarak gönderildiği belirlendi.

İntihar girişimi olgularının kullandıkları yöntemler sıklık sırasına göre kimyevi madde alımı (%87,2), kesici alet ile (%4,5) ve yüksekten atlama (%3,2) şeklinde idi.

Olguların %31,3'ünün hayati tehlikesi varken, %40,2'sinin yaralanmaları basit bir tıbbi müdahale ile giderilemeyecek nitelikte idi.

Olguların %68,6'sı acil servislerden taburcu edilirken, %20,2'si yoğun bakım ünitelerine, %11,2'si çeşitli servislere yatırıldı.

İntihar girişimi olgularının %43,4'ünün tanı konulmuş bir ya da daha fazla psikiyatrik hastalığı olduğu, %11,8'inin daha önceden bir ya da daha fazla sayıda intihar girişimi öyküsü olduğu ve %68'ine acil serviste psikiyatri konsültasyonu istenmediği belirlendi.

Hasta dosyalarında kimlik bilgileri, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu saptanan eksik verilerdendi.

Adli raporların %48,9'u doğru, %38,4 eksik ve/veya hatalı, %12,6'sı yanlıştı.

Sonuç olarak; İntihar davranışının tamamen önlenmesi mümkün olmasa da azaltılması mümkündür. Literatürde birçok çalışmada da vurgulandığı gibi, intihar girişimi öyküsü olan veya kendisindeki ruhsal rahatsızlık nedeniyle intihar girişimi riski altında olan kişilerin psikiyatrik takipleri sağlanmalıdır. İntihar girişiminde en sık kullanılan yöntem kimyevi madde alımı olup, toplumun bilinçlendirilmesi, reçetesiz ilaç satılmasının kısıtlanması, gereksiz ve fazla miktarda ilaç reçete edilmesinin engellenmesi gibi tedbirler intihar girişimlerini azaltabilir.

İntihar girişimlerini azaltmak için öncelikle bu karmaşık sorunun altında yatan dinamikleri tespit etmek gerekir. İntihar girişimleri olgularını ilk gören acil servis hekimlerinin de hem tıbbi hem de adli sorumlulukları vardır. Hizmet içi eğitimlerle hem hekimler hem de acil servis çalışanlarının farkındalığı artırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** İntihar, intihar girişimi, adli tıp

# **MEDICOLEGAL EVALUATION OF THE SUICIDE ATTEMPT CASES APPLIED TO TRAKYA UNIVERSITY MEDICAL RESEARCH AND PRACTICE CENTER EMERGENCY WARD BETWEEN 2010-2015**

## **SUMMARY**

In this study, our aim was to evaluate demographic and epidemiologic characteristics of the suicide attempt cases that applied to emergency wards of Trakya University Medical Research and Practice Center, which is the biggest tertiary care hospital in West Marmara Region, and the flaws and mistakes in the forensic reports that were composed.

Suicide attempt cases that applied to pediatric and adult emergency wards between 01.01.2010 – 31.12.2014 were included in our retrospective study.

Out of the 991 cases included in the study, 64% were women. Average age was  $26.85 \pm 12.409$ .

Suicide attempts applied to our emergency wards most frequently in spring with 29%, in March with 10.5% and between 18.01-00.00 hours with 37.1%. It was established that 50.7% of the suicide attempt cases were dispatched from other health centers.

Methods used in suicide attempt cases were, in decreasing frequency, intake of chemical substances (87.2%), with the use of sharp objects (4.5%) and jumping from a height (3,2%).

Evaluation of patient files showed that, 31.3% of the cases were in a life-threatening situation, while 40.2% of the cases had injuries that cannot be treated with simple medical attention.

While 68.6% of the cases was discharged from emergency wards, 20.2% were transferred to intensive care units, and 11.2% was transferred to various other wards.

It was established that 43.4% of the suicide attempt cases had one or more diagnosed psychiatric disorders, and 11.8% of them had one or more suicide attempts before. It was also noted that no consultation from the psychiatry department were requested for 68% of the cases.

Some of the missing information that were detected from the patient files were information about the patient's identity, marital status, educational status and job information.

Evaluation of forensic reports showed that 48.9% was correct, 38.4% had missing information and/or faulty, 12.6% was incorrect.

As a result, while it is impossible to completely prevent suicide attempts, it is however possible to decrease the incidence to a certain extent. As it is emphasized in a lot of studies, psychiatric follow-ups for patients with a suicide attempt history or patients with a tendency for suicide attempts due to psychiatric disorders should be evaluated. Raising awareness against the intake of chemical substances, which is the most frequently used method for suicide attempts, limiting availability of drugs without a prescription, prevention of over-prescription may lower the number of suicide attempt cases.

To lower the number of suicide attempt cases, first, the dynamics underlying this complex problem should be determined. Doctors working at emergency wards, who are the first ones attending a suicide case, have both medical and legal responsibilities. Awareness of the emergency ward doctors and staff should be raised with in-service trainings.

**Keywords:** Suicide, suicide attempted, forensic medicine

## KAYNAKLAR

1. Odabaşıoğlu G, Doğanğün B, Kayaalp ML. Çocukta intihar girişimleri: olgu örnekleriyle gözden geçirme. Türkiye’de Psikiyatri 2005;7(2):73-80.
2. Pfeffer CR. Suicidal behavior of children: a review with implications for research and practice. Am J Psychiatry 1981;138:154-9.
3. 10 Eylül İntiharı Önleme Günü Basın Açıklaması, 2015 [Internet].Türkiye Psikiyatri Derneği (Erişim tarihi: 22.04.2016) <http://psikiyatri.org.tr/pressses.aspx?press=299&type=24>.
4. World Health Organization: Preventing suicide a global imperative. Luxembourg: 2014;14-25.
5. Kutcher S, Chehil S (Çeviri: O. Tankaya). İntihar riskinin ele alınması. Türkiye: Sigma Publishing; 2009: 1-86.
6. Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun No: 5271 (RG: 17 Aralık 2004/25673).
7. Türk Ceza Kanunu. Kanun No: 5237 (RG:22 Eylül 2005/13292).
8. Altuntop H. Dindarlık-İntihar İlişkisi (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Ve Din Bilimleri Anabilim Dalı; 2005.
9. Durkheim E. (çeviri: Z. İlkelen). İntihar bir toplumbilim incelemesi. İstanbul: Pozitif Yayınları; 2013.
10. Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. İstanbul: Özal Matbaası; 1980;263-76.
11. Kösemihal ŞN. Durkheim Sosyolojisi. İstanbul: Remzi Kitapevi; 1971:85-95.
12. Dülger HE, Yemişçigil A, Karali H, Ege B, Hancı İH. İntihar sonucu ölüm olgularının retrospektif incelenmesi. Adli Tıp Dergisi 1991;7:115-8.

13. Sadock BJ, Sadock VA. Özkıym, saldırganlık ve diğr psikiyatrik aciller (Çeviri: A. Bozkurt). Kaplan&Sadock's klinik psikiyatri el kitabı. Ankara: Güneş Kitapevleri; 2009.s.289-304.
14. Odağ C. İntihar (Özkıym)-tanım, kuram, sağaltım. İzmir: İzmir Psikiyatri Derneğı Yayınları; 1985;5-95.
15. Sırma G. İntihar Girişimi Sonucu Acil Servise Başvuranlar Üzerinde Prospektif Bir İnceleme (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 1997.
16. Güncel Türkçe Sözlük [internet]. Türk Dil Kurumu (Erişim Tarihi: 19.05.2016) [www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.573d7bec34c607.57535](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.573d7bec34c607.57535).
17. Bauer M, Bosch G, Freyberger H. (Çeviri: G. Koptagel). Psikiyatri, psikosomatik psikoterapi. Kırklareli: Sermet Matbaası; 1985.s.144-53.
18. Copleston F. (çeviri: A. Yardımlı). Copleston felsefe tarihi Helenistik felsefe. İstanbul: İdea Yayınları; 1990.s.32-108.
19. Montaigne ME. Ölmek özgürlüğü (çeviri: S. Eyüboğlu). Denemeler. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2012.s.169-171.
20. Beccaria CM. (çeviri: M. Göklü). Suçlar ve cezalar yahut beşeriyetin mecellesi. İstanbul:İnkılap Yayınları; 1964.s.270.
21. Gündoğmuş ÜN, Özbek VÖ, Özkara E, Biçer Ü, Yıldız M. İntihar girişimlerinde sağlık personelinin adli ihbar yükümlülüğü. Adli Tıp Dergisi 2004;18(2):38-44.
22. Koenig S. Delilik ve intihar (çeviri: S. Sucu, O. Aykaç). Sosyoloji toplum bilimine giriş. İstanbul: Ütopya Kitapevi Yayınları; 2000.s.66-7.
23. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliğı, 1992:221-2.
24. Ertürk S, Aktaş EÖ, Karali H, Hancı İH, Özkara E, Ege B. 1988-1992 Yılları arasında İzmir'de otopsi yapılan intiharların değerlendirilmesi. İbni Sina Tıp Dergisi 1997;11(3):37-40.
25. İçli TG. Kriminoloji. Ankara: Seçkin Yayınevi; 2013:350.
26. Artuk E. İntihara ikna ve yardım suçu üzerine bir deneme. Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 1994;4:128-42.
27. Şen N. Batı düşünce tarihinde intiharın algısal inşası. Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Felsefe Dergisi 2008;11:191-203.
28. Alper Y, Pırıldar Ş. Depresyon ve İntihar. İzmir: Ege Psikiyatri Yayınları; 2002:47-60.
29. Amerikan Psikiyatri Birliğı. DSM-5 Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliğı; 2013.s.201-1113.

30. Özaslan A. Ası ve boğmaya bağlı asfiksiler. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2011;159-84.
31. Koç S, Özaslan A. Genel olarak asfiksiler, ası, boğma, tıkama-tıkanma, kimyasal asfiksiler. Soysal Z, Çakalır C (Editörler). Adli Tıp Cilt 1'de. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999:405-57.
32. Azmak D. Asphyxial deaths a retrospective study and review of the literature. Am J Forensic Med Pathol 2006;27:134-44.
33. Knight B. Simpson's Forensic Medicine. London, Melbourne, Auckland: Hodderand Stoughton; 1991:138-52.
34. Çetin G. Ateşli Silah Yaraları. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2011;319-42.
35. Çetin G, Yorulmaz C. Ateşli Silah Yaraları. Soysal Z, Çakalır C (Editörler). Adli Tıp Cilt 2'de. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999:561-86.
36. Polat O, İnancı MA, Aksoy E. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1997:98-172.
37. Türk Tabipleri Birliği. Birinci basamakta adli tıp. İstanbul: Golden Print; 2011:74-80.
38. Knight B. Simpson's Forensic Medicine. London, Melbourne, Auckland: Hodderand Stoughton; 1991:103-16.
39. İntihar İstatistikleri, 2014 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi: 01.04.2016) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18626>.
40. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar girişim istatistikleri İzmir 2013. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2014:2-7.
41. Yılmaz A. Adli tıp boyutu ile zehirlenmeler. Koç S, Can M (Editörler). Birinci basamakta adli tıp. İstanbul: Türk Tabipleri Birliği Golden Print; 2011:166-74.
42. Knight B. General aspect of poisoning. In: Simpson's Forensic Medicine, London, Melbourne, Auckland: Hodderand Stoughton; 1991:265-72.
43. Çatak B, Öner C, Baştürk S, Karaali O, Oğuz İ, Özbek R. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları acil servislerine intihar girişimi nedeniyle yapılan başvuruların değerlendirilmesi. Nobel Medicus 2014;31:37-42.
44. Plat S, Brahe-Bilke U, Kerkhoff A. Parasiticide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatrica Scandinavica 1992;85:97-104.
45. Renberg ES. Self-reported life -weariness, death- wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. Soc Psychiatry Epidemiol 2001;36:429-36.

46. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. Arch Gen Psych 1999;56:617-26.
47. Devrimci-Özgüven H, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. Can J Psychiatry 2003;48:324-9.
48. Sayıl I, Devrimci-Özgüven H. Suicide and suicide attempts Ankara 1998: results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. Crisis 2002;23:11-6.
49. Türkçüer İ, Gözlükaya A, Serinken M, Özen M, Aydın B. Adli olguların acil servise başvuru zamanları. Akademik Acil Tıp Dergisi 2010;2:89-92.
50. Altun G, Azmak D, Yılmaz A, Yılmaz G. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran adli olguların özellikleri. Adli Tıp Bülteni 1997;2(2):62-6.
51. Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;31(1):25-9.
52. İl, yaş grubu ve cinsiyete göre nüfus, 2016 [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi:24.05.2016). [www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab\\_id=945](http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=945).
53. Shirazi HR, Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian K et al. Suicide in the Islamic Republic of Iran: an integrated analysis from 1981 to 2007. East Mediter Health J 2012;18(6):607-13. PMID: 22888617
54. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry 2000;34:420-36.
55. Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H. Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi 1993;1:56-61.
56. Atli A, Uysal C, Kaya MC, Bulut M, Güneş M, Karababa İF ve ark. Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. Journal of Mood Disorder 2014;4(3):110-4.
57. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. Klinik Psikiyatri 2012;15:218-25.
58. Ketten HS, Hakkoymaz H, Aslan Ü, Bahar Ş, Ketten A, Sucaklı MH ve ark. Acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların incelenmesi. Çağdaş Tıp Dergisi 2015;5(2):102-5.
59. Şenol V, Ünal D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:19-29.
60. Söğüt Ö, Sayhan MB, Gökdemir MT, Kaya H, Al B, Üstündağ M. Türkiye'nin güneydoğusunda Şanlıurfa ve çevresinde özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. J AEM 2011;8-13.

61. Güloğlu C, Gökhan Ş, Üstündağ M, Orak M. Acil servise başvuran olguların kullandıkları yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2009;9:109-14.
62. Henderson JP, Mellin C, Patel F. Suicide-a statistical analysis by age, sex and method. *J Clinical Forensic Medicine* 2005;12:305-9.
63. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanılarının demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17(4):228-32.
64. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:499-517.
65. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Psychopharmacological treatment and psychiatric morbidity in 390 cases of suicide with special focus on affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:458-65.
66. Sayar M, Öztürk M, Acar B. Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:133-8.
67. Tezcan AE, Oğuzhanoglu NK, Ülkeroglu F. Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 1995;3:70-4.
68. Erkol Z, Beyaztaş FY, Büken B, Erkol H. Kahramanmaraş ilindeki intihar orijinli ölüm olgularının analizi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2007;4(1):7-16.
69. Kökçuoğlu MA. 2001-2011 Yılları Arasında ESOGÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tarafından Otopsis Yapılan İntihar Vakalarının Araştırılması (tez). Eskişehir: ESOGÜ Tıp Fakültesi; 2015.
70. Karacaoğlu E, Ketten A, Akçan R, İçme F, Karagöl A, Avcı E. Bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2013;27(1):29-35.
71. Polat S, Helvacı Çelik FG, Köroğlu A, Aslan M, Hocaoglu Ç. Bir eğitim hastanesine intihar girişimi ile başvuran olguların değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2016;17:18-23.
72. Salmon R. Suicide. In: Collins C (Ed.). *Psychological Disorders*. Infobase Publishing; 2007:8.
73. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA* 2005;293(20):2487-95.
74. Gündoğmuş ÜN, Balcı Y, Akın M. Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanan yaralama suçlarının adli tıp açısından değerlendirilmesi. *İstanbul*; 2013:1-29.
75. Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17(1):23-8.

76. Tuğcu H. Acil olgularda hekim sorumluluğu. Klinik Gelişim Dergisi Adli Tıp özel sayısı 2009; 22:85-8.
77. Gürpınar S, Çakmakçı T, Özoran Y. Yargının işleminde doktorun rolü. 7. Ulusal Adli Tıp Günleri Poster Sunuları Kitabı. Antalya 1993;59-62.
78. Günaydın G, Demireli O, Şahin T, Demirci Ş. Selçuk Üniversitesi acil servisinde verilen adli raporlar ve bunların hayati tehlike yönünden değerlendirilmesi. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri Bildiri Kitabı, Antalya; 1995:27-5.
79. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil serviste düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksiklikler. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;(2):180-4.
80. Kök AN, Güraksın A, İnandı T, Çankaya H. Erzurum il sınırları içindeki sağlık ocaklarında görev yapan hekimlerin adli tıp ile ilgili bilgi düzeylerinin saptanması. Toplum ve Hekim Dergisi 1997;12(79):7-10.
81. Yemenici S. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezine Başvuran Adli Nitelikli Olguların ve Düzenlenen Adli Raporların Değerlendirilmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
82. Güloğlu C, Gökhan Ş, Üstündağ M, Orak M. Acil servise başvuran özkıyım olgularının kullandığı yöntemler ve demografik verilerin mortalite ile ilişkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2009;9(3):109-14.
83. Güloğlu C, Kara IH. Acute poisoning cases admitted to a university hospital emergency department in Diyarbakır. Hum Exp Toxicol 2005;24:49-54.
84. İllerin aldığı, verdiği göç, net göç ve net göç hızı, 2016. [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (Erişim Tarihi:25.05.2016) <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>.
85. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P et al. Attempted suicide in Europe: rates trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992 results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996;93:327-38.
86. Roy A. Psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Baltimore:Lippincott Williams&Wilkins; 2000:2031-40.
87. Burns A, Goodall E, Moore T. A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000-2005. J Forensic Leg Med 2008;15:148-57.
88. Cheng HF, Lester D. The economy and suicide in Japan 1985-2000. Perceptual and Motor Skills 2006;102:338.
89. Bitlis V, Tüzer T, Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Tan D. Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. Kriz Dergisi 1994;2:323-6.
90. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. Yeni Symposium 2006;44:141-50.

## **EKLER**



# Ek 1

## T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| ARAŞTIRMA BAŞVURUSU<br>ONAYIBAŞVURU<br>BİLGİLERİ | PROTOKOL KODU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TÜTF-BAEK 2015/116                                                                                                                                                           |                            |
|                                                  | PROTOKOL ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servisine 2005-2015 Yılları Arasında Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi |                            |
|                                                  | SORUMLU ARAŞTIRICI<br>ÜNVANI / ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Prof. Dr. Ahmet YILMAZ                                                                                                                                                       |                            |
|                                                  | ARAŞTIRMA MERKEZİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                  | DESTEKLEYİCİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                  | ARAŞTIRMAYA KATILAN<br>MERKEZLER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tek Merkez<br>Ulusal                                                                                                                                                         | Cok Merkez<br>Uluslararası |
| KARAR<br>BİLGİLERİ                               | Karar No: 12/12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Tarih: 24.06.2015                                                                                                                                                            |                            |
|                                                  | Fakültemiz Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ahmet YILMAZ'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. İpek ÖZCAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak mcelennuş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllü ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir. |                                                                                                                                                                              |                            |

### ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

### ÜYELER

| Ünvan/Ad/ Soyadı                                  | Uzmanlık Dalı                 | Kurumu                                  | Cinsiyeti | İlişki(*)                                                      | Katılım (**)                                                   | İmza      |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK<br>Başkan        | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | TÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D. | K         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | 12/12     |
| Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA<br>Başkan Yardımcısı | Tıp Tarihi ve Etik            | TÜTF Tıp Tarihi ve Etik A.D.            | K         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ<br>Üye                 | Tıbbi Farmakoloji             | TÜTF Tıbbi Farmakoloji A.D.             | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN<br>Üye              | Biyoistatistik                | TÜTF Biyoistatistik A.D.                | K         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR<br>Üye                 | Tıbbi Genetik                 | TÜTF Tıbbi Genetik A.D.                 | E         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | Mazaretli |
| Doç. Dr. Hasan ÜMİT<br>Üye                        | İç Hastalıkları               | TÜTF İç Hastalıkları A.D.               | E         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | Mazaretli |
| Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR<br>Üye                 | Fizyoloji                     | TÜTF Fizyoloji A.D.                     | K         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | Mazaretli |
| Doç. Dr. Salim DÖNMEZ<br>Üye                      | İç Hastalıkları               | TÜTF İç Hastalıkları A.D.               | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | Mazaretli |
| Prof. Dr. Muzaffer ESKİLOKAK<br>Üye               | Halk Sağlığı                  | TÜTF Halk Sağlığı A.D.                  | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Prof. Dr. Koray ELTER<br>Üye                      | Kadın Hastalıkları ve Doğum   | TÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.   | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Yrd. Doç. Dr. Ruğül KÖSE ÇINAR<br>Üye             | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları   | TÜTF Ruh Sağ. ve Has. A.D.              | K         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN<br>Üye            | Anestezi ve Reanimasyon       | TÜTF Anestezi ve Reanimasyon A.D.       | K         | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | Mazaretli |
| Doç. Dr. Atakan SEZER<br>Üye                      | Genel Cerrahi                 | TÜTF Genel Cerrahi A.D.                 | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Prof. Dr. Berkan DEMİRAL<br>Üye                   |                               | TÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |           |
| Avukat Bakı KURNAZ<br>Üye                         |                               | TÜ Rektörlüğü                           | E         | <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | B. Kurnaz |

\*Araştırma ile ilişkisi  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU  
Dekan a  
Dekan Yrd.

Ek 2

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------|
| ARAŞTIRMA BAŞVURUSU<br>ONAYIBAŞVURU<br>BİLGİLERİ                                         | PROTOKOL KODU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÜTF-BAEK 2015/116                                                                                                                                                           |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|                                                                                          | PROTOKOL ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servisine 2010-2015 Yılları Arasında Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|                                                                                          | SORUMLU ARAŞTIRICI<br>ÜNVANI / ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Prof. Dr. Ahmet YILMAZ                                                                                                                                                       |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|                                                                                          | ARAŞTIRMA MERKEZİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|                                                                                          | DESTEKLEYİCİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|                                                                                          | ARAŞTIRMAYA KATILAN<br>MERKEZLER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Tek Merkez<br>Ulusal                                                                                                                                                         | Çok Merkez<br>Uluslararası |                                                                  |                                                                  |      |
| KARAR<br>BİLGİLERİ                                                                       | Karar No: 04/01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tarih: 27.02.2016                                                                                                                                                            |                            |                                                                  |                                                                  |      |
|                                                                                          | Fakültemiz Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ahmet YILMAZ'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. İpek ÖZCAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcut oy birliği ile kabul edilmiştir. |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
| ÇALIŞMA ESASI   Helsinki Bildirgesi, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
| ÜYELER                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                              |                            |                                                                  |                                                                  |      |
| Ünvan/Ad/ Soyadı                                                                         | Uzmanlık Dalı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Kurumu                                                                                                                                                                       | Cinsiyeti                  | İlişki(*)                                                        | Katılım (**)                                                     | İmza |
| Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK<br>Başkan                                               | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.                                                                                                                                      | K                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA<br>Başkan Yardımcısı                                        | Tıp Tarihi ve Etik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TÜTF Tıp Tarihi ve Etik A.D.                                                                                                                                                 | K                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ<br>Üye                                                        | Tıbbi Farmakoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TÜTF Tıbbi Farmakoloji A.D.                                                                                                                                                  | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN<br>Üye                                                     | Biyoistatistik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TÜTF Biyoistatistik A.D.                                                                                                                                                     | K                          | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            |      |
| Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR<br>Üye                                                        | Tıbbi Genetik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÜTF Tıbbi Genetik A.D.                                                                                                                                                      | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Hasan UMIT<br>Üye                                                              | İç Hastalıkları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TÜTF İç Hastalıkları A.D.                                                                                                                                                    | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR<br>Üye                                                       | Fizyoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TÜTF Fizyoloji A.D.                                                                                                                                                          | K                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Doç. Dr. Salim DÖNMEZ<br>Üye                                                             | İç Hastalıkları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TÜTF İç Hastalıkları A.D.                                                                                                                                                    | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Muzaffer ESKİÖÇAK<br>Üye                                                       | Halk Sağlığı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TÜTF Halk Sağlığı A.D.                                                                                                                                                       | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Koray ELTER<br>Üye                                                             | Kadın Hastalıkları ve Doğum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TÜTF Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.                                                                                                                                        | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            |      |
| Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR<br>Üye                                                    | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TÜTF Ruh Sağ. ve Has. A.D.                                                                                                                                                   | K                          | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            |      |
| Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN<br>Üye                                                   | Anestezi ve Reanimasyon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TÜTF Anestezi ve Reanimasyon A.D.                                                                                                                                            | K                          | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            |      |
| Doç. Dr. Atakan SEZER<br>Üye                                                             | Genel Cerrahi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÜTF Genel Cerrahi A.D.                                                                                                                                                      | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |
| Prof. Dr. Berkan DEMİRAL<br>Üye                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi                                                                                                                                      | E                          | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>            |      |
| Avukat Baki KURNAZ<br>Üye                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | TÜ Rektörlüğü                                                                                                                                                                | F                          | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |      |

\*Araştırma ile ilişkisi  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU  
Dekan a  
Dekan Yrd.