



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

KONYA ŞEHİR HASTANESİ

ACİL TIP KLİNİĞİ

**TOKSİKOLOJİ YOĞUN BAKIMA YATIRILAN HASTALARIN
DEPRESYON VE SUİCİDAL GİRİŞİM SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI**

Dr. Feray Elma

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA 2025



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KONYA ŞEHİR HASTANESİ
ACİL TIP KLİNİĞİ

TOKSİKOLOJİ YOĞUN BAKIMA YATIRILAN HASTALARIN
DEPRESYON VE SUİCİDAL GİRİŞİM SIKLIĞININ
ARAŞTIRILMASI

Dr. Feray Elma
Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ramazan Köylü

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

KONYA 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım, kendimizi geliştirmek adına her zaman önüme yeni yollar çizen, çalışma disiplini örnek aldığım Acil Tıp Eğitim sorumlumuz saygıdeğer Prof. Dr. Mehmet GÜL'e,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini aktaran, kendimizi geliştirmemizde destek olan tez danışmanın saygıdeğer Doç. Dr. Ramazan KÖYLÜ'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığımız tüm asistan, uzman ve sağlık personellerine,

Benim bu yaşa gelebilmemde ve ben olabilmemde en büyük role sahip, her an ve her koşulda en büyük destekçilerim olan, beni bugünlere getirmekte hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan annem Teslime ELMA, babam Hasan ELMA ve Ferhan ELMA'ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLOLAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 SUİCİDAL GİRİŞİMİN TANIMI	2
2.2 SUİCİDAL GİRİŞİMİN EPİDEMİYOLOJİSİ	2
2.3. SUİCİDAL GİRİŞİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	3
2.3.1. Yaş	3
2.3.2. Cinsiyet	3
2.3.3. Medeni Durum	4
2.3.4. Eğitim	4
2.3.5. İş ve Sosyoekonomik Durum	5
2.3.6. Ailesel ve Sosyal Faktörler	6
2.3.7. Din	7
2.3.8. Irk	7
2.3.9. Çevresel etkenler	7
2.3.10. Mevsimsel etkenler	7
2.3.11. Beden sağlığı	8
2.3.12. Genetik ve Biyolojik Faktörler	8
2.3.13. Psikopatolojik faktörler	9
2.4. SUİCİDAL GİRİŞİM YÖNTEMİ.....	10
2.4.1. Suicidal Girişim Metodu Olarak İlaç İntoksikasyonu	11

2.5. ZEHİRLENMELERE GENEL YAKLAŞIM	12
2.5.1. İlk Değerlendirme ve Resüsitasyon	12
2.5.2. Tanı	12
2.5.3. Genel Tedavi Yaklaşımları	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	15
3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ	15
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	15
3.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN KİŞİLER	15
3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU VE ÖLÇEKLER.....	16
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER.....	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ	43
7. KAYNAKLAR.....	44

KISALTMALAR

ABC:	Havayolu, Solunum, Dolaşım
AİDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BDE:	Beck Depresyon Envanteri
COMT:	Katekol-o-Metiltransferaz
CPR:	Kardiyopulmoner Resusitasyon
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
5HT1A, 5HT1B, 5HT2A:	Serotonin Reseptörleri
İKYD:	İleri Kardiyak Yaşam Desteği
KTO:	Konya Ticaret Odası
MAOA:	Monoamin Oksidaz A
SBÜ:	Sağlık Bakanlığı Üniversitesi
SERT:	Serotonin Taşıyıcı Reseptör
TBİ:	Tüm Barsak İrrigasyonu
TH:	Tirozin Hidroksilaz
TUEK:	Tıpta Uzmanlık Etik Kurulu
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
TPH:	Triptofan Hidroksilaz

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. TÜİK Verileri, Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre İntiharlar, 2020-2023...	5
Şekil 1. Yaş ve Ülke Gelir Durumuna Göre Küresel İntiharlar, 2019	6
Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	18
Tablo 3. Hastaların Aile Özellikleri	19
Tablo 4. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Özellikleri	19
Tablo 5. Hastaların ve Ailelerinin Psikiyatrik Özellikleri.....	20
Tablo 6. Hastaların Suicidal Girişim Öyküsü Özellikleri	21
Tablo 7. Hastane Döneminin Tıbbi Özellikleri	22
Şekil 2. Hastaların Beck Depresyon Envanteri'ne Göre Depresyon Riski Düzeylerinin Dağılımı (%).....	23
Tablo 8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi.....	24
Tablo 9. Hastaların Aile Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi	25
Tablo 10. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi	26
Tablo 11. Hastaların ve Ailelerinin Psikiyatrik Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi	27
Tablo 12. Hastaların Suicid Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi.....	28
Tablo 13. Hastane Döneminin Tıbbi Özelliklerine Göre BDE Değerlendirmesi	29
Tablo 14. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Daha Önceki İntihar Girişimlerinin Değerlendirmesi.....	30
Tablo 15. Hastaların Aile Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi.....	31
Tablo 16. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Özelliklerine Göre Daha Önceki İntihar Girişimlerinin Değerlendirmesi.....	31
Tablo 17. Hastaların Psikiyatrik Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi.....	32
Tablo 18. Hastaların Suicid Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi.....	33
Tablo 19. Hastane Döneminin Tıbbi Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi.....	34
Şekil 3. Hastane Başvurularının Aylara Göre Dağılımı	34
Tablo 20. Çalışma Verileri ile İntihar Sayısı ve Beck Skoru Arasındaki Korelasyon Analizi	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşa ve Ülke Gelir Durumuna Göre Küresel İntiharlar, 2019	6
Şekil 2. Hastaların Beck Depresyon Envanteri'ne Göre Depresyon Riski Düzeylerinin Dağılımı (%).....	23
Şekil 3. Hastane Başvurularının Aylara Göre Dağılımı	34



ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Konya Şehir Hastanesi Toksikoloji Yoğun Bakım’a suicidal girişim nedeniyle yatışı yapılarak tedavi ve takibi yapılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi, Beck Depresyon Envanteri Skoru ile depresyon sıklığı ve suicidal girişim sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel, prospektif bir çalışmadır. Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği Toksikoloji Yoğun Bakım’a 15.04.2024-01.03.2025 tarihleri arasında yatarak tedavi edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden, onam veren 18 yaş üzeri 150 kadın ve erkek birey dahil edilmiştir. Çalışmada veriler 60 sorudan oluşan veri toplama formu ve 21 soruluk Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile toplanmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde sürekli sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi ve Fisher’s Exact Test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli sayısal değişkenler ve kesikli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar T Testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma verilerimize göre daha önce intihar girişimi olanların oranı %23,3 (n=35) olarak bulundu. Daha önce psikiyatrik hastalık tanısı alanların oranı %54,7 (n=82) idi. Taburcu olanların oranı %60,7 (n=91) ve psikiyatri kliniğine sevk edilenlerin oranı %32,0 (n=48) olarak bulundu. Hastaların Beck Depresyon Envanteri’nden aldıkları ortalama puan $27,7\pm11,5$ idi. Psikiyatrik hastalık tanısı olanların Beck Depresyon Envanteri Skoru ($38,6\pm7,7$) olmayanların skoruna göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilirken psikiyatrik hastalık tanısı olanların Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı daha yüksek tespit edilmiştir. Daha önce intihar girişimi olanların Beck Depresyon Envanteri Skoru ve şiddetli depresyon geçirme oranı daha önce intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Çalışma durumuna göre çalışanların skoru ($25,5\pm11,5$) çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edildi ve çalışmayanlarda

şiddetli depresyon oranı daha yüksek tespit edildi. Kadınların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Alkol ve uyuşturucu kullananların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Taburcu olanların Beck skoru ve şiddetli depresyon geçirme oranı sevk olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir. İntihar edilen aylara göre değerlendirme yapıldığında en yüksek intihar sayısı kış aylarında iken (n=44) en düşük intihar sayısı yaz aylarında (n=28) bulundu. İntihar sayısı ile yaş, toplam gelir arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edildi. İntihar sayısı ile Beck Depresyon Envanteri Skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Sonuç: Suicidal girişim sebebiyle acil servislere başvuran bütün hastaların başta depresyon olmak üzere, psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Suicidal girişim hastalarının rutin bir uygulama olarak Beck Depresyon Envanteri ve/veya benzeri bir ölçüm aracıyla depresyon riski açısından değerlendirilmesi ve riskli değerlendirilen olguların anında ve tekrarlı psikiyatri konsültasyonu ile yineleyen girişimlerin önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Toksikoloji, suicid, depresyon, yoğun bakım.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the sociodemographic characteristics and medical conditions of patients hospitalized in Konya City Hospital Toxicology Intensive Care Unit due to suicidal attempt, and to investigate the frequency of depression and suicidal attempt with Beck Depression Inventory Score.

Materials and Methods: The study was a cross-sectional, prospective study. Among the patients who were followed up in Konya City Hospital Emergency Medicine Clinic Toxicology Intensive Care between 15.04.2024-01.03.2025, 150 individuals (both male and female) over the age of 18 who agreed to participate in the study and gave consent were included. Data were collected using a data collection form consisting of 60 questions and the 21-question Beck Depression Inventory (BDI). In the presentation of descriptive statistics, mean and standard deviation were used for continuous numerical variables and number and percentage values were used for categorical variables. Pearson Chi-square test and Fisher's Exact Test were used to compare categorical variables. Independent Samples T-Test was used to compare normally distributed continuous numerical variables and discrete numerical variables. Spearman correlation analysis was used in correlation analysis. Statistical significance was set at accepted as $p < 0.05$.

Results: According to our study data, the rate of previous suicide attempts was 23.3% (n=35). The rate of those previously diagnosed with psychiatric illness was 54.7% (n=82). The rate of those who were discharged was 60.7% (n=91) and the rate of those referred to a psychiatric clinic was 32.0% (n=48). The mean score on the Beck Depression Inventory was 27.7 ± 11.5 . The Beck Depression Inventory Score (38.6 ± 7.7) of those with a diagnosis of psychiatric illness was significantly higher than those without a diagnosis of psychiatric illness, while the rate of severe depression was higher in those with a diagnosis of psychiatric illness according to the Beck Score. The Beck Depression Inventory Score and the rate of severe depression in those who had attempted suicide before were higher than those who had not attempted suicide before. According to employment status, the score of those who

were employed (25.5 ± 11.5) was significantly lower than those who were not employed and the rate of severe depression was higher in those who were not employed. Women had a significantly higher rate of previous suicide attempts compared to men. The rate of previous suicide attempts was significantly higher in alcohol and drug users compared to non-users. Beck score and severe depression rate of discharge rate were found to be lower than those who were referred. When evaluated according to the months of suicide, the highest number of suicide attempts occurred in winter ($n=44$) and the lowest was found in summer ($n=28$). There was a moderate negative correlation between suicide attempts and both age and total income. There was a moderate positive correlation between the number of suicides and Beck Depression Inventory Score.

Conclusion: We believe that all patients admitted to emergency departments for suicidal attempts should be evaluated for psychiatric disorders, especially depression. We think that the evaluation of suicidal attempt patients in terms of depression risk with Beck Depression Inventory and/or a similar measurement tool as a routine practice and immediate and repeated psychiatric consultation of the cases evaluated as risky can prevent recurrent attempts.

Keywords: Toxicology, suicid, depression, intensive care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin toplumsal ve ruhsal nedenlerle kendi hayatına son vermesi şeklinde tanımlanan İntihar girişim, özkıym olarak da bilinmektedir (1). İntihar, planlı ya da plansız intihar eylemini; intihar girişimi ise ölümle sonuçlanmamış eylemi ifade etmektedir. İntihar düşüncesi, intihara ilişkin düşünme sürecini ifade eder. İntihar eylemini değerlendirirken sadece amaca ve sonuca bakıp ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığına odaklanmak yanıltıcı olabilir. Ayrıca suicidal girişim, tamamlanmış suicidlerden daha önemli ve büyük bir sorun olup tamamlanmış her intihara karşı 10 ila 20 adet intihar girişimi mevcuttur (2). İntihar girişiminin sonucu ne olursa olsun ölme amacı taşıdığı unutulmadan bireyin bilinçdışı süreçleri ve sorunlarına da odaklanılmalıdır (3).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 720.000'den fazla kişi intihar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Her intihara karşılık yaklaşık 20 intihar girişimi yaşanmaktadır. Türkiye'deki intihar nedenli ölüm istatistiklerine bakıldığında 2023 yılı verilerinde 4061 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir (4).

Bir insanın suicidal girişimde bulunmasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, iş ve ekonomik durum, ailesel ve sosyal faktörler, inanç, ırk, ruh sağlığı, beden sağlığı, genetik gibi pek çok faktör rol oynamaktadır.

Bir suicid metodu olarak kişinin kendi kendini zehirlemesi sıkça karşılaşılan bir durumdur ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde zehirlenmelere bağlı ölüm oranları yüksektir (5). İlaç intoksikasyonu nedeni ile başvurular acil servis başvuruları ve toksikoloji yoğun bakım yatışları içinde önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışma ile Konya Şehir Hastanesi Toksikoloji Yoğun Bakım ünitesine suicidal girişim nedeniyle yatışı yapılarak tedavisi ve takibi yapılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve tıbbi durumlarının değerlendirilmesi, Beck Depresyon Envanteri (BDE) Skoru ile depresyon sıklığı ve suicidal girişim sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SUİCİDAL GİRİŞİMİN TANIMI

Kişinin toplumsal ve ruhsal nedenlerle kendi hayatına son vermesi, şeklinde tanımlanan suicidal girişim özkıyım olarak da bilinmektedir (1).

İntihar, planlı ya da plansız intihar eylemini; intihar girişimi ise ölümle sonuçlanmamış eylemi ifade etmektedir. İntihar düşüncesi, intihara ilişkin düşünme sürecini ifade etmektedir. İntihar eylemini değerlendirirken sadece amaca ve sonuca bakıp ölümle sonuçlanıp sonuçlanmadığına odaklanmak yanıltıcı olabilmektedir (2). İntihar girişiminin sonucu ne olursa olsun ölme sonucu taşıdığı unutulmadan bireyin bilinçdışı süreçleri ve sorunlarına odaklanılmalıdır (3).

Bir suikid metodu olarak kişinin kendi kendini zehirlemesi sıkça karşılaşılan bir durumdur ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde zehirlenmelere bağlı ölüm oranları yüksektir (5).

İntihar genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve sosyal yanları da olan karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu sebeple intiharın farklı kuramlarda ayrı olarak ele alınması yerine çoklu değişkenlerle bütün olarak incelenmesi gerekir (6).

İntihar, kişinin özbenliğine karşı olan saldırganlık durumudur. İntihar davranışı; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olmak üzere üç şekilde düşünülebilir (7).

2.2 SUİCİDAL GİRİŞİMİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 720.000'den fazla insan intihar sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Her intihara karşılık yaklaşık 20 intihar girişimi yaşanmaktadır. Bu sayı her yıl HIV, sıtma, meme kanseri nedeniyle hayatını kaybeden kişi sayısından daha fazladır. DSÖ 2021 verilerine göre dünyada 100 bin kişi başına düşen intihar vakası ortalaması 9,1 idi. Küresel olarak, erkekler için intihar ölüm oranı 2021'de kadınlara göre iki kattan fazlaydı (8, 9). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre intihar sayısı 2021 yılında sayısı 4194 kişi, 2022 yılında 4146 kişi 2023 yılında 4061 kişi olmuştur. 2023 yılı için kaba intihar hızı 100.000'de

4.76 idi. Türkiye’deki intihar nedenli ölüm istatistiklerine bakıldığında 2023 yılı verilerinde 4061 kişi hayatını kaybetmiştir. İntihar edenlerin %75 ‘ini erkekler, %25’ini kadın nüfus oluşturmaktadır (4, 9).

2.3. SUİCİDAL GİRİŞİM İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bir insanın suicidal girişimde bulunmasında toplumsal, sosyal, ruhsal, biyolojik, ekonomik ve kültürel pek çok faktör rol oynamaktadır. Bunlar başlıklar halinde ele alınacaktır.

2.3.1.Yaş

İntihar yaşam boyunca meydana gelir. 2000-2019 yılında 15-29 yaş grubunda dünya genelinde trafikte yaralanma, tüberküloz ve kişilerarası şiddet sonrası en sık 4. ölüm nedenidir (10). İntihar oranları yaşla birlikte artış göstermektedir fakat intihar girişimleri genç yaşlarda daha yüksektir. İntihar düşünce ve girişimi oranı 15-24 yaş kadınlarda en yüksek bulunmuştur (11). Dünya geneli ölümle sonuçlanan intihar vakalarına bakıldığında kadınlarda 55, erkeklerde 45 yaştan itibaren artış görüldüğü; en büyük artışın ise yaşlılık döneminde olduğu görülmektedir .(12). Araştırmalar artışın 65 yaştan sonra hız kazandığını ve 75 yaştan sonra ise en yüksek seviyeye ulaştığını göstermektedir (13, 14). TÜİK intihar istatistiklerine göre 2023 yılı yaş ve cinsiyete göre intihar istatistiklerine bakıldığında %36,5’ini 15-29 yaş grubundakiler oluşturmuştur. Erkeklerin %36,6’sının, kadınların ise %44,8’inin 30 yaşından küçük olduğu görülmüştür (4).

2.3.2. Cinsiyet

Son 10 yıllık süreçte erkeklerin kadınlara göre 2-3 kat daha fazla intihar girişiminde bulundukları belirlenmiştir (15). İntihar sonucu ölüm oranının kadınlara oranla erkeklerde Avrupa’da 2 ila 3, Amerika’da 4 kat fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (16, 17). Tamamlanmış intihar oranının erkeklerde ve intihar girişimi oranlarının ise kadınlarda daha yüksek olduğu bilinmektedir (18, 19). Cinsiyetler arası görülen bu farklılık, temelde seçilen intihar yönteminin farklı olmasıyla açıklanabilir. Erkekler genelde ateşli silah ve kendini asma gibi şiddet içerikli ve daha öldürücü yöntemler kullanırken, kadınlar yüksek doz ilaç alımı ya da

yüksekten atlama gibi yöntemleri tercih etmektedir (20). Kadınların erkeklere oranla ölümcül intihar metotlarına daha az başvurması, kadınların daha çok yardım arama davranışı sergilemesi ile ergenlik ve sonrasında kadınlarda duygulanım bozukluklarının daha sık olmasıyla açıklanmaktadır (21).

2.3.3. Medeni Durum

TÜİK intihar istatistiklerine göre 2023 yılı intihar eden kişilerin %41,8'i evli, %43,3'ü hiç evlenmemiş, %10,4'ü boşanmış ve %4,4'ünün ise eşi ölmüştü (4). Medeni durum ile intihar arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda elde edilen sonuçlar benzerdir. Evli olmak, dulluk, ayrılık, boşanma ve hiç evlenmemeye kıyasla genel olarak daha düşük intihar riski taşımaktadır (22-25). Evli kişilerde intihar oranı ABD'de 11/100.000, hiç evlenmemişlerde bu oranın yaklaşık iki katı, dullarda 24/100.000, boşanmışlarda 40/100.000 olarak bildirilmektedir. Erkek cinsiyet oranları oldukça büyümektedir; boşanmış erkeklerde oran 69/100.000, kadınlarda 18/100.000'dir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunu bekar, dul veya yalnız yaşayan bireyler oluşturmaktadır(26).

2.3.4. Eğitim

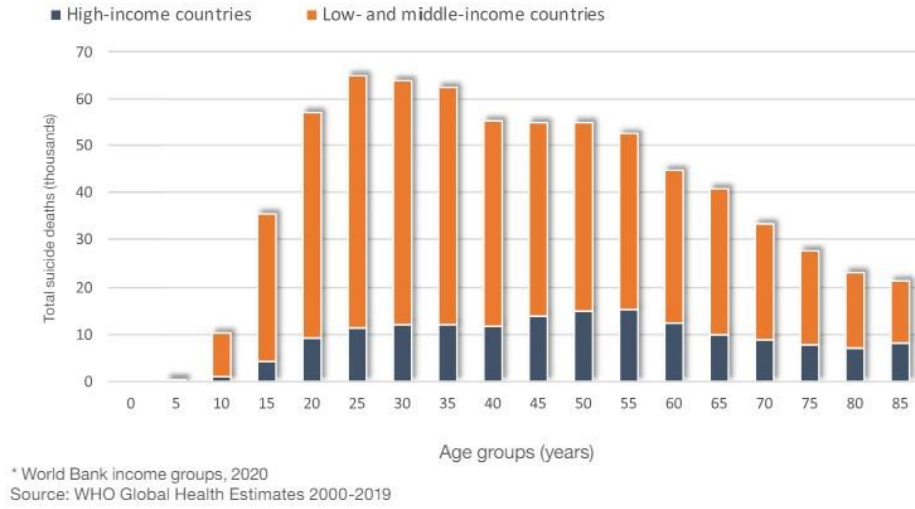
TÜİK'e göre 2023 yılında intihar edenlerin %14,9'u ilkokul, %8,2'si ilköğretim, %27,3 ortaokul ve dengi okul, %28,8'i lise ve dengi okul, %16'sı yükseköğretim mezunu idi (4) (Tablo 1). Ülkemizde eğitim durumuna göre girişim ortalamasına bakıldığında, eğitim seviyesi düştükçe oranın arttığı bildirilmiştir (27). Eğitim en önemli sosyoekonomik seviye göstergelerinden birisidir. Sayıl ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanların %93'ünün eğitim düzeylerinin lise ve altı olduğunu bulmuşlardır (28). Dünya genelinde de düşük eğitim düzeylerinin intihar girişimi için risk oluşturabileceği bildirilmektedir (29). Aşağıdaki tabloda 2020-2023 yılı TÜİK verilerine göre eğitim durumu ve cinsiyete göre intihar sayıları ve oranları sunulmuştur (Tablo1).

Tablo 1. TÜİK Verileri, Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre İntiharlar, 2020-2023

Yıl	Cinsiyet	Toplam		Bir okul bitirmeyen		İlkokul		İlköğretim		Ortaokul ve dengi		Lise		Yüksek öğretim	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
2023	Toplam	4 061	100,0	100	2,5	606	14,9	333	8,2	1 110	27,3	1 168	28,8	648	16,0
	Erkek	3 062	100,0	60	2,0	406	13,3	284	9,3	838	27,4	946	30,9	487	15,9
	Kadın	999	100,0	40	4,0	200	20,0	49	4,9	272	27,2	222	22,2	161	16,1
2022 ^(r)	Toplam	4 218	100,0	110	2,6	655	15,5	396	9,4	1 136	26,9	1 177	27,9	638	15,1
	Erkek	3 173	100,0	54	1,7	437	13,8	333	10,5	828	26,1	953	30,0	508	16,0
	Kadın	1 045	100,0	56	5,4	218	20,9	63	6,0	308	29,5	224	21,4	130	12,4
2021	Toplam	4 194	100,0	140	3,3	715	17,0	408	9,7	1 077	25,7	1 097	26,2	622	14,8
	Erkek	3 263	100,0	87	2,7	514	15,8	356	10,9	805	24,7	910	27,9	517	15,8
	Kadın	931	100,0	53	5,7	201	21,6	52	5,6	272	29,2	187	20,1	105	11,3
2020	Toplam	3 710	100,0	166	4,5	665	17,9	395	10	940	25,3	939	25,3	474	12,8
	Erkek	2 845	100,0	93	3,3	463	16,3	338	11,9	743	26,1	771	27,1	367	12,9
	Kadın	865	100,0	73	8,4	202	23,4	57	6,6	197	22,8	168	19,4	107	12,4

2.3.5. İş ve Sosyoekonomik Durum

İntihar girişimleri sosyoekonomik düzeyle bağlantılıdır. İntihar girişimleri kalabalık ve sosyal koşulları iyi olmayan bölgelerde daha çok olmaktadır. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan insanların yarısından fazlası düşük sosyoekonomik grup içerisinde (30). Ekonomik kriz ve işsizliğin artış gösterdiği dönemlerde intiharların da arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerdeyse azaldığı belirtilmektedir (31). Yapılan bir araştırmaya göre her yıl 45.000 kişinin işsizlik nedeniyle intihar ettiği bulunmuştur (32). İşsizlik süresi arttıkça intihar girişim riski de artış göstermektedir (33). Ekonomik olarak başkasına bağımlı kişilerde de intihar oranları yüksektir (7). Küresel olarak, intihar sonucu ölümlerin çoğu dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde (%77) meydana gelmiştir. İntiharların yarısından fazlası (%58) 50 yaşından önce gerçekleşmiştir. İntihar girişimi sonucu ölen ergenlerin çoğu (%88), dünyadaki ergenlerin yaklaşık %90’ının yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerdedir (10). Şekil 1 ’de yaşa ve gelir düzeyine göre intiharlar gösterilmiştir(10).



Şekil 1. Yaşa ve Ülke Gelir Durumuna Göre Küresel İntiharlar, 2019

2.3.6. Ailesel ve Sosyal Faktörler

2023 yılı TÜİK verilerine göre intihar nedenleri; hastalık, aile geçimsizliği, geçim zorluğu, ticari başarısızlık, hissi ilişki ve istediğiyle evlenememe, öğrenim başarısızlığı ve diğer başlıklarda gruplandırılmıştır. Bu verilere göre % 4,6 oran ile 186 kişi aile geçimsizliği sebebiyle intihar girişiminde bulunmuştur (4). İntihar girişiminde olan ailelerde aile bağları ve aile desteği zayıf olmaktadır. Bu tip ailelerde daha fazla çatışma ve kopma ilişkisi, aileye bağımlılık ve açık sınırların olmaması söz konusudur (34). Ev içi uyuşmazlıklar, çocuk ve gençlerde intihar oranını artırmaktadır. Tek ebeveynli ailelerle yaşayanlar veya ebeveyn-çocuk uyuşmazlığı olan ailelerde tamamlanmış intihar oranları daha fazladır (35). Aile bireylerinde tamamlanmış intihar ve psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığının da intihar riskini arttırdığı bildirilmiştir (36). Travmaya maruziyet, özellikle de şiddete uğramak, ebeveyn cevabı yetersiz ise çocuklarda kötü sonuçlara neden olmaktadır. Ebeveyn ve aile bağlılığı genç için intiharda belirgin koruyucu bir faktördür (35). Adolesanlarda, ayrı veya boşanmış ana-babalar ya da ev içi uyuşmazlıklarda, annenin eğitim düzeyinin düşük veya annenin çok genç olması durumunda risk artmaktadır (37). Stresli ve olumsuz yaşam olayları ile intihar arasında ilişki vardır (38).

2.3.7. Din

Dinlerin intiharı arttırıcı veya azaltıcı etkileri bulunmaktadır. Bazı dinler intiharı günah veya suç olarak nitelendirirken, bazı dinler ise intiharı kişisel tercih olarak görme eğilimindedir. Budist ve Brahman inancına göre beden, sahibi tarafından her an terk edilebilir ve değersizdir (39). Katolik mezhebinin yaygın olduğu yerlerde Protestanlara oranla daha düşük intihar oranları mevcuttur (40). Tek tanrılı dinlerde intihar yasaklanmış olmakla beraber en kesin yasaklama İslamiyet'tedir (41). Yetmiş bir ülkenin incelendiği çalışmada Müslüman nüfus oranı arttıkça intihar hızı azalmaktadır. Dinin intihardan caydırıcı etkisi birkaç bileşenle açıklanabilmektedir. Dinlerin çoğu yüksek düzeyde sosyal destek ve bütünleşmeyi sağlar ve destekler. Sosyal destek, yalnızlık ve kimlik kaybı duygularını azaltır ve depresyona karşı korur. Yalnızlık, kimlik kaybı ve depresyonun intiharla doğrudan ilgisi varsa, dindarlık da dolaylı olarak intihar üzerinde koruyucu etki gösterir. Din intihar eylemini yasakladığından dolayı intiharı azaltır, inanç yapıları kişisel düzeyde hedef ve ümit hissi geliştirerek kişiyi intihar eyleminden korur. Dindar kişilerde bağımlılık, boşanma ve tamamlanmış intihar daha azdır (42).

2.3.8. Irk

Literatürde intihar oranlarında ırksal farklılıkların gözlendiği çalışmalara rastlanmıştır. Yapılan bir çalışmada beyaz kadın ve erkeklerde tamamlanmış intihar oranlarının siyah kadın ve erkeklerinkinden iki kat daha fazla olduğu görülmüştür (43).

2.3.9. Çevresel etkenler

Amerika Birleşik Devletleri'nde intiharların hem kadın hem de erkeklerde önde gelen sebebi ateşli silahlardır. İkinci sırada ise kadınlarda yüksek dozda ilaç alma ve erkeklerde ası gelmektedir. İntiharı etkileyen çevresel risk etkenlerinin başında evde ateşli silah bulundurmak gelmektedir (7, 29).

2.3.10. Mevsimsel etkenler

Mevsimsel açıdan en çok yaz ve ilkbahar mevsiminde intihar girişimlerinin arttığı bilinmektedir (44). Hava koşulları, sıcaklık ve rutubetle intihar arasında anlamlı bir ilişki varlığını bildiren çalışmalar, çevresel etkenlerin önemini vurgular.

Major depresyon bozukluğu olan tamamlanmış 115 erkek intihar vakası üzerinde yapılan retrospektif bir çalışmada, ek kişilik bozukluğu olmayan bireylerde intihar mevsimsel özellik gösterirken, ek kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerde ise mevsimsel özellik göstermemektedir. İntihar eyleminin mevsimsel sıklık gösterdiği, intihar yaygınlığının, ilkbahardan erken yaza doğru artma ve sonbahar-kışa doğru azalma eğilimi gösterdiği, bu etkinin ise özellikle erkeklerde ve şiddet içeren yöntemleri kullanan bireylerde olduğu gözlenmiştir (45).

2.3.11. Beden sağlığı

2023 yılı TÜİK verilerine göre erkek cinsiyet için %24,1, kadın cinsiyet için %33,4 ve totalde %26,4 oran ile hastalık sebepli intihar girişiminde bulunan vaka bildirilmiştir (4).

Kanser, epilepsi, kalp hastalıkları, demans, AIDS gibi hastalığa sahip bireylerde intihar olasılığı normal topluma oranla daha fazladır. Sağlık durumu kötü olan bireylerin iyi olanlara göre, daha yüksek olasılıkla intihar düşüncesine sahip oldukları ve daha yüksek oranda intihar girişiminde bulundukları bilinmektedir (46, 47).

2.3.12. Genetik ve Biyolojik Faktörler

Genetik faktörlerin intihar girişimindeki rolü ile ilgili tutarlı kanıtlar mevcuttur. Çalışmalar genetik faktörlerin, diğer psikiyatrik rahatsızlıklar ve psikolojik stresörlere bağımlı olmaksızın %30-50 arasında, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla rolü olduğunu göstermektedir.

İntihar riskini en çok psikiyatrik bozuklukların arttırdığı bilinmesine rağmen, bazı hastaların intihar girişiminde bulunmamaları intihar girişimi için yapısal ya da genetik yatkınlık varlığının önemine ve bunun da psikiyatrik hastalıktan bağımsız olduğuna işaret etmektedir (48). Moleküler genetik araştırmalar son zamanlarda keşfedilen aday genlerin suicid ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bu genlerden en önemlileri triptofan hidroksilaz (TPH), serotonin taşıyıcı reseptör (SERT), bazı serotonin reseptörleri (5HT1A, 5HT1B, 5HT2A), monoamin oksidaz A (MAOA), katekol-O-metiltransferaz (COMT), tirozin hidroksilaz (TH) genleridir (49).

2.3.13. Psikopatolojik faktörler

İntiharla ilgili en çok incelenen konulardan biri ruhsal bozukluklardır. Ruhsal hastalık tanısı olan bireylerde intihar riskinin olmayanlara göre 3-12 kat yüksek olduğu bilinmektedir. İntihar girişimiyle ilişkisi en fazla olduğu gösterilen hastalık depresyondur. Depresyon ve kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin stres ile başa çıkma ve problem çözme becerilerinin zayıf olduğu görülmektedir (50). Ölümle sonuçlanan intihar vakalarının yaklaşık %70'i depresyon ya da alkol bağımlılığı olan bireylerdir. Bunu yaklaşık %10 şizofreni, %5 demans ya da deliryum izlemektedir (51, 52). Anksiyete, kişilik bozuklukları, yeme ve travmaya bağlı bozuklukların yanı sıra organik ruhsal bozukluklar da risk faktörleri arasındadır (53). İntihar sebebiyle hayatını kaybeden ergenlerin %61-76'sında "duygu durum bozukluğu" bulunmaktadır (54).

Yapılan bir araştırmaya göre en güçlü belirleyici daha önce intihar girişimi öyküsünün olmasıdır. İntihar ederek ölenlerin %20-65'inde bir veya daha fazla intihar girişim öyküsü vardır. Girişimlerin %10'u ilk 10 yıl içinde ölümle sonlanmaktadır (50).

Tekrarlayan intihar girişimi riskinin en yüksek olduğu dönem, intihar sonrası üç aylık dönemdir.(55). Bu dönemde intihar girişiminin yinelenmesi ile ilişkili risk etkenleri iyileşmemiş duygudurum bozukluğunu, aile içi stres düzeyinin yüksek olmasıdır(56).

Depresyon Latince kökenli, Latince'de depresus olarak geçen bir kelimedir. Bitkin, kederli, donmak, durgunlaşmak vb. anlamlarına gelir. Türkçe'de genellikle çökkünlük veya çöküntü olarak tanımlanmaktadır. Gün içerisinde neşeli, üzüntülü, öfkeli, sıkıntılı haller bireyin duygu durumunu ifade etmektedir. Günlük hayatta bireyin duygu durumu dalgalı olabilmektedir. Ancak bireyde olan duygu durum dalgalanmaları aşırı veya uzun süre devam ederse duygu durum bozuklukları gelişmektedir. Duygu durum bozuklukları denildiğinde akla ilk depresyon gelmektedir (57). Birçok çalışmada intihar olgularında %95'lere varan oranda psikiyatrik bozukluklar bildirilmiş olup, intihar girişimi ile ilişkisi en fazla gösterilen hastalık ise depresyondur (58).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (35) (35) zihinsel hastalıklar için kullanılan bir tanı kriteri olup Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından

1952 yılında ilk defa yayınlanmıştır. Son güncel hali olan DSM V 2013 yılında tekrar yayınlanmıştır.

DSM V'e göre Depresif Bozukluklar yedi grupta sınıflandırılmaktadır (59):

- 1.Yıkıcı duygudurum düzensizliği
- 2.Major depresif bozukluk
- 3.Persistan depresif bozukluk
- 4.Premenstrual disforik bozukluk
- 5.Madde-ilaç ilişkili depresif bozukluk
- 6.Tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk
- 7.Ayırt edilememiş depresif bozukluk

Hastada en az iki (2) hafta süreyle aşağıda belirtilen semptomlardan beş (5) veya daha fazlasının bulunmasıyla majör bir depresif epizod tanısı konulabilir. Bu belirtilerin en az bir tanesi ya ilgi kaybı ya da çökkün duygudurum belirtisi olmalıdır. Bu belirtiler aşağıdaki gibidir; (60).

- 1.Depresif duygudurum
- 2.Anhedoni, ilgi-istek azalması
- 3.İştah azalması ya da artması
- 4.Uyku artması ya da azalması
- 5.Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
- 6.Enerji azalması ve yorgunluk
- 7.Suçluluk ve değersizlik hissi
- 8.Konsantrasyon güçlüğü
- 9.İntihara eğilim

2.4. SUİCİDAL GİRİŞİM YÖNTEMİ

Suicidal girişim için kullanılan yöntemler şiddet içeren ve şiddet içermeyen yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır. Şiddet içermeyen yöntemler; aşırı dozda ilaç içme, zehirlenme, su ve gazda boğulma, yüksek doz alkol-madde alımıdır. Yüksekten atlama, delici-kesici aletle yaralanma, ateşli silahla yaralanma, kendini asma gibi yöntemler şiddet içeren yöntemlerdir (61). Yapılan bir çalışmada ölümle sonlanan intiharlarda en sık kullanılan yöntem her iki cinsiyette de ası olarak

bulunmuştur. İkinci sırada erkeklerde ateşli silah, kadınlarda ise ilaç intoksikasyonları yer almaktadır (62).

TÜİK-2023 verilerine göre suisid girişiminde bulunan erkeklerin %48'i kendini asarak, %29,7'si ateşli silah kullanarak, %9,6'sı yüksekten atlayarak ve %4,3'ü kimyevi madde kullanarak suisid girişiminde bulunurken, kadınların ise %38,2'si kendini asarak, %23,9'u yüksekten atlayarak, %8,8'i ateşli silah kullanarak ve %16,1'i kimyasal madde kullanarak suisid girişiminde bulunmuştur (4).

2.4.1. Suicidal Girişim Metodu Olarak İlaç İntoksikasyonu

Zehirlenme kişinin vücuduna kazara veya kasten dışarıdan oral, solunum, dolaşım, deri ve benzeri yollardan alınan maddeler sonucunda oluşan klinik tablolardır.

Zehirlenmeler; sağlık kaynaklarını önemli miktarda tüketen ve erken ölüme sebebiyet veren, dünya çapında da sık görülen ciddi sağlık sorunlarından biridir. Bununla beraber zehirlenme ile ilişkili morbidite ve mortalite de halk sağlığı açısından önemli bir problemdir (63). Kişinin kendi kendini zehirlemesi sıkça karşılaşılan intihar yöntemi olup Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde zehirlenmelere bağlı ölüm oranları yüksektir (5).

Zehirlenme ile vücuda giren toksinler sinir sistemi, dolaşım sistemi ve sindirim sistemi gibi birçok sistemi etkilemekte ve bu sistemlerle ilgili semptom ve bulgularla kendini göstermektedir. Bu semptom ve bulgular toksinin cinsi, miktarı, alım şekli ve süresi, tedavi zamanı gibi birçok değişkenden etkilenir (63).

Acil servislerde, akut ve kronik zehirlenmelerle ilgili senaryoların değerlendirilmesi ve hızlıca tanı konulmasının yanı sıra, hızlı dekontaminasyon, ilacın vücuttan eliminasyonu ve etkene yönelik antidot tedavilerinin uygulanması önemlidir (64).

2.5. ZEHİRLENMELERE GENEL YAKLAŞIM

2.5.1. İlk Değerlendirme ve Resüsitasyon

Zehirlenmiş herhangi bir hastada resüsitasyon ilk önceliktir. Zehirlenme vakalarının değerlendirilmesinde temel odak noktası; havayolunu korumak suretiyle yeterli havalandırmayı sağlamak, dolaşımı korumak ve sıvı resüsitasyonu ile vazopresör desteği devam ettirmek, özetle resüsitasyonun “ABC” lerinin takip edilmesidir (64).

2.5.2. Tanı

a. Öykü:

Zehirlenme vakalarının öyküsü acil servis hekimi tarafından mevcut olan tüm kaynaklardan alınmaya çalışılmalıdır. Alınan maddelerin kimliği, dozları ve maruziyet yolu, maruziyet süresi ve derecesini içeren bilgiler hastanın yönetimi ve risk değerlendirmesinin yapılabilmesi açısından önem arz etmektedir. Çoğu zaman, hastaların bilinç bulanıklığı mevcuttur ve hekimle işbirliği yapamazlar. Ayrıca hastalar, psikiyatrik hastalıklar ve çevre tarafından yargılanma korkusuyla net ve doğru öykü de veremeyebilirler (63).

b. Fizik muayene - klinik belirti ve bulgular:

Sistematik yapılan bir fizik muayene, zehirlenmenin potansiyel ciddiyeti hakkında önemli ipuçları verebilir (63).

c. Laboratuvar, görüntüleme ve tarama Testleri:

Toksikoloji vakalarının izlemleri sırasında ve vakanın kliniğine göre arteriyel veya venöz kan gazı, elektrolitler, hepatik ve renal testler, serum osmolaritesi, elektrokardiyografi ve kan veya idrarda düzeyi ölçülebilir bir madde alımı şüphesi varsa maddenin düzeyi istenebilir (65).

2.5.3.Genel Tedavi Yaklaşımları

Zehirlenme vakalarına yaklaşımdaki temel tedavi prensipleri ilk yardım, toksinin emilimin önlenmesi ve vücuttan atılması, toksin spesifik antidot kullanımıdır (66).

a. Toksik maddenin emiliminin engellenmesi:

Gastrointestinal sistemden alınan toksinlerin emiliminin engellenmesi ya da azaltılması için uygulanan yöntemler gastrointestinal dekontaminasyon olarak adlandırılmaktadır ve toksin maddelerin %75'i bu yolla alınmaktadır (67). Akut zehirlenmelerde gastrointestinal dekontaminasyonun amacı; zehrin emilimini ve toksisitenin ilerlemesini engellemektir. Dekontaminasyon amacıyla gastrik boşaltma (kusturma, orogastrik lavaj/ nazogastrik lavaj), toksinin bağlanması (aktif kömür) ve toksinin mekanik olarak temizlenmesi (Tüm Bağırsak irrigasyonu) olarak üç yöntem kullanılmaktadır ve hangi yöntemin kullanılacağı toksine, toksinin alım zamanına, hastanın kliniğine ve doktorun tecrübesine göre değişir (68).

b. Toksik maddenin atılımının hızlandırılması:

Toksinin vücuttan atılımını hızlandırmak amacıyla yapılır. (69).

1. Renal yolla atılımın hızlandırılması:

Zorlu diürez: Çok miktarda intravenöz sıvı verilerek zorlu diürez ile idrar akımı ve toksinin glomerüllerden atılımı arttırılabilir (63).

İdrar alkalinizasyonu: Toksik maddenin böbrek tübülleri içerisinde geçerken iyonlaşma derecesi arttırılarak toksinin reabsorbsiyonu azaltılır (64).

2. Ekstrakorporeal teknikler: Ekstrakorporeal tedavi yöntemleri seçilmiş zehirlenme olguları ve özellikle klinik olgularda endikedir (70). Hemodiyaliz ve periton diyalizi, hemofiltrasyon, hemoperfüzyon, plazma-kan değişimi, albümin diyalizi bu tekniklerdendir (71).

d. Antidot uygulaması:

Zehirlerin etkilerini önleyen ve ortadan kaldıran kimyasal veya fizyolojik antagonistlere antidot denir (72). Çok az madde için antidot mevcuttur. Bu sebeple hastalar dikkatli seçilmeli ve toksik sendromlara uygunluk aranmalıdır (73).

e. Destek tedavi:

Zehirlenme vakalarında öncelikle kardiyopulmoner fonksiyonun değerlendirilmesi ve stabilizasyonu esastır. En sık ölüm nedeni solunumsal

komplasyonlardır. İlk etapta solunum yetersizliği ve şoka karşı savaşılmalıdır (70). İntoksikasyonlarda arrest vakalar resüsitasyona (CPR) dirençli olabilir. Bu nedenle CPR daha uzun sürdürülmelidir (74).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma kesitsel, prospektif bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNLERİ

Araştırma için KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Cihaz ve İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan 15.02.2024 tarihli ve 2024/035 karar sayılı etik izin (Ek 1), SBÜ Konya Şehir Hastanesi'nden Tez Konusu Onayı (Ek2) alınmıştır, SBÜ Konya Şehir Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan EPK onayı (Ek 3) alınmıştır.

Çalışmamız tasarlanmasından, veri toplanması, veri analizi ve raporlanmasına kadarki tüm süreçler Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) 2013 ilkelerine uygun ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmeyecek biçimde yürütülmüştür.

Araştırmanın yapılmasında hiçbir kişi, kurum ve kuruluştan finansal yardım alınmamış olup, yürütücülerin özkaynakları ile yürütülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen hastalardan onam alınmıştır(Ek 4).

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği Toksikoloji Yoğun Bakım'da 15.04.2024-01.03.2025 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN KİŞİLER

Çalışma için örneklem büyüklüğü G Power programı ile orta etki büyüklüğü ($w=0,3$), %95 güven aralığı, %5 hata payı, %80 güç ile en az 150 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği Toksikoloji Yoğun Bakım'a 15.04.2024-01.03.2025 tarihleri arasında suicidal

girişim nedeniyle yatırılarak tedavisi ve takibi yapılan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, onam veren 18 yaş üzeri 150 hasta kadın ve erkek birey alınmıştır. 18 yaş altı hastalar, gebeler, bilinci kötü, zihinsel, işitsel ve görsel engeli olan bireyler kapsam dışı bırakılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU VE ÖLÇEKLER

Çalışma verileri 60 sorudan oluşan veri toplama formu ve 21 soruluk Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile toplanmıştır (Ek 5). Veri toplama formu literatür taranarak oluşturulmuş olup 60 soruluk açık ve kapalı uçlu sorudan meydana gelmektedir.

Formun 18 sorudan oluşan birinci bölümünde hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, aktif çalışıp çalışmadığı, gelir düzeyi, yaşadığı yer, evli olup olmadığı, evliyse eşinin yaşı, evliyse evlenme yaşı, eşiyle akrabalık durumu, eşinin eğitim durumu, evliyse eşinin mesleği, aile tipi, çocuk olup olmadığı gibi sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır.

Formun 14 sorudan oluşan ikinci bölümüyle kişinin sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanım öyküsü, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı ve ilaç kullanım durumları gibi tıbbi öyküsü öğrenilmiştir.

Formun 3 sorudan oluşan üçüncü bölümünde aile üyelerinden ruhsal hastalık tanısı alan birey olup olmadığı, aile üyelerinde alkol ya da madde kullanımı öyküsü olup olmadığı, aile üyelerinden kayıp olup olmadığı sorgulanmıştır.

Formun 4 sorudan oluşan dördüncü bölümünde hastanın suicidal girişimle ilişkili olabilecek daha önce intihar girişiminde bulunma durumu, eğer girişim öyküsü varsa girişim sayısı, daha önceki girişimlerde ilaç içip içmediği ve hastane yatışı olup olmadığı gibi özellikler sorgulanmıştır.

Formun 21 sorudan oluşan beşinci bölümünde ise mevcut girişimdeki ajanın ismi, tek veya çoklu ilaç alımı olup olmadığı, ajanın alım yolu, temin yolu, mevcut girişimin tarihi, girişim sırasında tanık olup olmadığı, uygulanan tedaviler, konsültasyon yapılan klinikler, yapılan görüntülemeler, hastanede kalış süresi ve taburculuk durumu gibi hastane döneminin tıbbi özellikleri kaydedilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) 1961’de Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh tarafından oluşturulmuştur. BDE’nin amacı, depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini somut hale getirerek sayısal verilere dökmektir. Ölçek klinik gözlemlerden türetilmiş olup depresif psikiyatri hastaları tarafından sıklıkla gösterilen, depresif olmayan psikiyatri hastaları tarafındansa nadiren gösterilen tutumların ve belirtilerin birleşimidir. BDE’nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları; 1984, 1986 ve 1989 yıllarında yapılmıştır (75). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 63’tür. 0-9 puan aralığı normal kabul edilir. 10-18 aralığı hafif düzey depresyon riskini, 19-29 arası orta düzey depresyon riskini ve 30-63 arası şiddetli düzey depresyon riskini yansıtmaktadır. Veri toplama formu ve BDE, araştırmaya katılmayı kabul eden ve onam veren hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Science) version 22 istatistik yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak kontrol edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde sürekli sayısal değişkenler için ortalama ve standart sapma kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi ve Fisher’s Exact Test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren sürekli sayısal değişkenler ve kesikli sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplar T Testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

15.04.2024-01.03.2025 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi acil servise suicid girişimi ile başvurmuş ve yoğun bakım ünitesinde takip edilen, 18-74 yaş arası 150 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $30,4 \pm 10,8$, %64'ü (n=96) kadın, %36'sı (n=54) erkekti. Hastaların %48'i (n=72) evli, %45'i (n=68) bekarı. Hastaların %20,7'si (n=31) üniversite, %45,3'ü (n=68) lise, %19,3'ü (n=29) ortaokul mezunuydu. Çalışanların oranı %43,3 (n=65), ortalama gelir $16673 \pm 17,3$ tl olarak bulunurken aylık geliri çok kötü olanların oranı %28,7 (n=43), kötü olanların oranı %24,7 (n=37) olarak bulundu. Hastaların %69,3'ü (n=104) il, %19,3 (n= 29) ilçe, %11,3 (n=17) çevre köylerde yaşıyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Yaş	Ortalama $\pm$ SS	$30,4 \pm 10,8$	
Cinsiyet	Kadın	96	64,0
	Erkek	54	36,0
Medeni Durum	Bekar	68	45,3
	Evli	72	48,0
	Dul/boşanmış	10	6,7
Eğitim	Okuryazar değil	2	1,3
	Okuryazar	1	0,7
	İlkokul	19	12,7
	Ortaokul	29	19,3
	Lise	68	45,3
	Üniversite	31	20,7
Meslek	Ev hanımı	50	33,3
	Memur	8	5,3
	İşçi	38	25,3
	Esnaf	10	6,7
	Diğer	44	29,3
Çalışma Durumu	Çalışıyor	65	43,3
	Çalışmıyor	85	56,7
Aylık Gelir Düzeyi	Çok kötü	43	28,7
	Kötü	37	24,7
	Orta	60	40,0
	İyi	9	6,0
	Çok iyi	1	0,7
	Ortalama $\pm$ SS	$16673 \pm 17,3$	
İkamet Edilen Yerleşim Birimi	İl	104	69,3
	İlçe	29	19,3
	Çevre köyler	17	11,3
Toplam		150	100,0

%%: frekans, SS: standart sapma

Hastaların aile özelliklerine göre değerlendirme yapıldığında hastaların eşlerinin yaş ortalaması $37,6 \pm 11,4$, eşiyle akrabalığı olanların oranı %22,2 (n=16), görücü usulü evlenenlerin oranı %54,1 (n=39), tanışarak evlenenlerin oranı %45,9 (n=33) olarak tespit edildi. Eşlerinin eğitim durumu üniversite olanların oranı %15,3 (n=11), lise olanların oranı %37,5 (n=27), ortaokul olanların oranı %19,5 (n=14), ilkokul olanların oranı %25 (n=18) olarak bulundu. Evlilik yaşı ortalaması $23,1 \pm 6,2$ olarak tespit edildi. Çekirdek aile tipi katılımcıların %85'inde (n=128) tespit edildi. Çocuk sahibi olanların oranı %46 (n=69) olarak tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Aile Özellikleri

		n	%
Evli Hastaların Eşlerinin Yaşı [Yıl]	Ortalama±SS	37,6±11,4	
Eşiyle Akrabalık Durumu (n=72)	Var	16	22,2
	Yok	56	77,8
Evli Hastaların Evlenme Şekli (n=72)	Görücü usulü	39	54,1
	Tanışıp anlaşıp	33	45,9
Evli Hastaların Eşlerinin Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2	2,7
	İlkokul	18	25,0
	Ortaokul	14	19,5
	Lise	27	37,5
	Üniversite	11	15,3
Evli Hastaların Eşlerinin Çalışma Durumu	Çalışmıyor	20	27,7
	Memur	6	8,4
	İşçi	22	30,5
	Esnaf	18	25,0
	Diğer	6	8,4
Evli Hastaların İlk Evlenme Yaşı [Yıl]	Ortalama±SS	23,1±6,2	
Aile Tipi	Çekirdek	128	85,0
	Geniş	10	6,8
	Parçalanmış	12	8,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	69	46,0
	Yok	81	54,0
Çocuk Sayısı	Ortalama±SS	1,5±0,5	
Toplam		150	100,0

%; frekans, SS: standart sapma

Hastaların sigara kullanma oranı %56 (n=84), alkol kullanma oranı %20,7 (n=31), uyuşturucu kullanma oranı %3,3 (n=5) olarak bulundu. Hastaların sigaraya başlama yaşı $17,6 \pm 4,9$, alkole başlama yaşı $18,2 \pm 5,9$, uyuşturucuya başlama yaşı $17,8 \pm 3,1$ olarak tespit edildi. Hastaların sigara kullanımı paket/yıl ortalaması $15,1 \pm 17,3$ olarak bulundu. Alkol kullanım yıl ortalaması $7,4 \pm 7,7$ iken, haftada 3'den az alkol kullananların oranı %67,7 (n=21), haftada 3'den fazla alkol kullananların

oranı %32,3 (n=10) olarak tespit edildi. Uyuşturucu kullanım yıl ortalaması ise $5,8 \pm 4,2$ olarak tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Özellikleri

		n	%
Sigara Kullanma Durumu	Evet	84	56,0
	Hayır	66	44,0
İlk Sigara Kullanma Yaşı [Yıl]	Ortalama $\pm$ SS	17,6 $\pm$ 4,9	
Sigara Kullanım Miktarı (paket/yıl)	Ortalama $\pm$ SS	15,1 $\pm$ 17,3	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	31	20,7
	Hayır	119	79,3
İlk Alkol Kullanma Yaşı	Ortalama $\pm$ SS	18,2 $\pm$ 5,9	
Alkol Tüketim Süresi	Ortalama $\pm$ SS	7,4 $\pm$ 7,7	
Alkol Tüketim Sıklığı (n=31)	Haftada 3 den az	21	67,7
	Haftada 3 den çok	10	32,3
Uyuşturucu Madde Kullanma Durumu	Evet	5	3,3
	Hayır	145	96,7
Uyuşturucu Başlangıç Yaşı	Ortalama $\pm$ SS	17,8 $\pm$ 3,1	
Uyuşturucu Kullanım Süresi	Ortalama $\pm$ SS	5,8 $\pm$ 4,2	
Toplam		150	100,0

%; frekans, SS: standart sapma

Hastaların ve ailelerinin psikiyatrik ve hastalık öykü özellikleri Tablo 5’de verilmiştir. Buna göre kronik hastalığı olanların oranı %28,0’inin (n=42), daha önce psikiyatrik hastalık tanısı olanların oranı %54,7(n=82), psikiyatrik bir ilaç kullananların oranı %54,0 (n=81), ailede ruhsal bir hastalık olanların oranı %20,7 (n=31), ailede alkol kullanımı olanların oranı %13,3 (n=20) ve yakın aile üyelerinde kayıp olanların oranı %28,7 (n=43) olarak tespit edildi(Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların ve Ailelerinin Psikiyatrik Özellikleri

		n	%
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Evet	82	54,7
	Hayır	68	45,3
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Evet	81	54,0
	Hayır	69	46,0
Ailede Ruhsal Hastalık Tanısı Varlığı	Evet	31	20,7
	Hayır	119	79,3
Ailede Alkol Kullanımı	Evet	20	13,3
	Hayır	130	86,7
Kronik Hastalık	Evet	42	28,0
	Hayır	108	72,0
Aile üyelerinde kayıp	Evet	43	28,7
	Hayır	107	71,3
Toplam		150	100,0

%; frekans, SS: standart sapma

Hastaların suicidal girişim öyküsü Tablo 6’da değerlendirildi. Buna göre daha önce intihar girişimi olanların oranı %23,3 (n=35) olarak bulundu. Daha önce intihar sayısı ortalaması $1,6 \pm 0,9$ olarak bulundu. Önceki intihar girişiminde ilaç kullananların oranı %80,0 (n=28) olarak bulundu. Önceki intihar girişiminde hastaneye yatanların oranı %57,1 (n=20) olarak tespit edildi. Mevcut girişim sırasında hastaların %40,7 (n=61) tek ilaç ve %53,3’ü (n=80) birden fazla ilaç almıştı. İntiharda kullanılan ilaç yolu oral olanların oranı %97,3 (n=146) olarak bulundu. İntihar için temin yolu kendi ilaçları olanların oranı %56,0 (n=84) ve evde yaşayanların ilacı olanların oranı %40,0 (n=60) olarak bulundu. Evde intihar edenlerin oranı %88,0 (n=132) olarak tespit edildi. İntiharda tanık olanların oranı %4,7 (n=7) olarak bulundu. İntihardan sonra acil servise başvuru süresi ortalama $3,0 \pm 3,2$ saat olarak tespit edildi(Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların Suicidal Girişim Öyküsü Özellikleri

		n	%
Daha Önce İntihar Girişimi Varlığı	Evet	35	23,3
	Hayır	115	76,7
Daha Önceki İntihar Sayısı	Ortalama $\pm$ SS	1,6 $\pm$ 0,9	
Daha önceki İntiharda İlaçullanımı (n=35)	Evet	28	80,0
	Hayır	7	20,0
Daha önceki İntiharda Hastaneye Yatış	Evet	20	57,1
	Hayır	15	48,9
Mevcut İntiharda İlaç Sayısı	Tek ilaç	61	40
	Birden Fazla ilaç	80	53,3
	Bilinmiyor	9	6
Mevcut İntiharda İlaç Alım Yolu	Oral	146	97,3
	Diğer	4	11,5
Mevcut İntiharda İlaç Temin Yolu	Kendi ilacı	84	56,0
	Evde yaşayanların ilacı	60	40,0
	Eczaneden temin	3	2,0
	Diğer	3	2,0
İntihar Yeri	Evde	132	88,0
	Ev dışı	18	12,0
İntiharda Tanık Varlığı	Evet	7	4,7
	Hayır	143	95,3
İntihardan Sonra Başvuru Süresi	Ortalama $\pm$ SS	3,0 $\pm$ 3,2	
Toplam		150	100,0

%; frekans, SS: standart sapma

Hastalara uygulanan tedaviler değerlendirildiğinde gastrik lavaj yapılanların oranı %87,3 (n=131), aktif kömür uygulananların oranı %92,0 (n=138), antidot verilenlerin oranı %20,0 (n=30), hemodiyaliz uygulananların oranı %1,3 (n=2), oksijen tedavisi alanların oranı %10,7 (n=16) olarak bulundu. Hastaların %56,0'ı (n=84) asemptomatik iken, %12,0'sinde (n=18) bilinç değişikliği, %4,7'sinde (n=7) hipotansiyon, %2,0'ında (n=3) aritmi, %2,0'ında (n=3), %0,7'sinde (n=1) solunum sıkıntısı, %17,3'ünde (n=26) gastrointestinal sistem semptomları ve %5,3'ünde (n=8) diğer semptomlar vardı. Konsültasyon yapılan hastaların oranı %6,6 (n=10) olarak bulundu. En fazla konsültasyon yapılan bölüm %40,0 (n=4) ile nefroloji olarak tespit edildi. Görüntüleme istenenlerin oranı %16,0 (n=24) olarak tespit edildi. Yoğun bakımda yatılan gün ortalaması $2,4 \pm 0,9$ olarak tespit edildi. Taburcu olanların oranı %60,7 (n=91) ve psikiyatri kliniğine sevk edilenlerin oranı %32,0 (n=48) olarak bulundu (Tablo 7).

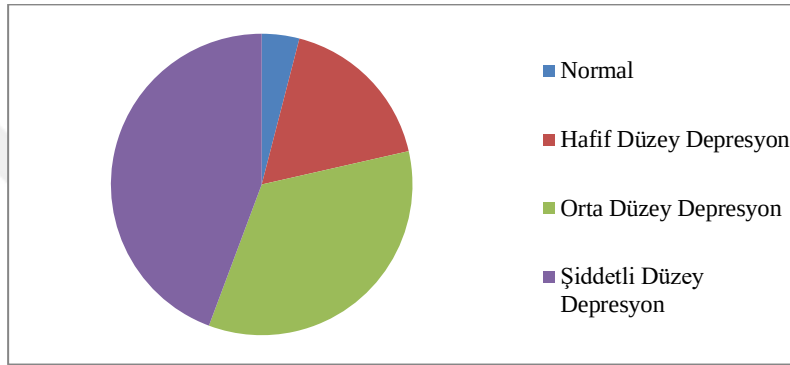
Tablo 7. Hastane Döneminin Tıbbi Özellikleri

		n	%
Gastrik Lavaj	Evet	131	87,3
	Hayır	19	12,7
Aktif Kömür	Evet	138	92,0
	Hayır	12	8,0
Antidot Kullanımı	Evet	30	20,0
	Hayır	120	80,0
Hemodiyaliz	Evet	2	1,3
	Hayır	148	98,7
Oksijen Tedavisi	Evet	16	10,7
	Hayır	134	89,3
Bulgular	Asemptomatik	84	56,0
	Bilinç değişikliği	18	12,0
	Hipotansiyon	7	4,7
	Aritmi	3	2,0
	Konvülsiyon	3	2,0
	Solunum sıkıntısı	1	0,7
	GİS semptomları	26	17,3
	Diğer	8	5,3
Konsültasyon	Evet	6,6	10
	Hayır	93,4	140
Konsültasyon Yapılan Branş (n=10)	Gastroenteroloji	2	20,0
	Nefroloji	4	40,0
	Göğüs Hastalıkları	1	10,0
	Hematoloji	1	10,0
	Kardiyoloji	1	10,0
	Nöroloji	1	10,0
Görüntüleme	Evet	24	16,0
	Hayır	126	84,0
Yoğun Bakım Gün Sayısı	Ortalama±SS	2,4±0,9	

Taburculuk Durumu	Taburcu	91	60,7
	Başka kliniğe sevk	2	1,3
	Psikiyatri kliniğine sevk	48	32,0
	İmza karşılığı taburcu	9	6,0
Toplam		150	100,0

%; frekans, SS: standart sapma

Hastaların BDE’nden aldıkları ortalama puan $27,7 \pm 11,5$ ve ortanca puan 28,00 (0,00-53,00) idi. Katılımcıların %4’ü (n=6) ölçekten 0-9 arası; %17,3’ü (n=26) 10-18 arası; %34’ü (n=51) 19-29 arası ve %44,7’si (n=67) 30-63 arası puan aldı (Şekil 2).



Şekil 2. Hastaların Beck Depresyon Envanteri’ne Göre Depresyon Riski Düzeylerinin Dağılımı (%)

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre BDE değerlendirmesi yapıldı. Buna göre yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, aylık gelir, yaşadığı yer, kronik hastalığa göre BDE şiddeti ve skorunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p > 0,05$).

Ancak çalışma durumuna göre değerlendirme yapıldığında çalışanların BDE Skoru $25,5 \pm 11,5$ olarak çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edildi ve çalışmayanlarda şiddetli depresyon oranı daha yüksek tespit edildi ($p = 0,047$ ve $p = 0,002$)(Tablo8).

Tablo 8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi

		Beck Skoruna Göre Depresyon Şiddeti		Beck Skoru Ortalama±SS
		Normal veya Hafif-Orta Depresyon n (%) n=82	Şiddetli Depresyon n (%) n=68	
Yaş	30 yaş ve altı	48 (54,5)	40 (45,5)	27,1±11,7
	30 yaş üzeri	34 (54,8)	28 (45,2)	27,4±11,1
	p	0,972**		0,482
Cinsiyet	Kadın	47 (49,0)	49 (51,0)	28,7±10,4
	Erkek	35 (64,8)	19 (35,2)	25,7±12,9
	p	0,061**		0,114
Medeni Durum	Bekar	38 (55,9)	30 (44,1)	27,1±11,7
	Evli	44 (53,7)	38 (46,3)	28,0±11,3
	p	0,785**		0,626
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	1 (33,3)	2 (66,7)	36,0±13,8
	İlkokul	8 (42,1)	11 (57,9)	30,2±12,6
	Ortaokul	16 (55,2)	13 (44,8)	27,2±13,0
	Lise	40 (58,8)	28 (41,2)	26,8±11,1
	Üniversite	17 (54,8)	14 (45,2)	27,6±9,9
	p	0,692**		0,575*
Meslek	Ev hanımı	25 (50,0)	25 (50,0)	28,4±10,9
	Memur	4 (50,0)	4 (50,0)	27,3±12,8
	İşçi	27 (71,1)	11 (28,9)	24,9±11,5
	Esnaf	6 (60,0)	4 (40,0)	28,7±14,6
	Diğer	20 (45,5)	24 (54,5)	29,0±11,1
	p	0,181**		0,543*
Çalışma Durumu	Çalışıyor	45 (69,2)	20 (30,8)	25,5±11,5
	Çalışmıyor	37 (43,5)	48 (56,5)	29,3±11,2
	p	0,002**		0,047
Aylık Gelir Düzeyi	Çok kötü	21 (48,8)	22 (51,2)	29,0±12,0
	Kötü	23 (62,2)	14 (37,8)	27,1±10,0
	Orta	34 (56,7)	26 (43,3)	26,6±11,8
	İyi	4 (40,0)	6 (60,0)	29,6±12,3
	p	0,495**		0,701*
İkamet Edilen Yerleşim Birimi	İl	58 (55,8)	46 (44,2)	27,5±11,5
	İlçe	16 (55,2)	13 (44,8)	27,4±10,2
	Çevre köyler	8 (47,1)	9 (52,9)	28,7±13,4
	p	0,798**		0,926*
Kronik Hastalık	Var	18 (42,9)	24 (57,1)	29,7±11,3
	Yok	64 (59,3)	44 (40,7)	26,8±11,4
	p	0,070**		0,167

%, frekans, SS: standart sapma, p değeri Bağımsız Gruplar T Testi ile bulunmuştur, *: Oneway Anova Testi, **: Ki-Kare testi

Hastaların aile özelliklerine göre BDE değerlendirmesi yapıldı. Buna göre eşinin yaşı, evlilik çeşidi, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, aile tipi ve çocuk sahibi olma ile Beck Depresyon Envanteri Şiddeti ve Skorunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Buna rağmen eşiyle akrabalık olanların BDE Skoru $32,2\pm9,7$ olarak akrabalık olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,048$)(Tablo9).

Tablo 9. Hastaların Aile Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi

		Beck Skoruna Göre Depresyon Şiddeti		Beck Skoru Ortalama $\pm$ SS
		Normal veya Hafif-Orta Depresyon n (%) n=82	Şiddetli Depresyon n (%) n=68	
Eşlerinin Yaşı	37 ve yaş altı	22 (61,1)	14 (38,9)	26,5 $\pm$ 10,7
	37 yaş üstü	17 (48,6)	18 (51,4)	29,2 $\pm$ 11,0
	p	0,288***		0,295
Akrabalık Durumu (n=72)	Var	5 (31,3)	11 (68,8)	32,2 $\pm$ 9,7
	Yok	34 (61,8)	21 (38,2)	26,6 $\pm$ 10,9
	p	0,031**		0,048
Evlenme Şekli (n=72)	Görücü usulü	18 (47,4)	20 (52,6)	28,6 $\pm$ 11,3
	Tanışarak	21 (63,6)	12 (36,4)	27,0 $\pm$ 10,5
	p	0,169**		0,548
Eşlerinin Eğitim Durumu	Okuryazar değil	1 (50,0)	1 (50,0)	29,5 $\pm$ 21,9
	İlkokul	9 (52,9)	8 (47,1)	30,0 $\pm$ 13,6
	Ortaokul	5 (35,7)	9 (64,3)	31,8 $\pm$ 12,1
	Lise	16 (59,3)	11 (40,7)	26,1 $\pm$ 7,0
	Üniversite	8 (72,7)	3 (27,3)	23,3 $\pm$ 10,3
	p	0,441**		0,282*
Eşinin Mesleği	Çalışmıyor	12 (60,0)	8 (40,0)	29,0 $\pm$ 11,7
	Memur	5 (83,3)	1 (16,7)	22,6 $\pm$ 10,9
	İşçi	9 (42,9)	12 (57,1)	29,1 $\pm$ 10,9
	Esnaf	10 (55,6)	8 (44,4)	27,1 $\pm$ 9,5
	Diğer	3 (50,0)	3 (50,0)	27,1 $\pm$ 13,3
	p	0,484**		0,757*
Aile Tipi	Çekirdek	65 (52,0)	60 (48,0)	28,1 $\pm$ 11,2
	Geniş	8 (80,0)	2 (20,0)	22,3 $\pm$ 12,2
	Parçalanmış	7 (58,3)	5 (41,7)	28,4 $\pm$ 13,2
	p	0,222**		0,294*
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	37 (63,6)	32 (46,4)	28,2 $\pm$ 11,0
	Yok	36 (50,7)	35 (49,3)	28,1 $\pm$ 12,2
	p	0,730**		0,934

%, frekans, SS: standart sapma, p değeri Bağımsız Gruplar T Testi ile bulunmuştur, *: Oneway Anova Testi, **: Ki-Kare testi

Hastaların sigara, alkol ve uyuşturucu kullanım özelliklerine göre BDE değerlendirmesi yapıldı. Buna göre sigara kullanımı, alkol kullanımına göre BDE Şiddeti ve Skorunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Buna karşılık uyuşturucu kullananların BDE Skoru $38,6\pm7,7$ olarak uyuşturucu kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,030$) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi

		Beck Skoruna Göre Depresyon Şiddeti		Beck Skoru Ortalama $\pm$ SS
		Normal veya Hafif-Orta Depresyon n (%) n=82	Şiddetli Depresyon n (%) n=68	
Sigara Kullanımı	Evet	45 (53,6)	39 (46,4)	28,2 $\pm$ 12,1
	Hayır	37 (56,1)	29 (43,9)	26,9 $\pm$ 10,6
	p	0,761**		0,486
Alkol Kullanımı	Evet	16 (51,6)	15 (48,4)	29,6 $\pm$ 12,4
	Hayır	66 (55,5)	53 (44,5)	27,1 $\pm$ 11,2
	p	0,701**		0,294
Uyuşturucu Kullanımı	Evet	1 (20,0)	4 (80,0)	38,6 $\pm$ 7,7
	Hayır	81 (55,9)	64 (44,1)	27,3 $\pm$ 11,4
	p	0,113**		0,030

%, frekans, SS: standart sapma, p değeri Bağımsız Gruplar T Testi ile bulunmuştur, **: Ki-Kare testi

Hastaların psikiyatrik özelliklerine göre BDE değerlendirmesi yapıldı. Buna göre ailede ruhsal hastalık tanısı, ailede alkol kullanımı ve yakın aile üyelerinde kayıp olanlarda BDE Skorunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Buna karşılık psikiyatrik hastalık tanısı olanların BDE Skoru $38,6\pm7,7$ olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilirken psikiyatrik hastalık tanısı olanların Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$). Aynı zamanda psikiyatrik ilaç kullananların da BDE Skoru $30,8\pm10,4$ olarak kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilirken psikiyatrik ilaç kullananların Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$ ve $p=0,002$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların ve Ailelerinin Psikiyatrik Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi

		Beck Skoruna Göre Depresyon Şiddeti		Beck Skoru Ortalama±SS
		Normal veya Hafif-Orta Depresyon n (%) n=82	Şiddetli Depresyon n (%) n=68	
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Evet	33 (40,2)	49 (59,8)	31,4±10,3
	Hayır	49 (72,1)	19 (27,9)	23,1±11,2
	p	<0,001**		<0,001
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Evet	35 (43,2)	46 (56,8)	30,8±10,4
	Hayır	47 (68,1)	22 (31,9)	23,9±11,5
	p	0,002**		<0,001
Ailede Psikiyatrik Hastalık Tanısı Varlığı	Evet	15 (48,4)	16 (51,6)	29,4±9,8
	Hayır	67 (56,3)	52 (43,7)	27,2±11,9
	p	0,430**		0,345
Ailede Alkol-Uyuşturucu Kullanımı	Evet	9 (45,0)	11 (55,0)	30,7±10,9
	Hayır	73 (56,2)	57 (43,8)	27,2±11,5
	p	0,351**		0,207

%; frekans, SS: standart sapma, p değeri Bağımsız Gruplar T Testi ile bulunmuştur, **: Ki-Kare testi

Hastaların suikid özelliklerine göre BDE değerlendirildi. Buna göre önceki intiharda ilaç kullananlarda, önceki intiharda hastaneye yatışı olanlarda, intiharda ilaç temin yoluna göre, intihar ettiği yere göre ve intiharda tanık olma durumuna göre BDE Şiddeti ve Skorunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Buna karşılık daha önce intihar girişimi olanların BDE Skoru $33,6\pm10,6$ olarak olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilirken daha önce intihar girişimi olanların Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$ ve $p=0,006$). Aynı zamanda intiharda ilaç yolu oral olanların da BDE Skoru $27,7\pm11,6$ olarak diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların Suicid Özelliklerine Göre BDE Şiddeti ve Skoru Değerlendirmesi

		Beck Skoruna Göre Depresyon Şiddeti		Beck Skoru Ortalama±SS
		Normal veya Hafif-Orta Depresyon n (%) n=82	Şiddetli Depresyon n (%) n=68	
Daha Önce İntihar Girişimi	Evet	12 (34,3)	23 (65,7)	33,6±10,6
	Hayır	70 (60,9)	45 (39,1)	25,8±11,1
	p	0,006**		<0,001
Daha Önceki İntiharda İlaç Kullanımı	Evet	9 (31,0)	20 (69,0)	34,2±10,3
	Hayır	3 (42,9)	4 (57,1)	32,0±12,0
	p	0,551**		0,626
Daha Önceki İntiharda hastaneye Yatış	Evet	5 (23,8)	16 (76,2)	35,1±10,5
	Hayır	7 (43,8)	9 (56,3)	32,3±10,5
	p	0,199**		0,425
Mevcut İntiharda İlaç Alım Yolu	Oral	78 (53,4)	68 (46,6)	27,7±11,6
	Diğer	4 (100)	0 (0)	23,7±0,9
	p	0,065**		<0,001
Mevcut İntiharda İlaç Temin Yolu	Kendi ilacı	45 (53,6)	39 (46,4)	28,0±11,7
	Evde yaşayan ilaç	33 (55,0)	27 (45,0)	27,3±11,2
	Eczaneden temin	3 (100)	0 (0)	17,6±9,2
	Diğer	1 (33,3)	2 (66,7)	33,3±10,4
	p	0,379**		0,373*
İntihar Yeri	Evde	70 (53,0)	12 (66,7)	27,9±11,6
	Ev dışı	62 (47,0)	6 (33,3)	26,0±10,0
	p	0,276**		0,524
İntiharda Tanık Varlığı	Evet	5 (71,4)	2 (28,6)	26,5±13,0
	Hayır	77 (53,8)	66 (46,2)	27,7±11,4
	p	0,362**		0,795

%, frekans, SS: standart sapma, p değeri Bağımsız Gruplar T Testi ile bulunmuştur, *: Oneway Anova Testi, **: Ki-Kare testi

Hastaların hastane döneminin tıbbi özelliklerine göre BDE değerlendirmesi yapıldı. Buna göre bulgular ve yoğun bakımda yatılan güne göre BDE Şiddeti ve Skorunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Buna karşılık taburcu olanların Beck skoru ve şiddetli depresyon geçirme oranı sevk olanlara göre daha düşük tespit edilmiştir ($p=0,003$ ve $p=0,015$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastane Döneminin Tıbbi Özelliklerine Göre BDE Değerlendirmesi

		Beck Skoruna Göre Depresyon Şiddeti		Beck Skoru Ortalama±SS
		Normal veya Hafif-Orta Depresyon n (%) n=82	Şiddetli depresyon n (%) n=68	
Bulgular	Aseptomatik	48 (57,1)	36 (42,9)	27,1±11,8
	Semptomatik	34 (51,5)	32 (48,5)	28,3±10,9
	p	0,492*		0,539**
Yoğun Bakım Gün Sayısı	Ortalama±SS	2,3±0,8	2,5±1,1	
	p	0,307**		
Taburculuk Durumu	Taburcu	57 (62,6)	34 (37,4)	25,4±10,7
	Sevk	25 (42,4)	34 (57,6)	31,0±11,8
	p	0,015*		0,003**

%%: frekans, *: Ki-Kare testi, **: Bağımsız Gruplar T Testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değerlendirilmesi yapıldı. Buna göre yaş, medeni durum, eğitim, meslek, çalışma durumu, aylık gelir, yaşadığı yer ve kronik hastalığa göre daha önce intihar girişiminde bulunma özelliği arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

Ancak cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında kadınların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,045$) (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Daha Önceki İntihar Girişimlerinin Değerlendirmesi

		Daha önce intihar girişimi		p
		Var	Yok	
Yaş	30 yaş ve altı 30 yaş üzeri	20 (22,7) 15 (24,2)	68 (77,3) 47 (75,8)	0,834
Cinsiyet	Kadın Erkek	27 (28,1) 8 (14,8)	69 (71,9) 46 (85,2)	0,045
Medeni Durum	Bekar Evli	14 (20,6) 21 (25,6)	54 (79,4) 61 (74,4)	0,469
Eğitim	Okuryazar değil İlkokul Ortaokul Lise Üniversite	1 (33,3) 6 (31,6) 8 (27,6) 14 (20,6) 6 (19,4)	2 (66,7) 13 (68,4) 21 (72,4) 54 (79,4) 25 (80,6)	0,783
Meslek	Ev hanımı Memur İşçi Esnaf Diğer	14 (28,0) 1 (12,5) 9 (23,7) 2 (20,0) 9 (20,5)	36 (72,0) 7 (87,5) 29 (76,3) 8 (80,0) 35 (79,5)	0,844
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	11 (16,9) 24 (28,2)	54 (83,1) 61 (71,8)	0,105
Aylık Gelir Düzeyi	Çok kötü Kötü Orta İyi	8 (18,6) 7 (18,9) 15 (25,0) 5 (50,0)	35 (81,4) 30 (81,1) 45 (75,0) 5 (50,0)	0,171
İkamet Edilen Yerleşim Birimi	İl İlçe Çevre köyler	20 (19,2) 11 (37,9) 4 (23,5)	84 (80,8) 18 (62,1) 13 (76,5)	0,109
Kronik Hastalık	Var Yok	12 (28,6) 23 (21,3)	30 (71,4) 85 (78,7)	0,344

‰: frekans, p değerı Ki-Kare T Testi ile bulunmuştur,

Hastaların aile özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değerlendirmesi yapıldı (Tablo 15). Buna göre eşinin yaşı, evlilik çeşidi, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği ve çocuk sahibi olma ile daha önce intihar girişiminde bulunma özelliği arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Buna rağmen eşiyle akrabalık olanların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı akrabalık olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edildi (**$p=0,031$**). Ayrıca çekirdek ailede olanların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı en düşük tespit edildi (**$p=0,023$**).

Tablo 15. Hastaların Aile Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi

		Daha önce intihar girişimi		
		Var	Yok	p
Evli Hastaların Eşinin Yaşı (n=71)	37 ve yaş altı	7 (19,4)	29 (80,6)	,725
	37 yaş üstü	8 (22,9)	27 (77,1)	
Eşiyle Akrabalık Durumu (n=71)	Var	0 (0)	16 (100)	,031*
	Yok	15 (27,3)	40 (72,7)	
Evli Hastaların Evlenme şekli (n=71)	Görücü usulü	9 (23,7)	29 (76,3)	,772
	Tanışıp anlaşıp	6 (18,2)	27 (81,8)	
Evli Hastaların Eşlerinin Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0 (0)	2 (100)	,738
	İlkokul	5 (29,4)	12 (70,6)	
	Ortaokul	2 (14,3)	12 (85,7)	
	Lise	5 (18,5)	22 (81,5)	
	Üniversite	3 (27,3)	8 (72,7)	
Evli Hastaların Eşinin mesleği	Çalışmıyor	2 (10,0)	18 (90,0)	,591
	Memur	1 (16,7)	5 (83,3)	
	İşçi	6 (28,6)	15 (71,4)	
	Esnaf	5 (27,8)	13 (72,2)	
	Diğer	1 (16,7)	5 (83,3)	
Aile tipi	Çekirdek	26 (20,8)	99 (79,2)	,023
	Geniş	3 (30,0)	7 (70,0)	
	Parçalanmış	6 (50,0)	6 (50,0)	
Çocuk Sahibi Olma	Var	13 (18,8)	56 (81,2)	,169
	Yok	21 (29,6)	50 (70,4)	

%, frekans, SS: standart sapma, p değeri Ki-Kare T Testi ile bulunmuştur, *: Fisher's Exact Test

Hastaların sigara, alkol ve uyuşturucu kullanım özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değerlendirmesi yapıldı (Tablo 16). Buna göre sigara kullanımına göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Buna karşılık alkol kullanımı, uyuşturucu

kullananların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (**p=0,042**).

Tablo 16. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Özelliklerine Göre Daha Önceki İntihar Girişimlerinin Değerlendirmesi

		Daha önce intihar girişimi		P
		Var	Yok	
Sigara Kullanımı	Evet	22 (26,2)	62 (73,8)	0,351
	Hayır	13 (19,7)	53 (80,3)	
Alkol Kullanımı	Evet	13 (41,9)	18 (58,1)	0,006
	Hayır	22 (18,5)	97 (81,5)	
Uyuşturucu Kullanımı	Evet	3 (60,0)	2 (40,0)	0,042
	Hayır	32 (22,1)	113 (77,9)	

‰: frekans, p değeri Ki-Kare T Testi ile bulunmuştur.

Hastaların psikiyatrik özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değeriendirilmesi yapıldı (Tablo 17). Buna göre ailede ruhsal hastalık tanısı, ve yakın aile üyelerinde kayıp olanlarda daha önce intihar girişiminde bulunma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Buna karşılık psikiyatrik hastalık tanısı olanların, psikiyatrik ilaç kullananların ve ailede alkol kullanımı olanların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi (**p<0,001**).

Tablo 17. Hastaların Psikiyatrik Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi

		Daha önce intihar girişimi		P
		Var	Yok	
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Evet	30 (36,6)	52 (63,4)	<0,001
	Hayır	5 (7,4)	63 (92,6)	
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Evet	28 (34,6)	53 (65,4)	<0,001
	Hayır	7 (10,1)	62 (89,9)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Tanısı Varlığı	Evet	10 (32,3)	21 (67,7)	0,345
	Hayır	25 (21,0)	94 (79,0)	
Ailede Alkol-Uyuşturucu Kullanımı	Evet	11 (55,0)	9 (45,0)	<0,001
	Hayır	24 (18,5)	106 (81,5)	
Aile Üyelerinde Kayıp	Evet	12 (27,9)	31 (72,1)	0,401
	Hayır	23 (21,5)	84 (78,5)	

‰: frekans, p değeri Ki-Kare T Testi ile bulunmuştur

Hastaların suikid özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değerlendirmesi yapıldı (Tablo 18). Buna göre önceki intiharda ilaç kullananlarda, intiharda alınan ilaç yoluna göre, intihar ettiği yere göre ve intiharda tanık olma durumuna göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

İlacı eczaneden temin edenlerin ve kendi ilacıyla intihar edenlerin daha önce intihar girişiminde bulunma oranı anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,010$).

Tablo 18. Hastaların Suikid Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi

		Daha önce intihar girişimi		P
		Var	Yok	
İntiharda İlaç Alım Yolu	Oral Diğer	35 (24,0) 0 (0)	111 (76,0) 4 (100)	0,263
İntiharda İlaç Temin Yolu	Kendi ilacı Evdeki ilaç Eczaneden temin Diğer	26 (31,0) 7 (11,7) 2 (66,7) (0)	58 (69,0) 53 (88,3) 1 (33,3) 3 (100)	0,010
Girişimin Gerçekleştiği Yer	Evde Ev dışı	31 (23,5) 4 (22,2)	101 (76,5) 14 (77,8)	0,905
İntiharda Tanık Varlığı	Evet Hayır	3 (42,9) 32 (22,4)	4 (57,1) 111 (77,6)	0,211

%; frekans, p değeri Ki-Kare T Testi ile bulunmuştur,

Hastaların hastane döneminin tıbbi özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değerlendirmesi yapıldı (Tablo 19). Buna göre bulgulara ve taburculuk durumuna göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunda anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$).

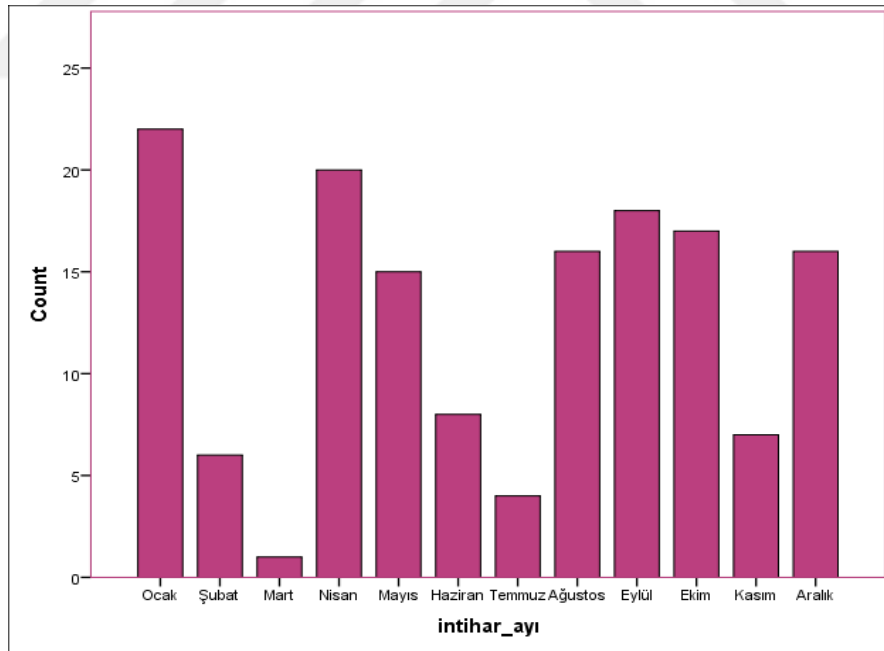
Buna karşılık daha önce intihar girişiminde bulunanların yoğun bakım gün sayısı anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi ($p=0,005$).

Tablo 19. Hastane Döneminin Tıbbi Özelliklerine Göre Daha Önce İntihar İhtimalinin Değerlendirmesi

		Daha önce intihar girişimi		P
		Var	Yok	
Bulgular	Aseptomatik	15 (17,9)	69 (82,1)	0,074*
	Semptomatik	20 (30,3)	46 (69,7)	
Yoğun Bakım Gün Sayısı	Ortalama±SS	2,8±1,4	2,3±0,7	0,005**
Taburculuk Durumu	Taburcu	20 (22,0)	71 (78,0)	0,626*
	Sevk	15 (25,4)	44 (74,6)	

%, frekans, *: Ki-Kare testi, **: Bağımsız Gruplar T Testi

İntihar edilen aylara göre değerlendirme yapıldığında en yüksek intihar edilen aylar sırasıyla Ocak (n=22), Nisan (n=20) ve Eylül (n=18) iken en az intihar edilen aylar sırasıyla Mart (n=1), Temmuz (n=4) ve Şubat (n=6) olarak bulundu. En yüksek intihar sayısı kış aylarında iken (n=44) en düşük intihar sayısı yaz aylarında (n=28) bulundu (Şekil 3).



Şekil 3. Hastane Başvurularının Aylara Göre Dağılımı

Çalışma verileri ile intihar sayısı ve BDE skoru arasındaki korelasyon analizi Tablo 21’de yapıldı. Buna göre intihar sayısı ile yaş arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edildi (**p=0,022**). İntihar sayısı ile toplam gelir arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edildi (**p=0,044**). İntihar sayısı ile BDE Skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edildi (**p=0,018**).

Tablo 20. Çalışma Verileri ile İntihar Sayısı ve Beck Skoru Arasındaki Korelasyon Analizi

		İntihar Sayısı	Beck Skoru
Yaş	r	-0,380	0,073
	p	0,022	0,376
Toplam gelir	r	-0,338	-0,158
	p	0,044	0,044
Evlenme yaşı	r	0,085	-0,133
	p	0,763	0,271
Sigara başlangıç yaşı	r	-0,108	-0,169
	p	0,651	0,127
Sigara miktarı	r	-0,326	0,039
	p	0,160	0,723
Alkole başlama yaşı	r	-0,230	-0,197
	p	0,450	0,288
Alkol kullanım süresi	r	-0,107	0,220
	p	0,727	0,242
Uyuşturucuya başlama yaşı	r	0,500	-0,800
	p	0,667	0,104
İlaç çeşidi sayısı	r	0,240	0,016
	p	0,158	0,842
İntihar sayısı	r	1,000	0,391
	p	.	0,018

p değeri Spearman korelasyon analizine göre bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde zehirlenme hastalarının çoğunu kadınlar ve genç yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Liisanantti ve arkadaşlarının 28 farklı YBÜ’nde yaptığı çalışmada toplam 2755 hasta ve kadın/erkek oranı (%)53/47, yaş ortalaması $39,7 \pm 14,5$ şeklinde hesaplanmıştır(76). Literatürde Konya’da 623 vakanın etyolojik ve demografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada hastaların %71,4’ünü kadın hastalar oluşturmaktaydı(77). Araştırmamızda da literatürle uyumlu olarak katılımcıların yaş ortalaması $30,4 \pm 10,8$ ve hastaların %64’ünü kadın, %54’ünü ise erkekler oluşturmaktadır. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre daha önce intihar girişiminde bulunma durumunun değerlendirmesi yapıldığında da kadınların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Bunun nedeni kadınların daha duygusal yapıda olmaları ve intihar girişimlerinin sekonder kazanç amaçlı olması olabilir.

Hastaların %48’i evliyken, %45’i bekar, %6’sı dul/boşanmış idi ve katılımcıların %85’inde çekirdek aile tipi tespit edildi. Acar ve ark. çalışmasında; başvuranların en çok bekarlar olduğu (%50) ancak evlilerin de ciddi bir oranda (%31) intihar sebebiyle acil servise başvurdıkları ifade edilmektedir (78). Tel ve Uzun çalışmalarında; bekarların (%74) diğer gruplara göre daha fazla intiharı seçtiklerini belirtmektedirler(79). Literatürün aksine çalışmamızda evlilerin oranının bekarlardan yüksek ve neredeyse eşit çıkması örneklem grubumuzun temsil ettiği sınırlı evrenle alakalı olabilir.

Ülkemizde eğitim durumuna göre intihar girişim oranına bakıldığında, eğitim seviyesi düştükçe intihar oranının artmakta olduğu saptanmıştır (27). Ancak bir çalışma en çok lise mezunlarının intiharla acile başvurduğunu söylemektedir(78). 2023 yılı TÜİK intihar istatistiklerine göre intihar edenlerin %14,9’u ilkokul, %8,2’si ilköğretim, %27,3 ortaokul %28,8’i lise, %16’sı yükseköğretim mezunu idi (4). Çalışmamızda TÜİK verileri ile benzer şekilde hastaların %45,3’ü lise, %20,7’si üniversite, %12’si ilkokul mezunuydu.

Bir çalışmada acile gelen intihar vakaları ikamet yerlerine göre incelendiğinde %73.9'unun il merkezlerinde, %26.1'inin ise ilçe ve köylerde ikamet ettiği tespit edilmiştir(80). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak hastaların %69,3'ü il merkezinde yaşıyordu. Lee ve arkadaşlarının yaptığı 1512 hastayı kapsayan çalışmada hastaların %28'inde kronik veya majör hastalık öyküsü, %31,6'sında psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu (81). Bizim çalışmamızda özgeçmiş değerlendirmesinde hastaların %28'inde en az bir ek hastalık olup %54,7'sinde psikiyatrik hastalık mevcuttu. Eşlik eden kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık oranı literatürdeki zehirlenme hastalarının içerisinde psikiyatrik hastalığa sahip olanlarla benzerdi.

Araştırmamız sonucunda katılımcıların daha önce intihar girişimi olanların oranı %23 ve önceki intiharında ilaç kullananların oranı %80, hastaneye yatanların oranı %57 olarak bulundu. Acar'ın ve Kübalı'nın çalışmasında hastaların yaklaşık beşte birinin daha önce en az bir defa intihara kalkıştıkları bulunmuştu (78, 82). Literatürde tamamlanmış intiharların öncesinde %19-24 oranında daha önce girişim öyküsü olduğu bilgisi yer almaktadır (50). Gökçen ve ark.'nın 18 yaş altı olgularda suicidal girişimin ve psikososyal durumlarının incelendiği bir çalışmada da benzer şekilde olguların 22 (%18.8)'sinde birden fazla intihar girişim öyküsü bulunmakta idi(83). Çalışmamız sonucunda literatürle uyumlu bir sonuca ulaştık. Bu durum ölümle sonuçlanmamış intihar girişimlerinin yeni girişimler için bir risk faktörü teşkil etmesi ve ilaç temin ederek intihara kalkışmanın diğer metotlardan daha kolay olmasıyla açıklanabilir. Ayrıca çocukluk döneminde tekrarlı girişim öyküsü de sık görüldüğünden suicidal girişimle başvuran hastaların bu girişimlerinin sebeplerini daha bütüncül ve hayatlarının tüm evreleri açısından incelemek gereklidir.

Araştırmamız sonucunda mevcut girişim sırasında birden fazla ilaçla intihar eden hastaların oranı %53,3'ü, kendi ilaçları ile intihar edenlerin oranı %56, evde yaşayanların ilacı ile intihar edenlerin oranı %40 olarak bulundu. Söyüncü ve ark.'nın çalışmasında da aşırı doz ilaç ile intiharlara sıkça rastlandığı göze çarpmaktadır (84). Dağlı ve ark. çalışmasında suicidal girişimde bulunan hastaların %73'ünün girişimde kendi ilacını kullandığı ve %27'sinin kendisine ait olmayan veya temin edilen ilaçları kullandığı bulunmuştur (85). Bizim çalışmamızda kendi ilacıyla intihar edenlerin daha önce intihar girişiminde bulunma oranı da anlamlı

olarak daha yüksek tespit edildi. Kişinin düzenli kullandığı bir ilacın bulunması veya evde ilaç stoğunun bulunması intihar girişimleri açısından bir risk olarak düşünülebilir.

İntihar girişimini evde gerçekleştirenlerin oranı %88 tespit edildi. İntihar girişimi tanıklı olanların oranı %4,7 olarak bulundu. Yeşil ve arkadaşlarının 147 kişinin dâhil edildiği retrospektif araştırmada suicidal girişimin %7'sinin tanıklı olduğu raporlanmıştır (86). Bu bulgular neticesinde araştırmamızda literatürle uyumlu olarak bireyler girişim sırasında çoğunlukla yalnız olmayı tercih etmektedir. Bu durumda tanık bulundurmayan kişilerin suicidal girişimi ölümle sonlandırma konusunda kararlı oldukları ve tanıklı girişimde bulunan kişilerin ise suicidal girişimden vazgeçirilmek istedikleri kanısına varılabilir.

İntihardan sonra başvuru zamanı ortalama $3,0 \pm 3,2$ saat olarak tespit edildi. Kavalcı ve ark. çalışmalarında olguların hastaneye başvuru süresi ortalaması 155 ile 180 dakika arasında değişmektedir (87). Karcıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %50'si ilk iki saat içinde acile başvurmuşlardır (88). Çalışmamızda da literatürle benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Hastalara uygulanan tedaviler değerlendirildiğinde gastrik lavaj yapılanların oranı %87,3, aktif kömür uygulananların oranı %92, antidot verilenlerin oranı %20, hemodiyaliz uygulananların oranı %1,3 olarak bulundu. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da antidot uygulanma oranı %4,1 ile %31,5 arasında değişmektedir (77, 89). Ülkemizde 623 vakanın incelendiği bir çalışmada %2,1 oranında hemodiyaliz ve hemoperfüzyon uygulanmıştır (77). Son yıllarda ekstrakorporeal tedaviler sıklıkla ve başarıyla kullanılmaktadır.

Araştırmamız sırasında hastaların %56'sı asemptomatik iken, % 44'ünde en az bir semptom mevcuttu. Hastaların %12'sinde bilinç değişikliği, %17,3'ünde gastrointestinal sistem semptomları vardı. Yeşil ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların %20'si asemptomatik olarak bulunurken %80'inin en az bir semptomu mevcuttur. Aynı çalışmada hastaların %18'inde bilinç değişikliği bulunmaktadır(86). Kaygusuz ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %28'inde bilinç değişikliği olduğu bildirilmiştir (90). Hastaların semptomatik ve asemptomatik olmalarında kullanılan ilaç, doz ve hastaneye başvuru süresi rol oynamaktadır. Literatürdeki

alışmalarla bizim çalışmamız arasındaki oransal farklılıklardan bu durumun sorumlu olabileceğini düşünöyoruz.

Araştırmamıza dahil edilen hastaların tamamı psikiyatristlerle konsulte edilirken; diğerkliniklerle konsültasyon yapılan hastaların oranı %6,6 olarak bulundu. En fazla konsültasyon yapılan bölüm %40 nefroloji, %20 gastroenteroloji olarak tespit edildi. Ankara’da yürütölmüş bir çalışmada hastaların yaklaşık olarak %54’üne konsültasyon istenmiştir (91). Bu durum hastaların aldıkları ilaçla, ilacın dozuyla, acil servise başvuru süresiyle, eşlik eden hastalık ve o anki sağıık durumuyla ilişkilendirilebileceğı gibi; hastalara müdahale eden doktorun tecrübesi ve tercihi ile de ilişkilendirilebilir.

Araştırmamıza dâhil edilen hastaların taburcu olanların oranı %60,7 ve psikiyatri kliniğine sevk edilenlerin oranı %32 idi. Ayaz ve ark. alışmasında hastaların taburculuk oranlarına bakıldığında olguların %68,5’inin ilaç tedavisi ve önerilerle evine gönderildiğı, %31,5’inde intihar düşöncesinin devam etmesi sebebi ile yataklı psikiyatri kliniğine sevk edildiğı sonucuna ulaşılmıştır(92). Totoz ve ark.’nın 66 kişinin değerkendirildiğı çalışmalarında 64 olgu şifa ile taburcu edilirken sadece 1 olgu başka bir kliniğe devredilmiş ve 1 olgu ise ex olmuştur (93). Sevk, devir ve ölüm oranları açısından farkın sebebi ilaç, ilacın dozu, acil servise başvuru süresi, eşlikçi hastalık ve o anki sağıık durumu olabileceğı gibi hastanın aldığı başarılı tedavi de olabilir. Ayrıca çalışmamızın gönüllölük esasına dayanması ve genel durumu iyi olan bireylerin çalışmaya dâhil olmak istemesi ihtimali de bu farklılıkları açıklayabilir.

Araştırma kapsamında değerkendirilen hastaların BDE’nden aldıkları skorlar değerkendirildiğinde katılımcıların %44,7’si şiddetli düzeyde depresyon riski taşıırken %55,3 ‘ü normal, hafif ve orta düzey depresyon riski grubundaydı.

Psikiyatrik hastalık tanısı olanların skoru ve Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı tanısı olmayanlara göre anlamlı daha yüksek tespit edildi. Psikiyatrik ilaç kullananların Beck Skoru ve Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı ilaç kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi.

İntihar girişiminde bulunan katılımcıların yaklaşık %96'sının depresyon açısından riskli çıkmış olması ve psikiyatrik hastalık tanısı olan ve ilaç kullanan katılımcıların skorlarının ve Beck Skoruna göre şiddetli depresyon geçirme oranı istatistiksel anlamlı olması literatürde (52) belirtilen depresyon ve intihar ilişkisinin yüksek olmasıyla desteklenmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda psikiyatrik hastalık tanısı olanların ve psikiyatrik ilaç kullananların daha önce intihar girişiminde bulunmalarının anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmesi psikiyatrik hastalık anamnezinin intihar girişiminin tekrarlamasında güçlü bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda yoğun bakımdan taburcu olanların Beck skoru ve şiddetli depresyon geçirme oranı psikiyatri kliniğine sevk olanlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Buna göre suicidal girişim sonrası yatışı yapılan hastalara uygulanan BDE skoru ile klinik sonlanım tahmini yapılabileceği söylenebilir.

Ancak daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma ile taburculuk ve sevk arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Buna göre daha önceki intihar girişimleri kişinin mevcut intihar girişimindeki klinik sonlanım ile net bir bilgi vermeyeceğini düşündürmektedir.

Sosyodemografik özelliklerle depresyon riskinin ilişkili olduğu bilinmektedir(94). Çalışma grubumuzda sosyodemografik özelliklere göre BDE değerlendirilmesi yapıldığında literatürle (3) uyumlu olarak çalışma durumuna göre çalışanların skoru çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük, çalışmayanlarda şiddetli depresyon oranı daha yüksek tespit edildi. Ancak diğer sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark tespit edilememiştir. Yalvaç ve arkadaşlarının 2005 yılında Malatya'da yaptığı çalışmada Beck depresyon skoru ve şiddeti ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlılık izlenmemiştir(95). Araştırmamızda sonuçları elde edemememiz örneklem büyüklüğümüzle ve tüm hastaların çalışmaya dahil edilemeyişi ile ilişkili olabilir.

Eşiyle akrabalığı olanların oranı %22 tespit edildi. Çalışma grubumuzda eşiyle akraba evliliği bağı olanların skor ortalaması akrabalık bağı olmayanlara göre anlamlı yüksek fark edildi. Ancak depresyon skoruna göre depresyon şiddetinde anlamlı fark tespit edilmedi. Bununla beraber eşiyle akrabalık bağı olanların daha

önce intihar girişiminde bulunma oranı akrabalık olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük tespit edildi. İnandı ve ark.'nın akraba evliliği yapmış olan 584 kadın 'ilişkilerde mutluluk Envanteri ve yaşam doyumu Envanteri' ile değerlendirilen bir çalışmada ilişkilerde mutluluk envanteri için ortalama puan dikkate alındığında akraba evliliği yapanlarda akraba evliliği yapmayanlarla ortalama puan benzerdir (96). Ancak akraba evliliği ve suicidal girişim birlikteliği ve ilişkisiyle alakalı çalışma sayısı azdır.

Çalışmamızda alkol ve uyuşturucu kullananların ve ailesinde alkol ve uyuşturucu kullanımı öyküsü olanların daha önce intihar girişiminde bulunma oranı kullanmayanlara göre literatürle uyumlu daha yüksek tespit edildi. Eskin'in Amerika'da yaptığı bir çalışmada alkolik kişilerdeki intihar hızının, alkolik olmayanlara göre 10 kat fazla olduğu bulunmuştur. İntiharda ise alkolizm oranı yaklaşık %2 civarındadır. Aynı toplumdaki eroin bağımlıları da intihar açısından normal popülasyona göre 20 kez daha fazla risk altındadır(97).

Literatür incelendiğinde Chehil ve ark. çalışmasında aile bireylerinde tamamlanmış intihar ve psikiyatrik hastalık öyküsü intihar riskini ayrı ayrı artıran faktörlerdendir(98). Ancak çalışmamızda ailede ruhsal hastalık tanısı olanlarda daha önce intihar girişiminde bulunma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmedi. Aile üyelerinde intihar öyküsü araştırma verilerimiz içinde mevcut değildi. Bu çalışmamızın geliştirilmesi gereken kısımlarından biridir.

Çalışmamızda hastaların yoğun bakımda yattığı gün ortalaması $2,4 \pm 0,9$ olarak tespit edildi. Bununla birlikte daha önce intihar girişiminde bulunanların yoğun bakımda yattığı gün sayısı anlamlı olarak daha yüksek tespit edildi. Bu durum intihar girişimi öyküsü olan vakaların daha ciddi klinik tabloya sebep olan ilaç içimi ile tekrar başvurdıklarını düşündürebilir.

Çalışmamızda en yüksek intihar sayısı kış ve sonbahar mevsimlerinde iken en düşük intihar sayısı yaz ve ilkbahar mevsimlerinde bulundu. Kastamonu'da yapılan bir çalışmada, intiharların %32'sinin yaz, %25'inin sonbahar, %24'ünün ilkbahar ve %19'unun kış mevsiminde meydana geldiği tespit edilmiştir(99). Sıcaklık artışıyla şiddete eğilimin arttığını bildiren çalışmalar vardır (100-102). Çalışmamız sonucunda

ıkan mevsimsel farklılığın sebebi anketleri hastalara uygulama zamanımızla ve anketlerin gnlllk esasıyla doldurulmasıyla alakalı olabilir.

Çalışma verileri ile intihar sayısı ve BDE skoru arasındaki korelasyon analizine göre intihar sayısı ile toplam gelir, yoğun bakımdaki gün sayısı, yaş arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki ve BDE Skoru arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Gözlemsel bir çalışma olması nedeniyle araştırma sonucu elde edilen veriler sınırlıdır. Tek merkezli yapılan bu çalışmanın belirli bir bölgede yaşayan popülasyon üzerinden yapılması toplum geneline yansıtılması açısından kısıtlılık göstermektedir. Çalışmaya katılımda gnlllk esasının olması çalışmayı kısıtlamaktadır.

6. SONUÇ

Suicidal girişim sebebiyle acil servise başvuran bütün hastaların başta depresyon olmak üzere, psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Suicidal girişimde bulunan hastaların rutin bir uygulama olarak BDE ve/veya benzeri bir ölçme aracıyla depresyon riski açısından değerlendirilmesi ve riskli değerlendirilen olguların ise anında ve tekrarlı psikiyatri konsültasyonu ile yineleyen girişimlerin önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Günümüzde acil servis başvuruları arasında ciddi yer tutan ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan suicidal girişimlerin azaltılma ve önleme çalışmaları sadece bazı kurum, kuruluş veya kişilerce yürütülmesi yeterli görünmemektedir. Olaya daha geniş, bütüncül ve toplumsal açıdan bakılması gerekmektedir. Çalışmalar sağlık bakanlığınca koordine edilerek, aile, sivil toplum örgütleri, okul, işyeri ve ilgili kuruluşlar düzeyinde, planlı bir şekilde yürütülmelidir.

Tüm dünyada da önemli bir sağlık sorunu olan intiharlar; tedavi masrafları açısından da yüksek maliyetlere sebebiyet verebilir. Bu sebeple koruyucu hekimliğin ön plana çıkarılması ve koruyucu sağlık politikalarının oluşturulması gerekmektedir. Hızlı ve doğru tedavi sonucunda hastaya yapılacak olan sağlık harcamalarının dahi azalabileceğini düşünüyoruz.

Koruyucu hekimliğin yeterli olmadığı fiile dökülmüş suicidal girişimlerde acil serviste uygulanan tedaviler ve bu tedavinin devamında toksikoloji yoğun bakım ünitelerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Hastaların ilk başvurusunda yapılacak olan kritik müdahaleler acil tıp hekimliğinin önemini ortaya koymaktadır. Hastaların surveyi açısından acil servislerle entegre toksikoloji merkezlerinin sayısının artırılması; bu alanda uzmanlaşmış acil hekimlerinin koordinasyonu ile yapılacak erken ve yerinde müdahalelerle mortalite ve morbiditenin azaltılabileceğine inanıyoruz. Mevcut durumun ve ihtiyacın ciddiyetinin ortaya konması açısından ülkemizde benzer çalışmaların farklı illerde ve çok merkezli çalışmalar şeklinde yapılmasını öneririz.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 24.05.2024)
2. Özcan Güzgün D., Yılmaz F. E., Mandan S., Şayan D., Toptaş B., Demiroğlu E., et al. Okulda İntihara Müdahale Kılavuzu. Kriz Danışmanlığı 3. Baskı Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2019.
3. Apaydın H., Özdemir Ş., Ünal A. Z., İntihar girişiminde bulunan bireylerde bazı değişkenlerle intihar girişimi ilişkisi. Amasya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2016(6):7-46.
4. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709> (Erişim tarihi: 14.07.2024)
5. Özcan T., Tosun A., İnanc G., Yendur G., Özbek E., Can D., et al., Hastanemize başvuran zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. 2002.
6. Owen Korkut F. Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma. 6 ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2020. 456 p.
7. Sayıl I., Berksun O., Palabıyıkoglu R., Özgüven H., Soykan Ç., Haran S., İntihar Davranışı: Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. 2000;6:165-8.
8. Suicide prevention. https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 24.05.2024)
9. World Health Statistics. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (Erişim tarihi: 10.03.2025)
10. Suicide worldwide in 2019. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643> (Erişim tarihi: 24.05.2024)
11. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A., Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry. 2006;47(3-4):372-94.
12. Özgüven H. D., Soykan Ç., Haran S., İntihar girişimlerinde sorun alanlar ve tetikleyiciler. Kriz Dergisi. 2003;11(1):13-24.
13. Yeates C., Thompson C., Suicidal behavior in elders. The Psychiatric clinics of North America. 2008;31(2):333.
14. Waern M., Rubenowitz E., Wilhelmson K., Predictors of suicide in the old elderly. Gerontology. 2003;49(5):328-34.
15. Yıldırım E., Öztürk M., 2009-2018 arasında Türkiye'de intihar hızı ve ilişkili özellikler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2021;35(1):23-32.
16. Pavia M., Nicotera G., Scaramuzza G., Angelillo I. F., Group T. C., Suicide mortality in Southern Italy: 1998–2002. Psychiatry research. 2005;134(3):275-9.
17. <http://www.emedicine.com/emerg/topic129.html> (Erişim tarihi: 27.05.2024)
18. Beautrais A. L., Women and suicidal behavior. Hogrefe & Huber Publishers; 2006. p. 153-6.
19. Turecki G., Brent D. A., Suicide and suicidal behaviour. The Lancet. 2016;387(10024):1227-39.
20. Batıgün A. D., İntihar olasılığı ve cinsiyet: İletişim becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri, yalnızlık ve umutsuzluk açısından bir inceleme. Türk Psikoloji Dergisi. 2008;23(62):65-75.

21. Sayar M. K., Öztürk M., Acar B., Aşırı dozda ilaç alımıyla intihar girişiminde bulunan ergenlerde psikolojik etkenler. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2000;10(3):133-8.
22. Denney J. T., Rogers R. G., Krueger P. M., Wadsworth T., Adult suicide mortality in the United States: marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex. Social science quarterly. 2009;90(5):1167-85.
23. Smith J. C., Mercy J. A., Conn J. M., Marital status and the risk of suicide. American journal of public health. 1988;78(1):78-80.
24. Kposowa A. J., Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. Journal of Epidemiology & Community Health. 2000;54(4):254-61.
25. Qin P., Agerbo E., Mortensen P. B., Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. American journal of psychiatry. 2003;160(4):765-72.
26. Yüksel N., intiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4(Supp: 2):5-15.
27. Asoğlu M., Şanlıurfada intihar girişimlerinin ilişkili olduğu risk faktörleri. 2007.
28. Sayıl I., İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. Psikiyatrik Epidemiyoloji, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir. 2002(s 118).
29. Kaplan S. B., Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry Lippincott Williams & Wilkins. Eig hth edition (November 15, 2004). 2005.
30. Deveci A., Aydemir Ö., Mızrak S., İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. Kriz Dergisi. 2005;13(1):1-9.
31. Sayıl I., Akbıyık D., Türkiye'de İntihar Olgusu Bibliyografya III. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. 2000.
32. Nordt C., Warnke I., Seifritz E., Kawohl W., Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. The Lancet Psychiatry. 2015;2(3):239-45.
33. Welch S. S., A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatric services. 2001;52(3):368-75.
34. Moradi A., Zardkhaneh A., Chraghi F., Foladvand K., The effect of family structure and social support in student suicide. Fam Stud. 2009;5:487-502.
35. Bunney W., Kleinman A., Pellmar T., Goldsmith S., Reducing suicide: A national imperative. 2002.
36. Qin P., Agerbo E., Mortensen P. B., Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. The Lancet. 2002;360(9340):1126-30.
37. Skegg K., Self-harm. The Lancet. 2005;366(9495):1471-83.
38. Özşahin A., Doruk A. İntihar. In: Köroğlu E, Güleç C, editors. Psikiyatri Temel Kitabı Baskı Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
39. Arkun N. İntiharın psikodinamikleri: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi; 1978.
40. Stack S., Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2000;30(2):145-62.

41. Kirmayer L. J., Malus M., Boothroyd L. J., Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996;94(1):8-17.
42. Sayar K., editor İntihar ve inanç sistemleri. Yeni symposium; 2002.
43. Doshi A., Boudreaux E. D., Wang N., Pelletier A. J., Camargo Jr C. A., National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Annals of emergency medicine*. 2005;46(4):369-75.
44. Akgöl Gür S. T., Acil servise intihar girişimi nedeni ile yapılan başvuruların demografik ve klinik özellikleri. *Uzmanlık Tezi*, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum. 2012.
45. Kim C. D., Lesage A. D., Seguin M., Chawky N., Vanier C., Lipp O., et al., Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers. *Comprehensive psychiatry*. 2004;45(5):333-9.
46. Brown S. L., Nesse R. M., Vinokur A. D., Smith D. M., Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychological science*. 2003;14(4):320-7.
47. Gürkan B., Dirik G., Üniversite öğrencilerinde intihar düşünce ve davranışları ile ilişkili faktörler: Yaşamı sürdürme nedenleri ve baş etme yolları. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2009;12(24):58-69.
48. Tatlıhoğlu K., Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu: sosyal psikolojik bir değerlendirme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;12(2):133-56.
49. Özalp E., İntihar Davranışının Genetiği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2009;20(1).
50. Özgüven H. D., Soykan Ç., Haran S., Gençöz T., İntihar Girişiminde Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2003.
51. Bertolote J. M., Fleischmann A., Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*. 2002;1(3):181.
52. Crona L., Stenmarker M., Öjehagen A., Hallberg U., Brådvik L., Taking care of oneself by regaining control-a key to continue living four to five decades after a suicide attempt in severe depression. *BMC psychiatry*. 2017;17:1-10.
53. Bachmann S., Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(7):1425.
54. Atay İ. M., Gündoğar D., İNTİHAR DAVRANIŞINDA RİSK FAKTÖRLERİ: BİR GÖZDEN GEÇİRME. *Kriz dergisi*. 2004;12(3):39-52.
55. Köroğlu E., Psikiyatri Temel Kitabı 1. cilt. Hekimler Yayın Birliği. 1997:389-428.
56. Pfeffer C. R., Hurt S. W., Kakuma T., Peskin J. R., Siefker C. A., Nagabhairava S., Suicidal children grow up: suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994;33(2):225-30.
57. Öztürk M. O., Uluşahin N. A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008.
58. Mérelle S., Foppen E., Gilissen R., Mokkenstorm J., Cluitmans R., Van Ballegooijen W., Characteristics associated with non-disclosure of suicidal ideation in adults. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(5):943.

59. Edition F., Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21(21):591-643.
60. Tolentino J. C., Schmidt S. L., DSM-5 criteria and depression severity: implications for clinical practice. *Frontiers in psychiatry*. 2018;9:450.
61. Barbeito S., Vega P., Sánchez-Gutiérrez T., Becerra J. A., Gonzalez-Pinto A., Calvo A., A systematic review of suicide and suicide attempts in adolescents with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 2021;235:80-90.
62. Uçan Ö. Türkiye'de İntihar Konu Alan Yayınlar Üzerine bir Bibliyografya Çalışması: Ankara Üniversitesi (Turkey); 2006.
63. Tintinalli J. E. Section 15: Toxicology. *Tintinalli's Emergency Medicine* 8. Baskı.
64. Walls R., Hockberger R., Gausche-Hill M. *Rosen's emergency medicine-concepts and clinical practice*: Elsevier Health Sciences; 2017.
65. Tintinalli J. E. *Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide*: Mcgraw-Hill Education; 2015.
66. Anderson D. Poisoning and Drug Overdose. *Harrison's Principles of Internal Medicine* Baskı 2005.
67. Kıyan S., Özseraç M., Ersel M., Yürüktümen A., Karahallı E., Özçete E., et al., Akut zehirlenme hastalarının iki yıllık değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2009;9(1):024-30.
68. Satar S. *Acilde Klinik Toksikoloji*. Adana: Adana Nobel Tıp Kitabevi; 2009.
69. Vural N., *Toksikoloji*. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları. 2005;73(381):504-20.
70. Serinken M., Yanturalı S., Acil serviste intihar amaçlı zehirlenmelerin geriye dönük analizi. *The Turkish Journal of Toxicology*. 2003;1:15-9.
71. Gil H.-W., Kim S.-J., Yang J.-O., Lee E.-Y., Hong S.-Y., Clinical outcome of hemoperfusion in poisoned patients. *Blood purification*. 2010;30(2):84-8.
72. Kıhtır H. S., Yıldırım H. M., Yeşilbaş O., Duramaz B. B., Şevketoğlu E., Altı aylık bir hastada ciddi fenobarbital zehirlenmesinde tek geçiş albümin diyalizi uygulaması. *Türk Pediatri Arşivi*. 2016;51(4).
73. Katzung B. G. *Katzung's Basic and Clinical Pharmacology*: McGraw-Hill Education; 2017.
74. Arslan G., Tural K., Özyurt Y., Süslü H., Kuzucuoğlu T., İntoksikasyonlara güncel yaklaşım. *Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;18(2):101-7.
75. Hisli N., Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
76. Liisanantti J. H., Ohtonen P., Kiviniemi O., Laurila J. J., Ala-Kokko T. I., Risk factors for prolonged intensive care unit stay and hospital mortality in acute drug-poisoned patients: an evaluation of the physiologic and laboratory parameters on admission. *Journal of critical care*. 2011;26(2):160-5.
77. Koylu R., Dundar Z. D., Koylu O., Akinci E., Akilli N. B., Gonen M. O., et al., The experiences in a toxicology unit: a review of 623 cases. *Journal of clinical medicine research*. 2013;6(1):59.
78. Acar A. Acil servise gelen intihar vakalarının sosyodemografik açıdan incelenmesi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2009.

79. Tel H., Uzun S., intihar giri imi ile acil servise ba vuran hastaların sosyal destek ve stresle ba etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:151-8.
80. Gökhan Ş. Özkıyım nedeni ile acil servise başvuran olguların demografik verilerinin özkıyım yöntemlerine göre değerlendirilmesi: Diyarbakır; 2008.
81. Lee H.-L., Lin H.-J., Yeh S. T.-Y., Chi C.-H., Guo H.-R., Presentations of patients of poisoning and predictors of poisoning-related fatality: findings from a hospital-based prospective study. *BMC Public health*. 2008;8:1-9.
82. Kubali Z. Ankara ilinde bir kamu hastanesi acil bölümünde intihar girişim vakalarının incelenmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
83. Gökçen C., Köylü R., Acil Servisten İntihar Girişimi Nedeniyle Psikososyal Destek Birimine Yönlendirilen 18 Yas Altı Olguların Değerlendirilmesi/Evaluation of Cases Under 18 Years Admitted for Attempted Suicide to the Emergency Service and Transferred to the Psychosocial Support Unit. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*. 2011;10(1):18.
84. Söyüncü S., Berk Y., editors. Kimler İntihar Girişiminde Bulunuyor? Bir Âcil Servisin Deneyimleri. *Yeni Symposium*; 2010.
85. Dağlı R., Kocaoğlu N., Bayır H., Hakkı M., Erbesler Z. A., Kahraman M., et al., Yoğun bakım servisimizdeki intoksikasyon vakalarının incelenmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2016;3(1):17-20.
86. Yeşil O., Akoğlu H., Onur Ö., Güneysel Ö., Acil Servise Başvuran Zehirlenme Olgularının Geriye Dönük Analizi. *Marmara medical journal*. 2008;21(1):26-32.
87. Kavalcı C., Durukan P., Çevik Y., Mehmet Ö., Zehirlenme olgularının analizi: Yeni bir hastanenin bir yıllık deneyimi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 2006;6(4):163-6.
88. KARCIOĞLU Ö., AYRIK C., TOMRUK Ö., TOPAÇOĞLU H., KELEŞ A., Acil serviste yetişkin zehirlenme olgularının geriye dönük analizi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi (Journal of Experimental and Clinical Medicine)*. 2000;17(3):156-62.
89. Dal O., Kavak H., Akay S., Ünlüer E. E., Aksay E., ACİL SERVİSE BAŞVURAN ZEHİRLENME OLGULARININ GERİYE DÖNÜK İNCELEMESİ. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2013;3(1):22-7.
90. Kaygusuz K., Gürsoy S., Kılıçcıoğlu F., Özdemirkol İ., Mimaroglu C., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitesinde 1998-2004 yılları arasında akut ilaç zehirlenmesi tanısı ile takip edilen olguların geriye dönük analizi. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;26(4):161-5.
91. Varol A. G., Başkent Üniversitesi Ankara hastanesi'ne 1998-2006 yılları arasında başvuran istemli erişkin zehirlenmelerinin değerlendirilmesi. 2009.
92. Ayaz T., İntihar amaçlı ilaç zehirlenmelerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*. 2015;7(1):53-6.
93. Totoz T., Türk H. Ş., Sayın P., Çınar S., Yıldırım Ç., Oba S., Yoğun bakım ünitemizdeki intoksikasyon olgularının geriye dönük incelenmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*. 2013;47(2):63-6.
94. Öztürk M., Köylü R., Köylü Ö., Öztürk E. N. Y., İntihar girişimi nedeniyle takip edilen hastaların sosyodemografik özellikleri, laboratuvar bulguları ve tıbbi durumları ile depresyon skorunun değerlendirilmesi. *Medical Records*. 2020;2(3):70-5.

95. Yalvaç H. D., Kaya B., ÜNAL S., Socio-Demographic Characteristics of Suicidal Individuals Living in Malatya. *Turkish J Clin Psy.* 2014;17(1):18-27.
96. İnandı T., Savaş N., Arslan E., Yeniçeri A., Erdem M., Durmaz E., et al., Hatay'da akraba evliliği sıklığı, nedenleri, çocuk sağlığı, ilişkilerde mutluluk ve yaşam doyumu. *Turkish Journal of Public Health.* 2016;14(1):43-55.
97. Eskin M. İntihar:(açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme): HYB Yayıncılık; 2012.
98. Chehil S., Kutcher S. P. Suicide risk management: A manual for health professionals: John Wiley & Sons; 2012.
99. Şevik A. E., Özcan H., Uysal E., İntihar girişimlerinin incelenmesi: risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri.* 2012;15(4):218-25.
100. Rotton J., Cohn E. G., Temperature, routine activities, and domestic violence: A reanalysis. *Violence and Victims.* 2001;16(2):203.
101. Schinasi L. H., Hamra G. B., A time series analysis of associations between daily temperature and crime events in Philadelphia, Pennsylvania. *Journal of urban health.* 2017;94(6):892-900.
102. Bilgin U., Ökmen F., Aktaş E. Ö., Şenol E., Şen F., İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığında 2004-2007 yılları arasında kesici-delici alet ile meydana gelen adli otopsi olguları. *Ege Tıp Dergisi.* 2011;50(1):13-8.