

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

**ELAZIĞ'DA İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE ACİL SERVİSE  
BAŞVURAN HASTALARIN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
Dr. Mehmet Çağrı GÖKTEKİN**

**TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç Dr. Mustafa YILDIZ**

**ELAZIĞ  
2013**

## DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

\_\_\_\_\_  
Yrd. Doç. Dr. Mehtap GÜRGER  
**Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanı**

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç Dr. Mustafa YILDIZ  
**Danışman**

\_\_\_\_\_

### Uzmanlık Tezi Değerlendirme Jüri Üyeleri

..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_  
..... \_\_\_\_\_

## TEŞEKKÜR

Gerek asistanlık eğitimim süresince, gerekse tezimin her aşamasında birikim ve desteklerini esirgemeyen, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Mustafa YILDIZ'a,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım Dr. Mehmet Nuri BOZDEMİR'e ve Yrd. Doç. Dr. Mehtap GÜRGER'e

İhtisasım süresince bir ekip zihniyeti ile birlikte çalıştığım tüm acil tıp araştırma görevlisi arkadaşlarıma, acil servis hemşireleri, acil tıp teknisyenleri ve diğer tüm acil servis personeline,

Bugünlere gelmemi sağlayan, sonsuz emeklerini ve sevgilerini benden esirgemeyen sevgili anne ve babama, tezimin yazımı sırasında yoğunluğuna rağmen yardımını esirgemeyen eşim Esra GÖKTEKİN'e

...teşekkürlerimi sunuyorum.

## ÖZET

Çalışmamızda acil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların demografik, klinik özelliklerinin ve risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu konularda koruyucu ve önleyici yaklaşımlar geliştirmek amaçlanmıştır.

Şubat 2012 - Kasım 2012 tarihleri arasında Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi Acil servisine intihar girişimi sonrasında başvuran 144 hasta çalışmaya dâhil edildi. Araştırma grubunun verilerine prospektif olarak ve önceden hazırlanan anket formu hasta ve hasta yakınları ile birebir görüşülüp kayıt altına alınarak ulaşıldı.

Hastaların %67,4'ü kadın, %32,6'sı erkek, yaş ortalaması 28,26±9,4'dü. Hastaların %56,3'ü bekâr, %36,1'i evliydi. İntihar şekline göre yaş gruplarının dağılımı incelendiğinde ilaç alımı ve kesici delici alet en sık 15-24 yaş grubunda, inhalasyon en sık 35-44 yaş grubunda ve tarım ilacı 35-44 ve >65 yaş grubunda toplam iki vakada görülmüş ve 65 yaş üstünde tek hasta olması ve tarım ilacı olması dikkat çekiciydi. İntihar şekline göre yaş gruplarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. (p<0,05) Hastaların %23,6'sının daha önce intihar öyküsü olmakla beraber intihar şekli olarak en sık ilaç alımı (%86,8) sonrasında acil servise başvurmuşlardır. İntihar amaçlı %20,9 ile en sık antidepresan grubu ilaç tercih edilmiştir.

Hastaların %36,7'si şifa ile taburcu, %43,1'i yatış yapıldığı, %9,7'si tedaviyi red ettiği, %4,9'unun acili izinsiz terk ettiği, %4,9'unun başka bir merkeze sevk edildiği, %0,7'sinin öldüğü tespit edildi.

Sonuç olarak bizim bölgemizde genç yaş, bayanlar ve ilaç alımı ile intihar girişimi daha sıktı. Fakat ölümle sonuçlanan intihar girişimi oranının düşük olması bölgemizin sosyokültürel durumu ve inançlara olan bağlılığından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, acil servis.

**ABSTRACT**  
**EVALUATION OF SUICIDE ATTEMPT PATIENTS ADMITTED**  
**TO EMERGENCY UNIT IN ELAZIG**

The purpose of this study was to investigate the demographic characteristics, clinical features and risk factors of the suicide attempt patients who admitted to emergency unit and to improve preservative and prevention approaches.

The study conducted between February 2012 and November 2012 in Firat University Hospital emergency unit and included 144 suicide attempt patients. Data were collected and recorded prospectively with a questionnaire form and face to face talk with patients and their relatives in study group.

In study, patients were composed 67.4% female and 32.6% male with a mean age of  $28.26 \pm 9.4$ . 56.3% of patients were single and 36.1% were married. Drug overdose and cutting-penetrating injuries were most frequently seen in ages between 15-24 and inhalation injuries in ages between 35-44. Pesticide ingestion was seen in two patients; one in 35-44 age group and one in >65 age group. Only one patient older than 65-years-old attempted to suicide and used pesticide. There was no significant difference among age groups according to suicide attempt type ( $p < 0.05$ ). 23.6% of patients had a history of previous suicide attempt and the most frequent type of suicide attempt was drug overdose (86.8%). Antidepressants were the most preferred drugs for suicide attempts (20.9%).

In study patients were composed 36.7% discharged from emergency unit, 43.1% were hospitalized, 9.7% were refused treatment, 4.9% were leaved emergency unit without permission, 4.9% were dispatched to another hospital and 0.7% were dead.

As a result, suicide attempt has been often observed on young ages, females and the drug intake method in our region. However; The rate of suicide attempt resulting in the death was observed low. We think that this low rate result from sociocultural state and dependence on belief of our region.

**Keywords:** Suicide, emergency department.

## İÇİNDEKİLER

<b>BAŞLIK SAYFASI</b>	<b>i</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	<b>ii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>vi</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>viii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b>	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR LİSTESİ</b>	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. İntiharın Tanımı	1
2.2. İntihar Epidemiyolojisi	2
2.3. İntihar Psikolojisi	2
2.4. Sınıflandırma	4
2.5. İntiharın Belirleyicileri	4
2.5.1. Cinsiyet ve Yaş	4
2.5.2. İntiharda Kültürel Faktörler	6
2.5.3. Yaşam Olayları ve Sosyal Destek	6
2.6. İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntemler	7
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>9</b>
<b>3. BULGULAR</b>	<b>10</b>
3.1. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları	10
3.2. Hastaların Eğitim Durumu	12
3.3. Hastaların Medeni Durumları	12
3.4. Hastaların Meslek Grup Dağılımı	13
3.5. Hastaların Son Bir Yıl İçindeki İkametgahları	14
3.6. İntihar Girişiminin Nedeni	15
3.6. İntihar Vakalarının Oluştığı Yer	15
3.7. Daha Önceki İntihar Girişimleri	15

3.8. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı	16
3.9. Hastaların Sosyoekonomik Durumu	17
3.10. Hastaların Başvurduğu İntihar Yöntemleri	18
3.11. İntihar Girişiminde Bulunan Hastaların Aldıkları İlaçların Etken Grup Dağılımı	19
3.12. İntihar Vakalarının Ailesel Özellikleri	20
3.12.1. Hastaların Ailesinde İntihar Girişiminde Bulunanların Dağılımı	20
3.12.2. Hastaların Ailesinde Madde Bağımlılığı Olanların Dağılımı	20
3.12.3. Hastaların Ailesinde Son Bir Yıl İçinde Birey Ölümü Durumu	20
3.13. İntihar Vakalarının Son Bir Yıl İçinde Maddi Durum Değişikliği	21
3.14. İntihar Vakalarına İstenen Konsültasyonların Dağılımı	21
3.15. Hastaların Son Durum Dağılımları	21
<b>4. TARTIŞMA</b>	<b>23</b>
<b>5. KAYNAKLAR</b>	<b>29</b>
<b>6. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>37</b>

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Psikiyatrik hastalıklarda intihar girişim sıklığının sıralaması	3
<b>Tablo 2.</b>	İntihar için risk faktörleri: Sosyodemografik farklılıklar	5
<b>Tablo 3.</b>	İntiharın klinik belirleyicileri	5
<b>Tablo 4.</b>	Hastaların cinsiyetlerine göre oranları ve yaş ortalamaları	10
<b>Tablo 5.</b>	Cinsiyetin bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizi	11
<b>Tablo 6.</b>	İntihar vakalarının yaş gruplarına göre sınıflandırılması	11
<b>Tablo 7.</b>	İntihar şekline göre yaş gruplarının dağılımı	11
<b>Tablo 8.</b>	Yaşın bağımlı değişken olarak alındığı regresyon analizi	12
<b>Tablo 9.</b>	İntihar vakalarının eğitim durumu	12
<b>Tablo 10.</b>	İntihar vakalarının medeni durumları	12
<b>Tablo 11.</b>	Hastaların cinsiyetleri ile medeni durumları arasındaki ilişki	13
<b>Tablo 12.</b>	Hastaların meslek grup dağılımı	13
<b>Tablo 13.</b>	İntihar şekline göre mesleklerin dağılımı	14
<b>Tablo 14.</b>	İntihar vakalarının son bir yıl içindeki ikametgahları	14
<b>Tablo 15.</b>	İntihar girişiminin nedeni	15
<b>Tablo 16.</b>	İntihar vakalarının oluştuğu yer	15
<b>Tablo 17.</b>	İntihar vakalarının sigara bağımlılığı	16
<b>Tablo 18.</b>	Uyuşturucu madde kullanımının bağımlı değişken olduğu lojistik regresyon	17
<b>Tablo 19.</b>	İntihar vakalarının sosyoekonomik durumu	17
<b>Tablo 20.</b>	Sosyoekonomik durumun bağımlı değişken olarak alındığı regresyon analizi	18
<b>Tablo 21.</b>	İntihar şekline göre hasta dağılımı	18
<b>Tablo 22.</b>	İlaç alımı ile intihar girişiminde bulunan hastaların aldıkları ilaçların etken grup dağılımı	19
<b>Tablo 23.</b>	Ailesinde intihar girişiminde bulunanlar bağımlı değişken olduğu lojistik regresyon	20
<b>Tablo 24.</b>	İntihar vakalarına istenen konsültasyonların dağılımı	21
<b>Tablo 25.</b>	Hastaların son durum dağılımları	21

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Nedene Göre İntihar Oranları; Türkiye 2010	6
<b>Şekil 2.</b> Şekline Göre İntihar Oranı; Türkiye 2010	7
<b>Şekil 3.</b> Cinsiyete göre intihar vakalarının dağılımı	10
<b>Şekil 4.</b> Daha önceki intihar girişimleri	16
<b>Şekil 5.</b> İntihar şekline göre hasta dağılımı	19
<b>Şekil 6.</b> Hastaların Son Durum Dağılımları	22

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>%95 CI</b>	%95 güven aralıkları
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AİGÖ</b>	Ailede intihar girişim öyküsü
<b>DİE</b>	Devlet İstatistik Enstitüsü
<b>DÖİG</b>	Daha önceki intihar girişimi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EAY</b>	Eşinden ayrı yaşıyor
<b>FÜTF</b>	Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
<b>MD</b>	Majör depresyon
<b>MDD</b>	Maddi durum değişikliği
<b>OR</b>	Odds oranı
<b>SED</b>	Sosyoekonomik durum
<b>UMK</b>	Uyuşturucu madde kullanımı

## 1. GİRİŞ

İntihar istemli olarak ölüm amaçlı, kişinin kendi kendine zarar vermesidir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1974 yılında yaptığı tanımlamaya göre; amacının bilincinde olan kişinin, farklı derecelerde ölümcül maksatlı kendine zarar vermesidir. Delmas intiharı, bir insanın her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşır yaşam ile ölüm arasında seçim yapma ihtiyacı duyup, ölümü tercih ederek kendine zarar vermesi olarak tanımlar (3, 4). İntihar düşüncesi veya girişimi nedeniyle acil servise yapılan başvurularla sıklıkla karşılaşılmaktadır (5). Günlük pratikte suisid, intihar vb terimler intihar anlamında kullanılmaktadır (6). İntihar düşünceleri duygusal karmaşa sırasında olur, genellikle ölüm ile sonuçlanmaz ve zarar verme aşamasında kalır (7, 8).

Dünya Sağlık Örgütü intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak ele almış, ölümcül olmayan tüm olayları girişim olarak değerlendirmiştir (9). İntihar girişimi yapan kişi gerçekten ölme arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dışa vurabilmek, yardım isteyebilmek veya sekonder kazanç elde etmek için de gerçekleştirilmiş olabilir (10, 11).

### 1.1. İntiharın Tanımı

İntiharla ilgili birçok tanımlama mevcuttur. İntihar düşüncesi olup, bunu denemeyenler için parasuisid terimi kullanılmaktadır. Bazı kişiler kendine karşı tekrarlayıcı zarar verici (diabetik hastanın sürekli şeker tüketmesi gibi) davranışlarda bulunurlar, bu durum kronik suisidal davranış olarak adlandırılır (6, 7, 12). Sessiz suisid olarak adlandırılan bir diğer tanımlama ise sıkça yaşlılarda görülen şiddet unsuru olmadan kişinin tedavisine uymama ya da açlık grevi şeklindeki yavaş yavaş kendini öldürme eylemidir (13). Farklı bir durum da gizli suisid olarak adlandırılan kişinin kendine verdiği zararı kaza olarak yansıtma durumudur (6).

İntihar girişimi, risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasındaki dengenin bozulması ile oluşur. İntihar düşüncesinde belirginleşme, risk faktörlerinde artma ve koruyucu faktörlerde azalma ile meydana gelir (5). İntiharın engellenmesi, intihar niyetinin erken tespiti ve müdahalesi ile olur (14).

İntihar planlayan kişinin yönetime son anda karar vermesi, gecikilmiş olgulara müdahaleyi engeller. Ölümle sonuçlanan intiharların çoğunda hastaların

özgeçmişinde intihar girişimi mevcuttur ve bu tekrarlayan girişimlerle en sık ilk üç ayda karşılaşılır (15).

İntihar eyleminde ölüm; kişinin ölüm niyetinin ciddiyetine, eylemin verebileceği zararın derecesine ve yöntemin ne kadar sürede ölüme yol açabileceğine göre değişir. Ateşli silah yaralanmaları, karbon monoksit zehirlenmeleri, ası, yüksekten atlama ve hareket halindeki bir aracın önüne atlama ölüm riski yüksek olan yöntemlerdir (13). Zehirlenmeler ve bilek kesileri gibi methodla olan intihar girişimleri tedavileri için zaman kazandıran yöntemleridir (5).

İntiharın ölümlle sonuçlanmadığı durumlarda, aile bireylerini içeren tehdit edici bir olay olmasının yanında; girişiminde bulunan kişiyi ve yakın çevresini de etkileyen bir olaydır. İntihargirişimde bulunan kişi olaydan sonra yas, utanma, suçluluk duyguları ile mücadele eder. Bu nedenle girişimde bulunan hastalar acil psikiyatrik destek almalı ve bu desteğe en az altı ay devam edilmelidir (5).

## **2.2. İntihar Epidemiyolojisi**

Her yıl bir milyondan fazla kişi intihar girişiminde bulunur, bu da dünya toplam ölüm oranının %1-2'sini oluşturur. Özellikle genç erişkinlerde intihar en sık ölüm nedenlerinden biridir (5). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre ülkemizde intiharlar vakalarında yavaş ama sürekli bir artış olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen ve ülkemizi de kapsayan çok merkezli bir araştırmada intihar girişiminde bulunan bireyleri çoğunlukla genç, stresli yaşam koşulları olan ve ekonomik olarak bağımlı kadınlar oluşturmaktadır (16).

## **2.3. İntihar Psikolojisi**

Freud'a göre depresyon; kendi kendine zarar verici davranışlar ile sevilen bir objenin kaybı veya reddedilmesi sonucu oluşturulan saldırgan davranışları temsil eder (5). Bunun yanında kişinin başkalarıyla olan ilişkilerine karşı tepkilerinin yansımaları da olabilir. Gelişimsel ve uyumla ilgili problemlerin oluşturduğu olumsuz iç döngü depresyon, umutsuzluk, şiddet, anksiyete, utanma ve suçluluk duygularına neden olur. Bu duyguların yarattığı psikolojik yıkımda intihar davranışlarının özünde bulunur (2, 17, 18).

Karl Menninger "Man Against Himself" adlı eserinde intiharı, bireyin başkalarına duyduğu öfkenin kendisine yöneltilmesi sonucu oluşan kendini öldürme isteği olarak tanımlar. Kişi başkalarına karşı olan agresyonunu kendine çevirerek

kendini cezalandırır. Menninger'e göre İntihar girişiminde bulunan kişi üç temel güdüyle hareket eder (1);

- 1)Öldürme İsteği: Kızgınlık ve öfke duygularıyla kişi öldürme isteği duyar.
- 2)Öldürülme İsteği: Öfkesini kendisine yönlendirmesinin sonucunda öldürülme isteği duyar.
- 3)Ölme İsteği: Tüm bu duygulardan dolayı ölmeyi ister.

İntihar, stresli yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilmektedir (10). Başarılı intihar girişiminde bulunanların yaklaşık %95'inde bir psikiyatrik tanı mevcut olup, bazı tanı gruplarında da sıklıktaki artış dikkati çekmektedir (Tablo 1) (2). Örneğin, unipolar ya da major depresyonda (MD) yaşam boyu %10-15 oranında intihar riski mevcuttur (19).

**Tablo 1.** Psikiyatrik hastalıklarda intihar girişim sıklığının sıralaması

İntihar Riski Yüksek Olan Psikiyatrik Hastalıklar
Öncesinde intihar girişimi
Anoreksia nevroza
Majör depresyon
Duygudurum bozuklukları
Reaktif psikoz
Bipolar bozukluk
Distimi
Şizofreni
Anksiyete bozuklukları
Kişilik bozuklukları
Madde bağımlılığı

İntihar girişiminde kişinin ahlaki eğilimi kilit noktadadır. Ahlaki eğilim, kişinin yaşadığı toplumdaki değeri gösterir. Kişinin toplumla ilişkisini bozan olaylar intiharla sonuçlanabilir (20).

İntihar niyeti ile girişimi arasında belli bir zaman aralığı bulunmaktadır. Bazı bireylerde girişim hiç olmadığı halde sürekli ya da zaman zaman ortaya çıkan intihar niyeti varken, bazılarının eylemden uzun zaman önce planlaryaptıkları, kimilerinin ise herhangi bir plan yapmadan dürtüsel biçimde girişimde buldukları bildirilmektedir (21).

## 2.4. Sınıflandırma

İntihar girişiminde bulunan kişiler üç grupta sınıflandırılabilir: ılımlı tip, şiddetli tip ve karışık tip (7).

**İlmlı tip:** Şiddet içermeyen yöntemlerle hafif fiziksel yaralanmalara yol açacak intihar girişiminde bulunan kişilerdir.

**Şiddetli tip:** Zor yöntemlerle ciddi fiziksel hasara neden olan kişilerdir. Genellikle ileri yaşta (genelde >40 yaş), evsiz, intihar girişimi öyküsü olan, depresif, ilaç bağımlısı, psikiyatrik tedavi alan kişilerdir. Başarısızlık durumunda tekrarlama riskleri çok yüksektir.

**Karışık tip:** Her iki tipin de özelliklerini taşıyan kişilerdir.

## 2.5. İntiharın Belirleyicileri

İntihar girişimi için birçok belirleyici etken ve risk faktörü (Tablo 1 ve 2) bulunmaktadır (5, 22).

### 2.5.1. Cinsiyet ve Yaş

Bayanlardaki intihar girişiminin erkeklere göre daha fazla olduğu hemen hemen yapılan tüm çalışmalar tarafından desteklenmektedir. Ülkemizde intihar 15-24 ve 25-34 yaş aralığında daha sık olup, 24 yaş altında kadınlar, diğer yaş gruplarında ise erkekler yüksek orandadır. İlk intihar girişiminde başarılı olanların çoğunun erkek olduğu dikkat çekmektedir (22, 23).

Genç yaş grubunda intihar; kazalar ve ev kazalarından sonra üçüncü ölüm nedenidir (24). Yaşlılar toplam popülasyonun %10'unu oluşturmalarına rağmen, intiharların %25'i bu yaş grubunda görülmektedir (25).

Son 20-30 yıl içinde genç grupta, özellikle de erkeklerde intihar oranındaki artış dikkati çekmektedir. Genç erişkinlerde intihar oranlarındaki artışta okul problemleri, ailede intihar öyküsü, iletişim problemleri, alkol ve madde kullanımı, işsizlik, stresli yaşam biçimi, depresyon ve psikiyatrik hastalıkların etkisi kaçınılmazdır (5, 10).

Adölesanlarda 200 girişiminde bir, yetişkinlerde ise 8 girişimde bir başarılı olduğu dikkat çekmektedir (26, 27). 65 yaş üzerinde varolan fiziksel hastalıklarından, çoklu ilaç kullanımlarından, sevdiklerinin kaybından, benimsedikleri yaşam şekillerinin değişmesinden ötürü duygusal semptomları daha fazla ve intihar riski tüm toplumdan %50 daha yüksektir (28-31).

**Tablo 2.** İntihar için risk faktörleri: Sosyodemografik farklılıklar

<b>Etken</b>	<b>Değişken</b>
Cinsiyet	Erkek
Yaş	İleri yaş
Sosyokültürel durum	Düşük
Eğitim durumu	Düşük
Medeni durum	Bekar, ayrılmış, boşanmış, dul
Sosyal durum	Tek başına yaşama
İşdurumu	İşsiz, emekli, garanti altında olmayan iş
Ekonomik durum	Düşük (erkekler için)
Meslek	Çiftçi, bayan doktor, öğrenci, denizci
Özel alt gruplar	Öğrenciler, mahkûmlar, göçmenler, mülteciler, dini mezhep üyeleri
Özel kurumlar	Hastaneler, hapishaneler, ordu
Bölge	Kentsel-kırsal yerleşimin düzensiz olduğu bölgeler
Mevsim ve zaman	İlkbahar ve sonbahar, haftasonu, akşamları, yıldönümleri
Yaşam olayları	Kayıplar ve ayrılıklar, suçlar gibi kötü yaşam olayları
Sosyal destek	Düşük

**Tablo 3.** İntiharın klinik belirleyicileri

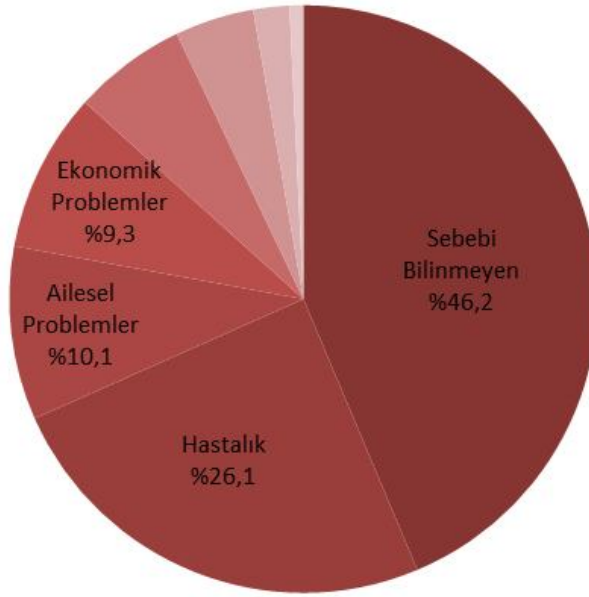
<b>Etken</b>	<b>Risk Faktörleri</b>
Aile öyküsü	İntihar davranışı, ruh sağlığı bozuklukları
Ruh sağlığı bozuklukları	Herhangi bir bozukluk, depresyon, madde kullanımı, kişilik bozuklukları, şizofreni
Psikiyatri birimleriyle iletişim	Herhangi bir iletişim, son zamanlardaki iletişim, taburculuk sonrası dönem, psikotropik ilaçlar
Psikiyatrik semptomlar	Ümitsizlik, savunmasızlık, depresif veya psikotik semptomlar, anksiyete, sinirlilik, içe kapanıklılık
İntihar davranışı	Öncesindeki İntihar girişimleri, İntihar düşünceleri, ölme isteği, indirekt jestler
Bedensel sağlık durumu	Kanser, AIDS, inme ve epilepsi gibi ciddi fiziksel hastalıklar; kalıcı hastalıklar
İntihar yöntemleri	Öldürücü yöntemlere kolayca erişebilme
Aile öyküsü	İntihar davranışı, ruh sağlığı bozuklukları
Ruh sağlığı bozuklukları	Herhangi bir bozukluk, depresyon, madde kullanımı, kişilik bozuklukları, şizofreni

### 2.5.2. İntiharda Kültürel Faktörler

Kültür ve din, toplumda yaşam ve ölüm arasındaki temel davranışları belirleyen bütünleştirici öğelerin başında gelir. Din ve kültürün intihara gidiş yönündeki temel davranışları belirlediği, hatta koruyucu olduğu birçok kaynak tarafından belirtilmektedir (22, 32).

### 2.5.3. Yaşam Olayları ve Sosyal Destek

İşsizlik ya da iş problemleri, aile içi uyuşmazlık veya ayrılık, bedensel veya psikiyatrik hastalıklar, maddi sıkıntı, alkol veya madde bağımlılığı gibi olumsuz olaylar intihara zemin hazırlar (1, 33). Bedensel hastalıklar ve emeklilik yaşlı erkeklerde; ayrılık, maddi problemler ve iş problemleri genç erkeklerde intiharın tetikleyicileridir (19, 22, 34). Bayanlarda ise depresyon ve toplumsal ilişkilerdeki başarısızlıklar intihar için en önemli risk faktörleridir (35, 36).



Şekil 1. Nedene Göre İntihar Oranları; Türkiye 2010

Ülkemiz şartlarında intihar olaylarının %46,2'sinin nedeni bilinmezken (Şekil 1), nedeni bilinenler arasında çoğunluğunun var olan kronik hastalıklar tarafından tetiklendiği dikkat çekmektedir (25).

Dünya Sağlık Örgütü yalnız yaşayan veya boşanmış insanlarda intihar riskinin diğer insanlara göre daha fazla olduğunu belirtmiştir (37-39). Umut, bireyin gelecekteki hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımasıdır (40). Yaşadıkları karşısında umutlarını yitiren ya da yitirdiğini düşünen bireylerde de intihar riski yüksektir (41).

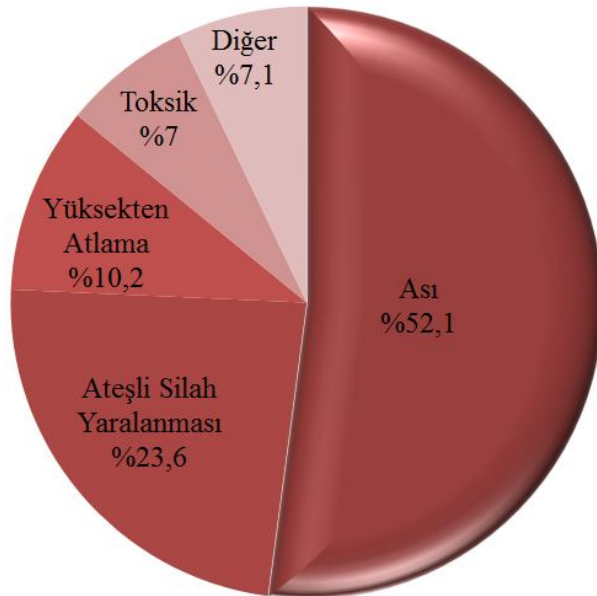
Sosyoekonomik değişimler de depresyon ve intihar girişiminin major risk faktörlerindedir (1, 42, 43).

## 2.6. İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntemler

Kişinin intihar yöntemi seçimini çevre şartları, kişinin şiddet eğilimi ve ölüm niyetindeki kararlılık etkiler (6, 44). İntihar girişiminde kullanılan yöntemlerin farklı olması, kişinin içinde bulunduğu çevresel şartlara ve rahat ulaşabileceği yöntemlerin hangileri olabileceğine bağlıdır (7).

En sık kullanılan yöntem genellikle ilaç alımı olup; en öldürücü yöntemin ateşli silah yaralanması olduğu dikkat çekmektedir. İntihar girişiminde en sık tercih edilen ilaçlar antidepresanlardır. Ası, ulaşılması en kolay ve en yaygın intihar yöntemlerindedir. Yaşlı erkeklerde en sık tercih edilen intihar girişimi yüksekten atlama veya harekethalindeki bir aracın önüne atlamadır. Yöntem seçimini inceleyen iki farklı çalışmada, yaş ortalamaları daha büyük olanların şiddet içeren girişimde bulunduğu ve çoğunun erkek olduğu gösterilmiştir (5, 7, 44-47).

Ülkemizde her iki cinsiyet için de, intiharların hemen hemen yarısı ası (Şekil 2), ikinci sırada kadınlarda kimyasal madde; erkeklerde ateşli silah yaralanması ile olmaktadır. Üçüncü sırada ise kadınlarda yüksekten atlama, erkeklerde ise kimyevi madde kullanma yer almaktadır (23, 25).



Şekil 2. Şekline Göre İntihar Oranı; Türkiye 2010

Çalışmanın amacı; hastanemiz acil servisine intihar girişiminde bulunma nedeniyle başvuran kişilerin sosyodemografik profilini (cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumları ve yaş), intihar girişimi için hastaların risk faktörlerinin neler olduğu (madde kullanımı, önceki intihar girişimi, sosyoekonomik durum, yaşanılan bölge vs), intihar metodlarını ve bu metodların ölümlerle ilişkisini belirlemektir. Bu demografik veriler ve olası intihar nedenlerinin bölgemizde insanları intihara sürükleyen nedenleri belirlemek, önlenabilir nedenlerse bunun için katkıda bulunmak ve bölgesel verilerimizi bilimsel anlamda sunmaya katkısı olacaktır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

İleriye dönük, tanımlayıcı bu çalışma hastanemiz acil servisine başvuran intihar hastalarında yapıldı. Bu grupta yer alan her hasta için hazırlanan anket formuna hasta bilgileri ilgili hekim tarafından kaydedildi. Şubat–Kasım 2012 tarihleri arasında acilimize başvuran toplam 144 hasta için veri formu dolduruldu ve verilerin karşılaştırması yapıldı.

Çalışmaya başlamadan önce FÜTF (Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi) Etik Kurulu onayı alındı. Çalışmaya katılacak tüm hasta ve yakınlarına çalışmanın amacı açıklanarak katılmayı kabul edenler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden veya çalışma için gerekli bilgileri alınamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Başvuran hastalar için başvuru tarih ve saati, yaş, cinsiyet, şikâyetleri, şikâyetlerin başlangıç süresi, ikamet (il, ilçe, köy), eğitim durumu (Okuma yazma bilip bilmediği, mezun olduğu eğitim - öğretim kurumu), medeni durum, istenen konsültasyonlar ve sonuç (taburcu, sevk, yatış, eksitus, tedaviyi red, acil servisi izinsiz terk) gibi kısımlarından oluşan anket formu dolduruldu.

Elde edilen veriler SPSS 20.0 Veri Analiz Programına yüklendi. Kategorize edilmiş verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı, Odds oranı (OR) ve %95 güven aralıkları (%95 CI) hesaplandı. Parametrik verilerin analizinde ANOVA varyans analizi ve gereğinde ikili karşılaştırmalar için PostHoc Tukey testi kullanıldı. Çoklu değişkenlerin analizinde regresyon analizi kullanıldı.  $p<0.05$  değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### 3. BULGULAR

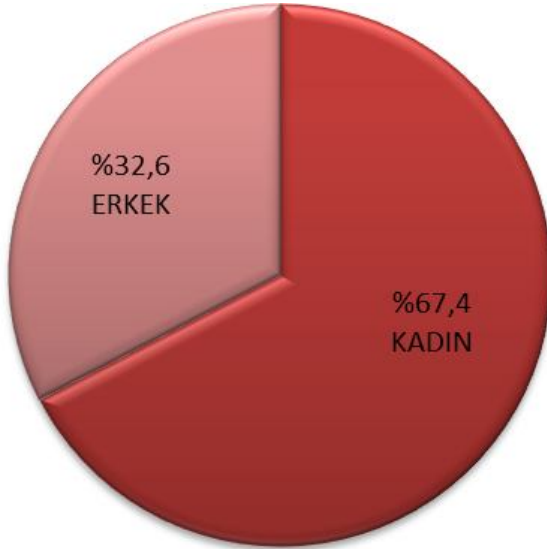
Çalışma Fırat Üniversitesi Hastanesi Acil Servis'ine başvuran 144 hasta ile prospektif olarak gerçekleştirildi. Verileri tam alınamayan veya çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

#### 3.1. Hastaların Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

Hastaların 97'si (%67,4) kadın, 47 (%32,6) hasta ise erkekti. Kadın hastaların erkek hastalara oranı 2,06 olarak tespit edildi. Hastaların tamamının yaş ortalaması  $28,26 \pm 9,42$  olup kadınların yaş ortalaması  $27,86 \pm 9,44$  erkeklerin yaş ortalaması  $29,08 \pm 10,97$  olarak tespit edildi (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hastaların Cinsiyetlerine Göre Oranları Ve Yaş Ortalamaları

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Yüzde(%)	Ortalama	Ortalama+/- SD
Kadın	97	67,4	27,86	9,435
Erkek	47	32,6	29,08	10,973
Toplam	144	100,0	28,26	9,417



**Şekil 3.** Cinsiyete göre intihar vakalarının dağılımı

Hastalarda cinsiyetin bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde, medeni durum, eğitim durumu ve meslek bağımsız değişkenlerdi. Cinsiyetin intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ( $p=0,034$ ) ve meslek ( $p=0,005$ ) belirleyici olarak saptanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 5.** Cinsiyetin bağımlı değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizi

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Eğitim durumu	-,300	,141	4,508	1	,034	,741
Medeni durum	,183	,253	,521	1	,470	1,201
Meslek	-,249	,089	7,804	1	,005	,780
Sabit	2,525	,807	9,795	1	,002	12,496

İntihar şekline göre yaş gruplarının dağılımı incelendiğinde ilaç alımı ve kesici delici alet en sık 15-24 yaş grubunda, inhalasyon en sık 35-44 yaş grubunda, ve tarım ilacı 35-44 ve >65 yaş grubunda toplam iki vakada görülmüş ve 65 yaş üstünde tek hasta olması ve tarım ilacı olması dikkat çekiciydi. İntihar şekline göre yaş gruplarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 6-7).

**Tablo 6.** İntihar vakalarının yaş gruplarına göre sınıflandırılması

<b>Yaş Aralıkları</b>	<b>Hasta Sayısı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
15-24	74	51,7
25-34	39	27,3
35-44	19	12,6
45-54	8	5,6
55-64	3	2,1
>65	1	0,7
Toplam	144	100

**Tablo 7.** İntihar şekline göre yaş gruplarının dağılımı

<b>Yaş Grup</b>	<b>İntihar Şekli</b>					<b>Total</b>
	<b>İlaç alımı</b>	<b>Kesici delici alet</b>	<b>İnhalasyon</b>	<b>Diğer</b>	<b>Tarım ilacı</b>	
15-24	N 67	6	0	1	0	74
	% 90.5%	8.1%	.0%	1.4%	.0%	100.0%
25-34	N 35	1	1	2	0	39
	% 89.7%	2.6%	2.6%	5.1%	.0%	100.0%
35-44	N 12	1	3	2	1	18
	% 61.1%	5.6%	16.7%	11.1%	5.6%	100.0%
45-54	N 8	0	0	0	0	8
	% 100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
55-64	N 3	0	0	0	0	3
	% 100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
>65	N 0	0	0	0	1	1
	% .0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Toplam	N 125	8	4	5	2	144
	% 86,7%	5,6%	2,8%	3,5%	1,4%	100,0%

(N= Hasta Sayısı)

Yaşı bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu, meslek bağımsız değişkenlerdi. Yaşın hastalarda ki intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ( $p<0,05$ ) ve meslek ( $p=0,002$ ) belirleyici olarak saptanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 8.** Yaşın bağımlı değişken olarak alındığı regresyon analizi

Model	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Sabit	40,976	4,446		9,216	,000
Cinsiyet	-1,320	1,638	-,062	-,806	,422
Eğitim durumu	-2,770	,516	-,403	-5,365	,000
Medeni durum	-1,594	,877	-,135	-1,819	,071
Meslek	1,141	,368	,236	3,095	,002

### 3.2. Hastaların Eğitim Durumu

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde 19 hastanın (%13,2) okumamış, 29 hastanın (%20,1) ilkokul, 28 hastanın (%19,4) ortaokul, 42 hastanın (%29,2) lise ve 26 hastanın (%18,1) üniversite mezunu oldukları tespit edildi (Tablo 9).

**Tablo 9.** İntihar vakalarının eğitim durumu

Öğrenim Durumu	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Okumamış	19	13,2
İlkokul	29	20,1
Ortaokul	28	19,4
Lise	42	29,2
Üniversite	26	18,1
Toplam	144	100,0

### 3.3. Hastaların Medeni Durumları

Hastaların medeni durumları incelendiğinde hastaların 81'inin (%56,3) bekar, 52'sinin (%36,1) evli, dördünün (%2,8) boşanmış, üçünün (%2,1) eşi ölmüş ve dördünün (%2,8) ise eşinden ayrı yaşıyor olduğu gözlemlendi. Hastaların cinsiyetleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $p=0,172$ ) (Tablo 10-11).

**Tablo 10.** İntihar vakalarının medeni durumları

Medeni Durum	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Bekar	81	56,3
Boşanmış	4	2,8
Eşi Ölmüş	3	2,1
Evli	52	36,1
Toplam	144	100,0

**Tablo 11.** Hastaların cinsiyetleri ile medeni durumları arasındaki ilişki

Cinsiyet		Medeni Durum					Toplam
		Bekar	Boşanmış	Eşi ölmüş	Evli	EAY	
Kadın	N	49	4	2	38	4	97
	%	50,5%	4,1%	2,1%	39,2%	4,1%	100,0%
Erkek	N	32	0	1	14	0	47
	%	68,1%	0%	2,1%	29,8%	0%	100,0%
Toplam	N	81	4	3	52	4	144
	%	56,3%	2,8%	2,1%	36,1%	2,8%	100,0%

(N= Hasta Sayısı, EAY=Eşinden ayrı yaşıyor)

### 3.4. Hastaların Meslek Grup Dağılımı

Hastaların meslekleri sorgulandığında 39 hastanın (%27,1) ev hanımı, 34 hastanın öğrenci (%23,6), 25 hastanın (%17,4) işsiz, 14 hastanın (%9,7) işçi, 11 hastanın (%7,6) serbest meslek, 8 hastanın (%5,6) memur, 5 hastanın (%3,5) esnaf, 3 hastanın (%2,1) çiftçi, 5 hastanın (%3,5) diğer grupta olduğu tespit edildi. Hastaların intihar şekillerine göre mesleklerin dağılımı incelendiğinde en sık ilaç alımı öğrenci ve ev hanımı gruplarında, en sık kesici delici alet öğrenci ve en sık inhalasyon işçi grubunda seçilen intihar yöntemleri olduğu tespit edildi. İntihar şekilleri ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ) (Tablo 12-13).

**Tablo 12.** Hastaların meslek grup dağılımı

Meslek	Hasta Sayısı	%
İşsiz	25	17,4
Öğrenci	34	23,6
Ev Hanımı	39	27,1
İşçi	14	9,7
Serbest Meslek	11	7,6
Esnaf	5	3,5
Memur	8	5,6
Çiftçi	3	2,1
Diğer	5	3,5
Toplam	144	100,0

**Tablo 13.** İntihar şekline göre mesleklerin dağılımı

Meslek		İntihar Şekli					Toplam
		İlaç alımı	Kesici delici	İnhalasyon	Diğer	Tarım	
İşsiz	N	22	1	0	1	1	25
	%	88,0%	4,0%	,0%	4,0%	4,0%	100,0%
Öğrenci	N	30	4	0	0	0	34
	%	88,2%	11,8%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Ev hanımı	N	34	0	0	4	1	39
	%	87,2%	,0%	,0%	10,3%	2,6%	100,0%
İşçi	N	9	1	4	0	0	14
	%	64,3%	7,1%	28,6%	,0%	,0%	100,0%
Serbest meslek	N	11	0	0	0	0	11
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Esnaf	N	4	1	0	0	0	5
	%	80,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Memur	N	8	0	0	0	0	8
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Çiftçi	N	3	0	0	0	0	3
	%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
diğer	N	4	1	0	0	0	5
	%	80,0%	20,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Toplam	N	125	8	4	5	2	144
	%	86,8%	5,6%	2,8%	3,5%	1,4%	100,0%

(N= Hasta Sayısı)

### 3.5. Hastaların Son Bir Yıl İçindeki İkametgahları

Hastaların son yıl içindeki ikametgahları sorgulandığında 114 hastanın (%79,2) Elazığ merkez, 9 hastanın (%6,3) Elazığ ilçe, 15 hastanın (%10,4) Elazığ köy ve 6 hastanın (%4,2) Elazığ dışında ikamet ettiği tespit edildi (Tablo 14).

**Tablo 14.** İntihar vakalarının son bir yıl içindeki ikametgahları

İkametgah	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Elazığ Merkez	114	79,2
Elazığ İlçe	9	6,3
Elazığ Köy	15	10,4
Diğer	6	4,2
Toplam	144	100,0

### 3.6. İntihar Girişiminin Nedeni

Hastaların intihar girişim nedeni sorgulandığında 42 (%29,2) hasta ölmek, 51 (%35,4) hasta dikkat çekmek ve 51 (%35,4) hasta diğer nedenlerden intihar girişiminde buldukları tespit edildi (Tablo 15).

**Tablo 15.**İntihar girişiminin nedeni

	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Ölmek	42	29,2
Dikkat çekmek	51	35,4
Diğer	51	35,4
Toplam	144	100,0

### 3.6. İntihar Vakalarının Oluştığı Yer

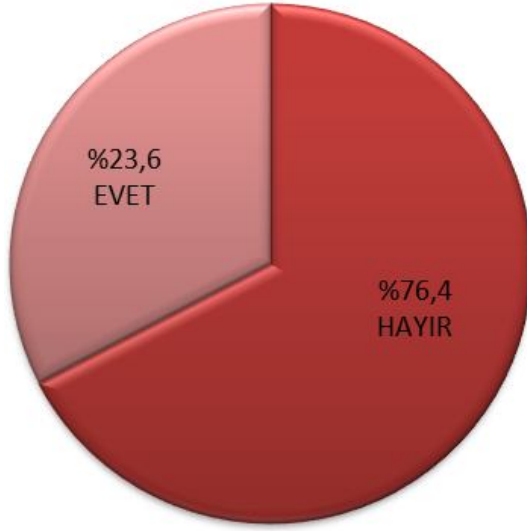
Hastaların intihar düşüncelerini gerçekleştirdikleri yerler incelendiğinde 116 hastanın (%80,6) kendi evinde, 4 hastanın (%2,8) okulda, 2 hastanın (%1,4) orduda ve 22 hastanın (%13,5) diğer yerlerde gerçekleştirdikleri gözlemlendi (Tablo 16).

**Tablo 16.** İntihar vakalarının oluştuğu yer

	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Kendi evi	116	80,6
Okul	4	2,8
Ordu	2	1,4
Diğer	22	15,3
Toplam	144	100,0

### 3.7. Daha Önceki İntihar Girişimleri

Hastaların 34 'ü (%23,6) daha önce intihar girişiminde bulunmuş ve bunlardan 16 hasta bir defa, 9 hasta iki defa, 3 hasta üç defa, 3 hasta dört defa, 1 hasta beş defa, 1 hasta 6 defa, 1 hastada 7 defa daha önce intihar girişiminde bulunduğu görüldü.



**Şekil 4.** Daha önceki intihar girişimleri

### 3.8. Hastaların Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı

Hastaların 84'ü (%58,3) sigara kullanıyordu ve bunlarında 36'sı erkek 48'i bayan hastaydı, hastaların 60'ı (%41,7) sigara kullanmıyordu. Bunlarında 11'i erkek 49'u bayan hasta olduğu tespit edildi (Tablo 17).

**Tablo 17.** İntihar vakalarının sigara bağımlılığı

	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Kullanmıyor	60	41,7
Kullanıyor	84	58,3
0-5 yıl	35	
6-10 yıl	26	
>10 yıl	23	
Toplam	144	100,0

Hastaların alkol kullanımı sorgulandığında 28 (%19,4) hasta alkol kullanıyor ve bunlarında 20'si erkek 8'i bayandı, 116 (%80,6) hasta alkol kullanmıyordu bunlarında 27'si erkek 89'u bayan hasta olduğu tespit edildi.

Hastaların uyuşturucu madde kullanımı sorgulandığında 9 (%6,3) hasta kullanıyor ve bunların 8'i erkek 1 tanesi bayan hastaydı, 135 (%93,8) hastada madde kullanımı yok ve bunların 39'u erkek, 96'sı bayan hasta olduğu tespit edildi.

Hastaların madde kullanımı bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu bağımsız değişkenlerdi. Madde kullanımı olan hastalarda intihar girişimi üzerindeki etkisinde cinsiyet belirleyici olarak saptanmıştır ( $p=0,007$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18.** Uyuşturucu madde kullanımının bağımlı değişken olduğu lojistik regresyon

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Cinsiyet	3,780	1,392	7,368	1	,007	43,799
Eğitim durumu	,324	,278	1,356	1	,244	1,383
Medeni durum	-,752	,510	2,174	1	,140	,472
Sabit	-2,280	2,052	1,235	1	,266	,102

### 3.9. Hastaların Sosyoekonomik Durumu

Hastaların sosyoekonomik durumları incelendiğinde 1(%0,7) hastanın sosyoekonomik durumunun çok iyi olduğu, 16 (%11,1) hastanın sosyoekonomik durumunun iyi olduğu, 76 (%52,8) hastanın sosyoekonomik durumunun orta düzey olduğu, 46(%31,9) hastanın sosyoekonomik durumunun fakir olduğu ve 5 (%3,5) hastanın sosyoekonomik durumunun çok fakir olduğu gözlemlendi. (Tablo 19)

**Tablo 19.** İntihar vakalarının sosyo-ekonomik durumu

	<b>Hasta Sayısı</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Çok İyi	1	0,7
İyi	16	11,1
Orta	76	52,8
Fakir	46	31,9
Çok Fakir	5	3,5
Toplam	144	100,0

Hastaların sosyoekonomik durumlarını bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, daha önceki intihar girişim öyküsü, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı, ailede intihar girişim öyküsü ve maddi durum değişikliği bağımsız değişken olarak değerlendirildi. Sosyoekonomik durumun intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ( $p=0,001$ ), meslek ( $p=0,029$ ) ve maddi durum değişikliği ( $p=0,023$ ) belirleyiciler olarak saptanmıştır (Tablo 20).

**Tablo 20.** Sosyo-ekonomik durumun bağımlı değişken olarak alındığı regresyon analizi

Model	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Sabit	6,483	,822		7,888	,000
Cinsiyet	-,260	,144	-,168	-1,808	,073
Eğitim durumu	-,139	,041	-,276	-3,366	,001
Medeni durum	,066	,072	,076	,912	,363
Meslek	-,064	,029	-,180	-2,208	,029
DÖİG	-,130	,147	-,076	-,878	,381
Sigara	,053	,141	,036	,372	,710
Alkol	,036	,180	,020	,202	,840
UMK	-,278	,269	-,093	-1,035	,303
AİGÖ	-,409	,255	-,129	-1,607	,110
MDD	-,377	,164	-,186	-2,300	,023

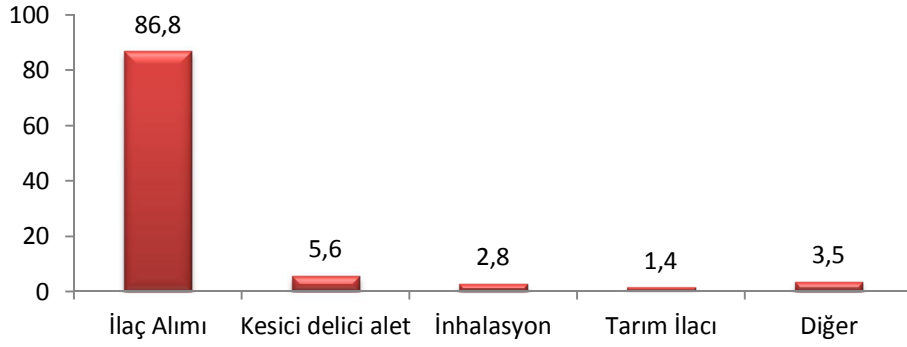
(DÖİG= Daha önceki intihar girişimleri, UMK= Uyuşturucu madde kullanımı, AİGÖ= Ailede intihar girişim öyküsü, MDD= Maddi durum değişikliği)

### 3.10. Hastaların Başvurduğu İntihar Yöntemleri

Hastaların intihar yöntemleri ilaç alma, kesici delici aletle kendine zarar verme, inhalasyon, tarım ilaçları ve diğer olmak üzere beş grupta toplandı. 144 hastanın 125 (% 86,8)'i ilaç alımı, 8(% 5,6)'sı, kesici delici aletle kendine zarar verme,4 (% 2,8)'ü inhalasyon, 2 (% 1,4)'sitarım ilaçları, 5 (% 3,5)'idiğeryöntemlerle intihar girişiminde buldukları tespit edildi (Tablo 21) (Şekil 5).

**Tablo 21.** İntihar şekline göre hasta dağılımı

Yöntem	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
İlaç Alımı	125	86,8
Kesici Delici Alet	8	5,6
İnhalasyon	4	2,8
Tarım İlaçları	2	1,4
Diğer	5	3,5
Toplam	144	100,0



**Şekil 5.** İntihar şekline göre hasta dağılımı

### 3.11. İntihar Girişiminde Bulunan Hastaların Aldıkları İlaçların Etken Grup Dağılımı

İntihar amaçlı ilaç alımı sonrası başvuran hastaların aldıkları ilaçların etken gruplarına göre sınıflandırılan tabloda toplamda 125 hasta ilaç alımı sonrasında acil servise başvurmuş olmasına rağmen birçok hastanın birden fazla grupta ilaç almasından dolayı toplam hasta sayısı 149 olarak görülmektedir. İlaç gruplarından en fazla antidepresan grubu ilaç alımı sonrası intihar girişimi olduğu tespit edildi. (Tablo 22)

**Tablo 22.** İlaç alımı ile intihar girişiminde bulunan hastaların aldıkları ilaçların etken grup dağılımı

İlaç Grubu	Hasta Sayısı	%
Analjezik	23	16,0
Antidepresan	30	20,9
Antipsikotik	16	10,1
Antibiyotik	12	7,9
Kombine ÜSVE ilaçları	16	10,1
Halüsinojen	11	7,3
Antiepileptik	10	7,0
NSAİİ	9	5,3
Myorelaksan	5	3,5
Antihipertansif	4	2,8
Oral Antidiyabetik	3	2,1
PPI ilaçlar	3	2,1
Antispazmolitik	3	2,1
Diğer	4	2,8
Toplam	149	100,0

(ÜSVE=Üst solunum yolu enfeksiyonu, NSAİİ=Nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar, PPI=Proton pompa inhibitörü)

### 3.12. İntihar Vakalarının Ailesel Özellikleri

#### 3.12.1. Hastaların Ailesinde İntihar Girişiminde Bulunanların Dağılımı

İntihar girişiminde bulunan 144 hastanın 8'inde (%5,6) ailesinde intihar girişiminde bulunan birey olduğu ve en fazla kardeşte olmak üzere anne, baba, oğlu, kuzen ve teyze olmak üzere birinci derece akrabalarda olduğu, ailesinde intihar öyküsü olmayan ise 136 (%94,4) hasta olduğu tespit edildi.

Ailesinde intihar girişim öyküsü olanların bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu, alkol, sigara, uyuşturucu madde kullanımı, sosyoekonomik durumun bağımsız değişkenlerdi. Ailesinde intihar girişim öyküsü olanların intihar girişimi üzerindeki etkisinde bağımsız değişkenlerin hiçbirinin belirleyici olmadığı saptanmıştır (Tablo 23).

**Tablo 23.** Ailesinde intihar girişiminde bulunanlar bağımlı değişken olduğu lojistik regresyon

	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b>Exp(B)</b>
Cinsiyet	-1,910	1,254	2,318	1	,128	,148
Eğitim durumu	-,542	,323	2,814	1	,093	,581
Medeni durum	-,343	,412	,691	1	,406	,710
Alkol	,341	1,228	,077	1	,781	1,407
Sigara	1,701	1,136	2,243	1	,134	5,480
UMK	-18,706	11928,435	,000	1	,999	,000
SED	-1,135	,598	3,596	1	,058	,322
Sabit	47,752	23856,870	,000	1	,998	5475,000

(UMK=Uyuşturucu madde kullanımı, SED=Sosyoekonomik durum)

#### 3.12.2. Hastaların Ailesinde Madde Bağımlılığı Olanların Dağılımı

Hastaların ailesinde madde bağımlılığı sorgulandığında 6 (%4,2) hastanın ailesinde madde bağımlısı olduğu ve bunların dördünün kardeş, birinin baba ve birinin erkek çocuk olduğu ve 138 (%95,8) hastanın ailesinde madde bağımlısı olmadığı tespit edildi.

#### 3.12.3. Hastaların Ailesinde Son Bir Yıl İçinde Birey Ölümü Durumu

Hastaların son bir yıl içindeki aile bireylerinin ölümü sorgulandığında 11 (%7,6) hastanın son bir yıl içinde en fazla teyze ve dayı olmak üzere amca, dede, eş,

kardeş gibi birinci derece yakınının ölümünün mevcut olduğu, 133 (%92,4) hastada son bir yıl içinde birey ölümünün mevcut olmadığı görüldü.

### 3.13. İntihar Vakalarının Son Bir Yıl İçinde Maddi Durum Değişikliği

Hastaların son bir yıl içinde maddi durum değişikliği incelendiğinde 22 (%15,3) hastada maddi durum değişikliği olduğu ve 122 (%84,7) hastada maddi durum değişikliği olmadığı görüldü.

### 3.14. İntihar Vakalarına İstenen Konsültasyonların Dağılımı

Hastalara istenen konsültasyonlar incelendiğinde 123 hastaya konsültasyon istenmiş ve bunların 49'u (%39,8) psikiyatri, 43'ü (%35,0) anestezi yoğun bakım, 15'i (%12,2) dahili yoğun bakım, 11'i (%8,9) dahiliye ve 5'i (%4,1) plastik cerrahi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 24).

**Tablo 24.** İntihar vakalarına istenen konsültasyonların dağılımı

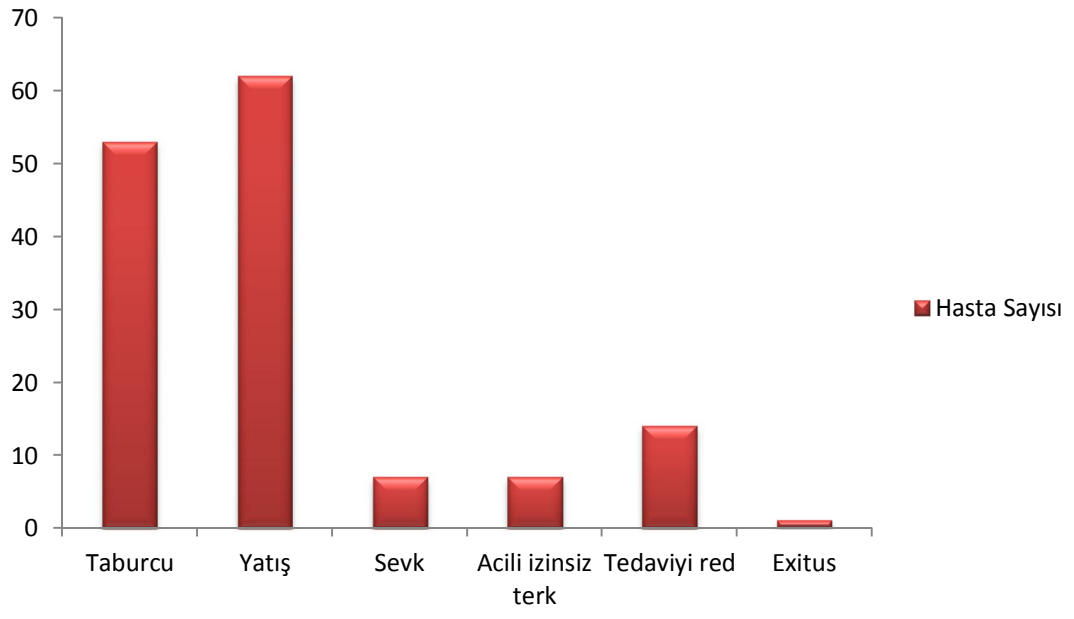
Konsültasyon	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
Psikiyatri	49	39,8
Anestezi Yoğun Bakım	43	35,0
Dahili Yoğun Bakım	15	12,2
Dahiliye	11	8,9
Plastik Cerrahi	5	4,1
Toplam	123	100,0

### 3.15. Hastaların Son Durum Dağılımları

Hastaların son durumları incelendiğinde 53 (%36,7) hastanın şifa ile taburcu olduğu, 62 (%43,1) hastanın hastaneye yatış olduğu, 7 (%4,9) hastanın başka bir kuruma sevk edildiği, 7 (%4,9) hastanın acili izinsiz terk ettiği, 14 (%9,7) hastanın tedaviyi red ettiği ve bir (%0,7) hastanın exitus olduğu belirlenmiştir (Tablo 25) (Şekil 6).

**Tablo 25.** Hastaların Son Durum Dağılımları

Hastaların Son Durumu	Hasta Sayısı	%
Taburcu	53	36,7
Yatış	62	43,1
Sevk	7	4,9
Acili izinsiz terk	7	4,9
Tedaviyi kabul etmeme	14	9,7
Exitus	1	0,7
Toplam	144	100,0



**Şekil 6.** Hastaların Son Durum Dağılımları

#### 4. TARTIŞMA

İntihar önemli bir halk sağlığı problemi ve dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (41). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biri intiharlardır (19). İntihara bağlı ölümlerin son yirmi yılda ergen ve erken erişkinlik grubunda belirginleşmesi dikkat çekicidir. Bu durum intihar davranışını batılı ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu düzeyine getirmiştir (48).

Çalışmalarda genç yaş ve kadın hasta olmanın intihar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (49). Yapılan birçok çalışmada bunu destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızda acil servisimize başvuran hastaların % 67,4 ünü kadınlar, % 32,6'sını ise erkekler oluşturmaktaydı. Kadınların erkeklere oranı 2.06 ve hastaların yaş ortalaması 28,26±9,42 olarak bulundu. Hastalarda cinsiyetin bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde, cinsiyetin intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ( $p=0,034$ ) ve meslek ( $p=0,005$ ) belirleyici olarak saptanmıştır. Dilbaz ve ark. (50)'lerinin yaptığı intihar girişimlerinin değerlendirilmesi çalışmasında kadınların erkeklere oranını 2,17 olarak bulmuşlar. Kekeç (51) intihar girişimini kadınlarda yüksek olduğunu savunan başka bir görüşde, bazı kısıtlayıcı sosyo-kültürel faktörlerin veya altta yatan kişilik ve psikiyatrik rahatsızlıkların toplumumuzda özellikle genç kadınlar üzerinde baskı oluşturması düşüncesidir. Hastaların yaşlarını bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde ise yaşın hastalarda ki intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ( $p<0,05$ ) ve meslek ( $p=0,002$ ) belirleyici olarak saptanmıştır.

Yapılan birçok çalışmada demografik özellikler açısından vakaların bekâr olması, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik intihar girişimini üzerinde bağımsız birer risk faktörü olduğu belirtilmiştir. İntihar vakalarının evli ya da bekâr olması değişkenlik göstermekle beraber literatürde yalnız yaşamanın intihar için daha fazla risk faktörü oluşturduğu görülmektedir (52).

Güloğlu ve ark. (53) yaptığı çalışmada 1281 intihar vakası incelendiğinde hastaların %45'inin evli, %55'inin bekâr olduğu tespit edildi. Kadın hastaların %48,6'sı evli, %51,4'ü bekâr, erkek hastaların %36,6'sının evli, %63,4'ünün bekâr olduğu tespit edilmiştir. Güloğlu ve ark. (53) bekâr olmanın erkekler için evli olmanın kadınlar için risk faktörü olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada vakaların

%77'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da hastalarımızın %56,3'ü bekâr, %36,1'i evli olduğu tespit edildi. Eğitim düzeyi açısından vakalarımızın %47,3'ü lise ya da üniversite öğrencisi ya da mezunu, %13,2'si herhangi bir eğitim almamıştır. Hastaların meslekleri sorgulandığında 34 hastanın (%23,6) öğrenci, 25'inin çalışmadığı (%17,4) tespit edildi Literatürle uyumlu şekilde evli olmayan bireylerde bizim çalışmamızda da intihar oranı artmaktadır.

Yip ve ark. (54) yapmış oldukları çalışmada kırsal kesimde yaşayan erkeklerde tüm yaş gruplarında kentlerde yaşayanlara göre intihar hızı daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kentlerde yaşayan kadınlarda intihar oranı kırsal bölgede yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Güloğlu ve Kara (55) yaptığı çalışmada kırsal kesimden gelen hastalarda insektisid kullanımı çoğunlukta iken, kent merkezinden gelen hastalarda ilaç alımı çoğunlukta olarak bulunmuştu. Bizim çalışmamızda hastalarımızın geliş yerleri incelendiğinde %79,2'sinin il merkezlerinden, % 16,7'sinin ise ilçe ve köylerden geldiği tespit edildi.

İntihar girişiminden sonraki ilk bir yıl içinde İntihar girişimini tekrarlama riski yapılan bir çalışmaya göre, öyküsünde intihar girişimi bulunmayanlara göre 100 kat fazladır (56). İntihar girişiminde bulunan hastaların bunu tamamlama riski her yıl yaklaşık olarak %1 oranında artar ve bu oran özellikle ilk bir yıl içinde en yüksektir (29). Psikiyatrik hastalıkların dışında, daha önceki intihar girişimleride, bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun önemli bir göstergesidir (57-63). Çalışmalarintihar eden depresyonlu hastaların %40'ının daha önce en az bir intihar girişiminde bulunmuş olduğunu göstermektedir. Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, bu intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (64). İntihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ı girişimlerini yinelemekte ve %12-25'i ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirmektedirler (65-68). Bizim çalışmamızda 144 hastanın 34'ünde (%23,6) öncesinde intihar girişimi öyküsü olduğu saptandı. Bunların onaltısında (%11,1) bir kere, dokuzunda(%6,3) iki kere ve diğerlerinde ikiden çokkez intihar girişimi vardı. Bizim verilerimiz yapılan diğer çalışmalarla uyumluluk göstermektedir.

Alkol, sigara ve madde bağımlılığı intihar riskinde artışa yol açtığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (69). A.B.D (Amerika Birleşik Devletleri)'de tüm

intiharların %25'i alkol bağımlılığı hastalığı olanlarda olmaktadır ve bu kişilerin intihar riski sağlıklı topluma kıyasla 115 kat fazladır. Uyuşturucu kullananlarda ise intihar riski 4 kat fazladır. Yüksek miktarda sigara içmenin de diğer faktörlerden bağımsız olarak intihar riskini artırdığı belirlenmiştir. Sonuçta nikotin bağımlılığı da bir bağımlılık çeşididir (70-73). Bizim çalışmamız da hastalarımızın sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımları sorgulandığında 144 hastadan 84'ünün (%58,3) sigara, 28'inin (%19,4) alkol ve 9'unun (%6,3) uyuşturucu madde kullandığı saptandı. Hastaların madde kullanımı bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde madde kullanımı olan hastaların intihar girişimi üzerindeki etkisinde cinsiyet belirleyici olarak saptanmıştır (p=0,007).

Bireyin sosyal statüsünün yükselmesi ve düşmesi de intihar davranış riskini arttırmaktadır (65, 74). Fakat genel olarak düşük sosyal sınıftan olmanın intihar girişimi riskini artırdığı bildirilmektedir (65, 74, 75). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarısından fazlası düşük sosyal sınıftan gelmekte iken, kadınların %5'i, erkeklerin ise %10'u yüksek sosyal sınıftan gelmektedir. İntihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal bakımdan destabilizasyon ve fakirlik genel topluma oranla daha sıktır (65). Bizim çalışmamızda da benzer olarak olguların %35,4'ü düşük geliri, %76'sı orta derecede sosyoekonomik düzeye sahipti. Bizim sonuçlarımız ile, yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir. Yapılan diğer bir çalışmaya göre sosyoekonomik durumları çok düşük veya çok yüksek olanlarda intihar girişimi riski yüksektir (76). Bundan dolayı hastaların maddi durumlarının, intihar girişimlerinde tek başına anlamlı bir risk faktörü olmadığını düşünmekdeyiz.

Bazı kaynaklara göre maddi durumda ani azalma, bir stres faktörü olarak kabul edilmiş ve intihar girişimi için bir etken olabileceği belirtilmiştir (77). Bizim çalışmamızda da 144 hastanın 22'sinde (%15,3) maddi durum değişikliği saptandı. Bu da istatistiksel olarak anlamlıydı. Maddi durum değişiklikleri, özellikle de olumsuz yöne olan değişiklikler, intihar girişimine eğilim yaratmakla beraber yüksek oranda maddi durum değişikliğinin varlığının, intihar girişimi için etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir ve bu konuda yapılan çalışmalarda bunu desteklemektedir (5). Hastaların sosyoekonomik durumlarını bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde sosyoekonomik durumun intihar girişimi üzerinde ki

etkisinde eğitim durumu ( $p=0,001$ ), meslek ( $p=0,029$ ) ve maddi durum değişikliği ( $p=0,023$ ) belirleyiciler olarak saptanmıştır.

Bize başvuran hastaların sekizinde (%5,6) birinci derece akrabalarında intihargirişimi öyküsü vardı. Ailelerinde intihar girişimi öyküsü olanlarda intihar girişimi riski yüksektir. Bu düşüncemiz kaynaklardaki bilgiler ile benzerlik göstermektedir (78, 79). Amerika'da Amish toplumunda yapılan bir çalışmada geçen yüzyıl içinde toplam 26 intihar girişimi saptanmış. Bu toplumda birçok ailede depresyon öyküsü olmasına rağmen intihar girişiminde bulunanlar sadece dört ailenin bireylerini içermekte olduğu tespit edilmiş (80). Ailesinde intihar girişim öyküsü olanların bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu, alkol, sigara, uyuşturucu madde kullanımı, sosyoekonomik durumun bağımsız değişkenlerdi. Ailesinde intihar girişim öyküsü olanların intihar girişimi üzerindeki etkisinde bağımsız değişkenlerin hiçbirinin belirleyici olmadığı saptanmıştır.

Çayköylü ve ark. (81) yaptıkları çalışmada vakaların tümünün kullandıkları yöntemlerin başında ilaç ilk sırayı almaktaydı. Alptekin ve ark. (82) yaptıkları çalışmada her iki cinste de intihar girişimlerinde ilaç ve toksik madde alımı ilk sırayı almaktaydı. Şenol ve ark (83) yaptıkları çalışmada başvuran hastaların tümünde ilk sırada intihar yöntemi ilaç iken tamamlanmış girişimlerde ilk sırayı yüksekten atlama yöntemi almaktaydı. Barr ve ark. (84) yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunan vakaların kullandıkları yöntemlerde ilk sırada ilaç alımı gelmekteydi (84). Henderson ve ark. (85) yaptıkları çalışmada intihar yöntemlerinde erkeklerde ası, kadınlarda ise ilaç aşırı doz alımının ilk sırada olduğu gösterilmiştir (85). Zihlerl ve Zalar (86) Slovenya'da yaptıkları çalışmada tamamlanmış intiharlar da en sık kullanılan yöntemin ası olduğunu belirtmişlerdir. Nader ve ark. (87) Avusturyada intihar şekillerinin incelendiği çalışmada vakaların %46'sının intihar şekli olarak ası yöntemini seçtiği bu yöntemi %16 yüzde ile ilaç alımı, %14,9 ile ateşli silah yaralanması takip etmektedir. Tuan ve ark. (88) yaptığı çalışmada Vietnam'da intihar vakalarının %99'unda intihar şekli olarak ilaç alımı, %1 vakanında keskin cisimle temas ile girişimde buldukları gözlenmiştir. Çalışmamızda intihar girişimlerinde her iki cinste en fazla kullanılan yöntem % 86,8 ile ilaç alımı ilk sırayı almaktaydı. Bunun nedenini ilaçlara ulaşabilmenin kolay, yöntemin ucuz ve ağrısız olmasıdır.

İntihar girişimlerinin çoğunda ölümün temel gaye değil kişinin içinde bulunduğu duruma dikkat çekmek olduğunu göz önüne alınca ilaç alma yönteminin tercih edilme nedenini açıklayabiliriz. Bizim çalışmamızda literatürlerle genel olarak uyumlu olarak bulunmuştur.

Hastalarımızın tekli-çoklu ilaç alımları sorgulandığında 104 hastanın (% 83,2) intihar için tekli madde aldığı, 21 hastanında (% 16,8) çoklu madde aldığı saptandı. Çukurova bölgesinde 1 Ocak 1997-31 Aralık 2002 yılları arasında 2.388 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların 426'sı (%32,4) çoklu ilaç aldığı bildirilmiştir (89). Kekeç ve ark. (51) yaptığı yedi yıllık bir çalışmada da acil servise 389 hasta çoklu ilaç zehirlenmeleri ile başvurmuştur. Hastaların çoklu madde alımındaki amaç intihar niyetlerinin gerçek olması olabileceği gibi, o an ulaşabildikleri ve mevcut olan tüm zehirleyici ajanları kullanma istekleri de olabilir (22). Ayrıca çalışmamızda antidepresan ilaç alımının %20,9 oranı ile yüksek çıkmasının sebepleri bilinçsizce kullanım, antidepresan veya diğer psikiyatrik ilaçların bilinçsizce reçete edilmesi olabilir. Bizim bulduğumuz sonuçlar yapılan diğer çalışmalarla genel olarak benzerlik göstermiş ve antidepresan ilaçlar en sık alınan ilaç grubu olarak dikkat çekmiştir.

Kudo ve ark. (90) yaptığı çalışmada acil servise başvuran 1434 intihar vakasının son durumları araştırılmış olup vakaların 86'sı (%5,9) acil ölmüş geri kalan 1348 hastanın 475'i (%33,1) yoğun bakım ünitesine yatırılarak 486 hasta (%33,8) hastanede ilgili bölüme yatırılarak takip edilmiş geri kalan 387 hasta (%27,2) acil servisten eve taburcu edilmiştir. Sonuç olarak mortalite oranı %5,9 olarak tespit edilmiştir (90). Bizim çalışmamızda hastaların son durumları incelendiğinde 144 hastanın 53'ünün (%36,8) acil servisten şifa ile taburcu olduğu, 14 hastanın (%9,7) tetkik ve tedavisi bitmeden kendi ve yakınlarının isteği ile taburcu olduklarını, 7 hastanın (%4,9) acil servisi izinsiz terk ettiğini, 62 hastanın (%43,1) herhangi bir servise yatış verildiğini, 7 hastanın (%4,9) hastanemiz yoğun bakımda ve psikiyatri servisinde yer olmadığından dolayı başka bir merkeze sevk edildiğini, bir hastanın (%0,7) acil servisimizde exitus olduğunu tespit ettik.

İntihar girişimi olan hastalarda çoğunlukta kadın hastalarımızın olduğu ve vakalarımızın çoğunun 40 yaşın altında olduğu bulundu. Hastalarda cinsiyetin bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde, cinsiyetin intihar

girişimi üzerinde ki etkisinde eğitim durumu ( $p=0,034$ ) ve meslek ( $p=0,005$ ) belirleyici olarak saptanmıştır. Hastaların yaşlarını bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde ise yaşın hastalarda ki intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ( $p<0,05$ ) ve meslek ( $p=0,002$ ) belirleyici olarak saptanmıştır.

Kullanılan intihar girişim yöntemlerinde her iki cinsiyette, hem bekârlarda hem de evli olanlarda ve çalışanlar ile çalışmayanlarda da en çok ilaç alımı tespit edildi. Hastaların geliş yerleri arasında yapılan karşılaştırmalarda il merkezlerinden gelenler anlamlı derecede yüksek bulundu. Hastaların sosyoekonomik durumlarını bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde sosyoekonomik durumun intihar girişimi üzerinde ki etkisinde eğitim durumu, meslek ve maddi durum değişikliği belirleyiciler olarak saptanmıştır. İntihar ve intihar girişimleri gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda önemli bir sorun olup genç ölümleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. İntihar şekline göre yaş gruplarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). İntihar şekilleri ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Hastaların cinsiyetleri ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $p=0,172$ ). Hastaların madde kullanımı bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde madde kullanımı olan hastaların intihar girişimi üzerindeki etkisinde cinsiyet belirleyici olarak saptanmıştır ( $p=0,007$ ). İntihar şekilleri ile meslek gruplarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Hastalarımızın %23,6'sında daha önce intihar girişim öyküsü olmakla beraber intihar şekli olarak en sık ilaç alımı olmuştur. İlaç gruplarından en fazla antidepressan grubu ilaç alımı sonrası intihar girişimi olduğunu tespit ettik.

Hastaların son durumları incelendiğinde %36,7'si şifa ile taburcu olduğu, %43,1'inin yatış olduğu, %4,9'unun sevk edildiği, %4,9'unun acili izinsiz terk ettiği, %9,7'sinin tedaviyi red ettiği ve 1 (%0,7) hastanın ilaç alımı sonucu exitus olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak bizim bölgemizde genç yaş, bayanlar ve ilaç alımı ile intihar girişimi daha sıktı. Fakat ölümle sonuçlanan intihar girişimi oranının düşük olması bölgemizin sosyokültürel durumu ve inançlara olan bağlılığından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

## 5. KAYNAKLAR

- 1- Yalvaç D. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, 2006.
- 2- Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri- Kaplan&Sadock, Abay E (Çev). s. 361-366., Bölüm 25: Psikiyatrik Aciller: 25.1: İntihar, 2004.
- 3- Weis MA. Suicide. A handbook of psychiatry, S.Arieti (Ed). New York: Basic Books Inc. Publishers, 1974: 743-765.
- 4- Uluduz DU, Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. Yeni Symposium 2001; 39: 19-25.
- 5- Lonqvist JK. Suicide: epidemiology and causes of suicide. New Oxford Textbook of Psychiatry. Gelder MG, López-Ibor pez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). Oxford: Oxford University Press, 2000: 1033– 1039.
- 6- Yanturalı S. Acil serviste intihar düşüncesi olan hastaya yaklaşım. Acil Tıp Dergisi 2000; 3: 246-253.
- 7- Kerkhof AJFM, Arensman E. Attempted suicide and deliberate self harm: epidemiology and risk factors. Gelder MG, Lopez JJ, Andreasen N (ed). New Oxford Text Book of Psychiatry First ed. Leiden University Press and World Health Organization, 2000: 1039-1045.
- 8- Morgan HG. Deliberate self harm: a follow up study of 279 patients. British Journal of Psychiatry 1976; 128: 361-368.
- 9- Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1: 83-88.
- 10- Sayıl I. İntihar davranışı. Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıköğlü R, Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S. (Editörler), Kriz ve Krize Müdahale. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, 2000: 165-198.

- 11- Sayıl I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: results of the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Crisis* 2002; 23: 11-16
- 12- McAlpine DE. Suicide: recognition and management. *Mayo Clin Proc* 1987; 62: 778.
- 13- Simon RI. silent suicide in the elderly. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1989; 17: 778.
- 14- Isometsa ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998; 173:531-536.
- 15- Köroğlu E. *Psikiyatrik Acil Durumlar. 2. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999; 425-443.*
- 16- Özgüven HD, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: results of the WHOEURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry* 2003; 5: 48.
- 17- Schmidtke A, Schaller S. What do we know about media effects on imitation of suicidal behaviour: state of the art. *Netherlands: Kluwer Aca Pub* 1998; 8: 121-137.
- 18- Farberow NL. The psychology of suicide: past and the present. In *Suicide: biopsychosocial approaches. Botsis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN. Amsterdam: Elsevier, 1997: 147-163.*
- 19- Yüksel N, İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2001; 4: 5-15.
- 20- The Center for Disease Control and Prevention. Program For the Prevention of suicide among adolescents and young adults. *Morbidity and Mortality Weekly reported* 1994; 43: 3-7.
- 21- Kaplan HI & Sadock BJ, *Klinik Psikiyatri, Psikiyatrik Acil Durumlar. 2. Baskı, İntihar, 2005: 389-396.*
- 22- Sarı A. Zehirlenme Hastalarında İntihar Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, 2006.*
- 23- Uçan O. Türkiye’de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. *Kriz Dergisi* 2005; 13: 15-26.

- 24- Mitchell AM. Suicide assessment in hospital emergency departments: implications for patients satisfaction and compliance. *Top Emerg Med* 2005; 27: 302-312.
- 25- Karakayalı O. İntihar Girişimi Sonrasında Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik, Klinik Özellikleri Ve Takip Sonrasında Tekrar İntihar Girişimi Üzerine Etkin Nedenlerin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, 2012.
- 26- Langley GE, Byatti NN. Suicides in Exe Vale Hospital 1972- 1981. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 463-467.
- 27- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974; 124:460-469.
- 28- Mutlu B. Acil Servise Başvuran Altmış Beş Yaş Üzeri Hastaların Demografik Özellikleri. Uzmanlık Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, 2012.
- 29- Goldney RD. A global view of suicidal behaviour. *Emergency Medicine* 2002; 14: 24-34.
- 30- Blazer DG, Bachar JR, Manton KG. Suicide in late life: review and commentary. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 519-525.
- 31- Lewis G, Slogget A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *Br Med J* 1998; 317: 1283-1286.
- 32- Neeleman J. Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psyc Med* 1997; 27: 1165-1171.
- 33- Bakım B, Özçelik B, Karamustafaloğlu O. Psikiyatrik bozukluklarda gözlenen intihar davranışları düşünen adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2007; 20: 38-47.
- 34- Skegg K. Self-Harm. *Lancet* 2005; 366: 1471-1483.
- 35- Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. *Br J Psychiatry* 1995; 167:747-753.

- 36- Mc Craig LF. National hospital ambulatory medical care survey: 2000m emergency department summary. Washington Dc national center for health statistics, centers for disease control and prevention. US Department Of Health And Human Services 2002: 1-60.
- 37- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europa: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
- 38- Arensman E, Kerkhof AJ, Hengeveld MW, Mulder JD. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1982; 49: 285-289.
- 39- Kapur N, Gask L. Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry* 2006; 5: 259-262.
- 40- Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavram: depresyonda ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 134-138.
- 41- Mgaya E, Kazaura RM, Outwater A, Kinabo L. Suicide in the dar es salaam region, Tanzania, 2005. *J Forensic Leg Med* 2007; 30: 2-5.
- 42- Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admission and socioeconomic deprivation. *Brit Med J* 1995; 311: 226-230.
- 43- Congdon P. Suicide and parasuicide in London; a small- area study. *Urban Studies* 1996; 1: 137-158.
- 44- Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K, Morgan EB, Stajic M, Mann JJ. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 451.
- 45- Birkhead GS, Galvin VG, Meehan PJ, O'Carroll PW, Mercy JA. The emergency department in surveillance of attempted suicide: findings and methodologic considerations. *Public Health Rep* 1993; 108: 323.

- 46- Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998–2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 90–95.
- 47- Tuzer T, Bayam G, Bitlis V. İntihar girişiminde yöntem seçimini etkileyen faktörler. *Kriz Dergisi* 1995; 3: 257-59.
- 48- Dilsiz A, Dilsiz F. İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 124- 129.
- 49- Özgüven HD. İntiharlar ve İntihar Girişimlerinin Hızı ve Temel Sosyodemografik Özellikleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2004: 1-6. [www.iys.inonu.edu.tr/webpanel/Guzidee-3-Psikiyatrik-Aciller](http://www.iys.inonu.edu.tr/webpanel/Guzidee-3-Psikiyatrik-Aciller). Erişim Tarihi. 10.10.2012.
50. Dilbaz N, Sengül CB, Çetin MK, Sengül C, Okay T, Yurtkulu F, Duman T. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 2005; 13: 1-10.
- 51- Kekeç Z. Acil servise başvuran çoklu ilaç zehirlenmesinin yedi yıllık analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5: 69-72.
- 52- Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Island: a gender –specific study. *Gen Hospital Psychiatry* 2004; 26;63-9.
- 53- Güloğlu C. Şervan G. Mehmet Ü. Acil servise başvuran özkıyım olgularının kullandığı yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi. *Tur J Em Med* 2009; 9: 109-114.
- 54- Yip SF, Callanan C, Yuen PH. Urban/rural and gender differentials in suicide rates: east and west. *J Affect Dis* 2000; 57: 99–106.
- 55- Güloğlu C, Kara IH. Acute poisoning cases admitted to a university hospital emergency department in Diyarbakir. *Turkey HET* 2005; 24: 49-54.
- 56- Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention: current research and policy implications. *American Psychologist* 1993; 48: 169-182.
- 57- Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. Psychological autopsy completed suicide in children and adolescents. *Am J Psyc* 142; 9: 1985.

- 58- Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 494-500.
- 59- Zonda T. A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on hungarian material. *Crisis* 1991; 12: 48-57.
- 60- Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1746-1751.
- 61- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 14-19.
- 62- Sayar K, Acar B. Psikofarmakolojik ajanlarla yapılan intihar girişimlerinde risk etkenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 199; 9: 208-212.
- 63- Sayıl I. İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. O Doğan (ed). *Psikiyatrik Epidemioloji'de*, İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, 1995:118-123.
- 64- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, 7 th. ED. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
- 65- Schmidtke A, Bile-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992: results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93: 327-338.
- 66- Platt S. Suicide trends in 24 European Countries 1972-1984. Möller HJ, Schmidtke A, Welz R (ed). *Current Issues of Suicidology'de*. Springer Verlag, Berlin: Heidelberg, 1988.
- 67- Bile-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: A two-year followup. *Crisis*, 1994; 15; 77-82.
- 68- Farmer R. Deliberate self-poisoning. *Br J Hospital Medicine*, 1986; 36: 437-442.
- 69- Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 383-392.

- 70- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE (ed). Reducing Suicide A National imperative. The National Academies Press 2003: 21; 24.
- 71- Marusic A, Farmer A. Genetic risk factors as possible causes of variation in European suicide rates. *Br J Psychi* 2001; 179: 194-196.
- 72- Select committee on substance abuse in the community. A framework for prevention of suicide and self-harm in Australia. *Australian Government Life* 2002: 40-48.
- 73- Leistikow BN, Shipley MJ. Might stopping smoking reduce injury death risks?: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Preventive Medicine* 1999; 28: 255–259.
- 74- Bagley C, Ramsey R. Psychosocial correlates of suicidal behaviors in an urban population. *Crisis*, 1985; 6: 63-77.
- 75- Aysev A. İntihar girişimi olan çocuklarda yaşam olaylar. *Kriz Dergisi*, 1992; 1: 17-21.
- 76- Tondo L, Baldessarini RJ. Suicide: causes and clinical management. Erişim [www.medscape.com](http://www.medscape.com). Erişim tarihi 15.03.2001.
- 77- Frierson RL. Principles of suicide risk asesment. How to interview depressed patients and tailor treatment. *Postgrad Med* 2002; 112: 65-66.
- 78- Runeson BS, Beskow J, Waern M. The suicidal process among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 35-42.
- 79- Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 45: 1045-1050.
- 80- Egeland J, Sussex J. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254: 915-918.
- 81- Çayköylü A, Coskun I, Kirkpınar I, Özer H. Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi* 1997; 5: 37-42.

- 82- Alptekin K, Duyan V, Demirel S. Adıyaman’da intihar girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 150-156.
- 83- Senol V, Ünalın D, Avsarogulları L, İkizceli I. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı’na başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 19-29.
- 84- Barr W, Leitner M, Thomas J. Self-harm or attempted suicide? Do suicide notes help us decide the level of intent in those who survive? *Accid Emerg Nurs* 2007; 15: 122-127.
- 85- Henderson JP, Mellin C, Patel F. Suicide-A Statistical analysis by age, sex and method. *J Clin Foren Med* 2005; 12: 305-309.
- 86- Zihrel S, Zalar B. Risk of suicide after attempted suicide in the population of Slovenia from 1970 to 1996. *Euro Psych* 2006; 21: 396-400.
- 87- Nader IW, Pietschnig J, Niederkrotenthaler T, Kapusta ND, Sonneck G, Voracek M. Suicide seasonality: complex demodulation as a novel approach in epidemiologic analysis. *Plos One* 2011; 6: 17413.
- 88- Tuan VN, Dalman C, Le TC, Thiem V, Nguyen NV, Tran, Allebeck P. Suicide attempt in a rural area of Vietnam: incidence, methods used and access to mental health care. *Int J Ment Health Syst* 2010; 4: 3.
- 89- Seydaoglu G, Satar S, Alparslan N. Frequency and mortality risk factors of acute adult poisoning in Adana, Turkey 1997- 2002. *Mt Sinai J Med* 2005; 72: 393-401.
- 90- Kudo K, Otsuka K, Endo J, Yoshida T, Isono H, Yambe T, et al. Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and nonhospitalized group; *BMC Psychiatry* 2010; 10: 4-5.

## **6. ÖZGEÇMİŞ**

1982 Elazığ doğumluyum. Elazığ Atatürk İlkokulu, Elazığ Balakgazi Ortaokulu ve Elazığ Bilgem Lisesi'ni bitirdikten sonra 2000-2007 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim gördüm. Aralık 2008'den itibaren Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.