

İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip

Analyzing Suicide Attempts: Risk Factors and Follow Up

Ali Emre Şevik¹, Halil Özcan², Emin Uysal³

¹Uz.Dr., Medica Hastanesi, Karabük, ²Uz.Dr., Zekâi Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, ³Uz.Dr., Acil Tıp Uzmanı, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, krize müdahale birimine yönlendirilen intihar girişimlerini sosyodemografik özellikler, psikiyatrik tanı ve takip süreçleri açısından incelemek, uzun vadeli toplumsal koruyucu programların uygulanmasında yol gösterici olmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya Kastamonu Devlet Hastanesi bünyesinde kurulmuş olan krize müdahale birimine Haziran 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran ve psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş olan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler alınmıştır. Hastalara kimlik bilgileri, eğitim ve mesleki durumları ile şimdiki ve geçmiş psikiyatrik hastalıkları sorgulayan sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. **Bulgular:** Toplam 193 hastanın 150'si (%78) kadın 43'ü (%22) erkekti. Yaş aralığı 14-56 olup; ortalama yaş 24.6 ± 9.3 idi. Girişimlerin aylara göre dağılımı değerlendirildiğinde 26 kişi ile en sık ağustos ayı, mevsimsel olarak da 62 (%32) intihar girişimi ile yaz mevsiminde olduğu gözlenmiştir. Grubun 13'ünde (%8) ailede intihar girişimi mevcuttu. Girişimlerin %79'u ilaç alarak yapılmıştır. Hastalardan 144'ü (%75) daha önce intihar girişiminde bulunmamışken, 49'u (%25) daha önce intihar girişiminde bulunmuştu. Girişimde bulunanların 81'i (%42) ile psikiyatri polikliniğinde bir görüşme yapılabilmişken, 112 (%58) kişi görüşmeler düzenli gelmiştir. **Sonuç:** İntihar girişiminde kadınlar erkeklerden daha fazla bulunmaktadır. İntihar girişimleri yaz aylarında daha sık gözlenmiştir. Daha önceki girişim ve aile öyküsü temel risk faktörlerindedir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, intihar girişimi, risk faktörleri, kriz, epidemiyoloji.

SUMMARY

Objectives: The aim of this study is to investigate the sociodemographic characteristics, psychiatric diagnosis and follow-up of suicide attempts, we purpose this study as guiding the implementation of long term social protection programs. **Method:** In this research participants admitted to Kastamonu State Hospital Crisis Intervention Unit with suicide attempt who were consulted to Psychiatry Outpatient Clinic and agreed to participate in the study between June 2008 and January 2010 were taken to the study. Sociodemographic data form including credentials, educational and occupational status, current and previous psychiatric disorders were applied to all participants. **Results:** A total of 193 patients received to study there were 150 (%78) women and 43 (%22) men. While the groups age range, 14-56 years, mean age ranged from 24.6 ± 9.3 years. Most of the suicide attempts application is 26 people in August realized, 62 (32%) of the attempts have been observed in summer months. 13 (8%) of patients had suicide attempts in their family history. 79% of attempts were done by taking drugs. 49 (25%) of patients previously attempted suicide. 81 (42%) had one single interview in a psychiatry outpatient ward the others 112 (58%) had regular interviews. **Conclusion:** Women attempt suicide more than men is detected. During the summer months suicide attempts have been observed more frequently. Previous attempt to suicide having family history of suicide are detected as basic risk factors.

Key Words: Suicide, parasuicide, risk factors, crisis, epidemiology.

(*Klinik Psikiyatri* 2012;15:218-225)

GİRİŞ

Ölüme götüreceğini bilerek, kurbanı tarafından girişilen olumsuz eylemin doğrudan veya dolaylı olarak meydana getirdiği ölüme intihar denir (Durkheim 1992). İntihar, toplumda stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal bozuklukları olanlara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. Shneidman'a (1986) göre intihar dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırılmış, bozulmuş, gücü zayıflamış benliğin çözüm arayıcı eylemidir. Bu eylemin farklı nedenlerle her zaman sonuca ulaşmadığı bir gerçektir. Bu noktadan bakıldığında intihar olgusu "intihar", "intihar girişimi", "intihar düşüncesi" kavramları temelinde ele alınmaktadır (Sayıl 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre intihar girişimi ölümlü sonuçlanmayan, bireyin alışkanlık olmaksızın kendisinin başlattığı ve başkaları tarafından engellenmeyen kendine zarar verme davranışı veya tedavi dozundan daha fazla ilaç kullanma durumudur. İntihar girişiminde bulunan kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında ruhsal acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir. İntihara etik, felsefi, dinsel, toplum bilimsel, ruhsalbilimsel ya da biyolojik açılarından yaklaşılabılır. Bu yaklaşımların temel sorusu hangi etkenlerin, risk faktörlerinin temel amacı yaşamak olan bir canlının, kendi isteği ile yaşamına son verme girişiminde bulunmasında rol oynadığıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre intihar ilk on ölüm nedeni arasında olup; günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Resmi istatistikler ülkemizde özkıyımaya bağlı ölümlerin batı toplumlarına oranla düşük düzeyde olduğunu göstermektedir buna karşın özellikle gençlerde oranlarda sürekli yükselme mevcuttur (DİE 2000). Dünyada tüm ölümlerin yaklaşık %0.9'u intihar sonucudur (Roy 2000). İntihar girişimleri ile başta depresyon ve alkol madde bağımlılığı olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar, olumsuz aile içi etkileşimler, toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar, göç gibi sosyoekonomik etmenler ilişkili bulunmaktadır (McClure 2000). İntihar girişiminde bulunma davranışının genetik yönü de gösterilmiş olup intihar davranışında bulunanların ailelerinde intihar davranışı ve psikiyatrik hastalıklar toplum ortalamalarından yüksek olarak saptanmıştır (Nordentoft 2007).

Ruh sağlığı çalışanları olarak hedeflerimiz intihar davranışını incelemek ve önleyici tedbirleri almak olmalıdır. Bu noktadan hareketle davranışın tanımlanması, riskli grupların belirlenmesi önem kazanmaktadır. Bu risk gruplarının belirlenmesi uygun koruma programlarının uygulanabilmesinin öncülüdür. Batı toplumunda yapılan yoğun sosyal destek programları ile intihar hızında azalma sağlanmıştır (Foster ve ark. 1999). Ülkemizde kurulmuş olan krize müdahale birimlerinden elde edilecek veriler doğru değerlendirilmeli ve koruyucu yaklaşımlar belirlenmelidir. Çalışmamızın bu konudaki veri birikimine katkı sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Kastamonu Devlet Hastanesi bünyesinde kurulan krize müdahale birimine Haziran 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında başvuran ve psikiyatri polikliniğine intihar girişimi nedeniyle yönlendirilmiş hastalar alınmıştır. Hastalar hastanemiz acil bölümüne intihar girişimi nedeni ile gelmiş olup; intiharın psikiyatrik yönüne ilişkin değerlendirmeler girişimden bir hafta sonraki süre içinde yapılmıştır. Değerlendirme sırasında bütün hastaların bilinçleri açık durumdaydı.

Hastaların tümünden bilgilendirilmiş yazılı onam alındıktan sonra hastalara sosyodemografik veri formu uygulanmış; yaş, cinsiyet, eğitim durumları, mesleki durumları, bakım verdikleri kişi sayısı, şimdiki ve önceki psikiyatrik hastalıkları açısından bireyler değerlendirilmişlerdir. Tanı konmuş zeka geriliği olan ve ağır kronik tıbbi hastalığı olan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm katılımcılar altta yatan nedenler, kullandıkları yöntem, intihar fikirleri açısından sorgulanmıştır. Uzman bir psikiyatri hekimi tarafından yapılan muayeneler sonrasında psikiyatrik bir tanı konan hastaların bazılarında Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, Hamilton anksiyete derecelendirme ölçeği gibi klinik değerlendirme ölçekleri uygulanmıştır. Hastaların hepsi psikiyatri polikliniğinde takibe alınmış, başvuruları sonrasındaki psikiyatrik muayenede konulan tanılar ve tedavi süreçleri değerlendirilmiştir. Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların demografik verileri

Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	150	77.7
Erkek	43	22.3
Medeni durum		
Evli	81	42
Bekar	108	56
Boşanmış	4	2
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	95	49
Lise	84	43
Üniversite veya yüksek okul	14	8
Çalışıyor	45	23
Çalışmıyor	148	77

Tablo 2. Girişim öncesi psikiyatrik hastalık dağılımı

Tanı	Sayı (N)	Yüzde (%)
Psikiyatrik hastalığı olmayanlar	117	60
Psikiyatrik hastalığı olanlar	76	40
Toplam	193	100
Depresyon	60	31
Anksiyete bozukluğu	11	5.5
Şizofreni	2	1
Bipolar duygulanım bozukluğu	2	1
Davranım bozukluğu	1	0.5
Toplam	193	100
Bedenssel hastalığı bulunanlar	19	10
Bedenssel hastalığı bulunmayanlar	174	90
Toplam	193	100

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı 16.0 versiyonu, istatistiksel analizde ki kare testi ile yüzde dağılımları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için frekanslar, ortalamalar ve standart sapmalar hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak tanımlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 193 kişinin sosyodemografik verileri Tablo 1'de verilmiştir. Veriler değerlendirildiğinde sürekli değişkenlerin normal dağılmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda bekar (%56) ve evli (%42) bireylerin sayıları arasındaki istatistiksel anlamlı farklılık $p < 0.05$ genel literatür bilgileri ile uyumlu görünse de evli birey sayısındaki fazlalık aile içi sorunların intihar girişimlerinde önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya alınan bireyler içinde yaşadıkları sosyal ortam açısından değerlendirildiğinde 61 kişi çekirdek ailede ebeveyn pozisyonunda, 94 kişi anne-babası ve kardeşleri ile, 6 kişi yalnız, 21 kişi annebaba, kardeş, amca, hala, dayı, dede, nine gibi akrabalarının bulunduğu geniş ailede, 5 kişi akrabalığı

bulunmayan bireylerle, 6 kişi yurttan yaşıyordu. Bu dağılıma bakıldığında çalışmaya alınan bireylerin büyük çoğunluğunun sosyal ve ailevi destek sağlayabilecekleri bir ortamda yaşıyor oldukları görülmektedir. Çalışma grubundaki bireylerin kendilerinin başkasına bakım verme durumunun olup olmadığına bakıldığında 109 kişinin bakım mükellef oldukları bir kişi olmadığı 84 kişinin ise çoğunlukla birinci derece yakınlarının bakımından sorumlu oldukları gözlenmektedir. Örneklemin genç olması ve düzenli işi olanların oranının düşüklüğü dikkate alındığında bakım verme sorumluluğunun oransal olarak düşük olması anlaşılabilir bir bulgudur.

Katılımcıların psikiyatrik ve başka hastalıklarının olup olmadığı ve tanıları Tablo 2'de gösterilmiştir.

İntihar girişimlerinin meydana geldiği saat, ay ve mevsime göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 4, intihar girişimlerinin yöntemlerini gösterirken; Tablo 5'de daha önce intihar girişi olup olmadığı ve bu defaki girişimin amacı ve sonrasındaki düşünceleri gösterilmiştir.

İntiharı tetikleyen etken olarak hastalarca belirtilen yaşam olayının, ilk intihar fikrinin oluştuğu zaman, davranışın ani olup olmadığı ve not bırakılıp bırakılmadığı Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 3. Girişimlerin aylara ve mevsimlere göre dağılımı

Aylar	Mart	Nisan	Mayıs	Haz	Tem	Ağu	Eyl	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şub	Top
Başvuru sayısı	14	13	19	14	22	26	15	18	15	17	11	9	193
Mevsimler	İlkbahar			Yaz			Sonbahar			Kış			N
Başvuru sayısı	46 (%24)			62 (%32)			48 (%25)			37(%19)			193(%100)
Başvuru saatleri	08.00-16.00				16.00-24.00				24.00-08.00				N
Başvuru sayısı	47 (% 25)				123(%64)				23(%11)				193

Tablo 4. İntihar girişiminde kullanılan yöntemlerin dağılımı

Kullanılan yöntem	Hasta sayısı
İlaç olarak*	172 (%89)
İlaca ek olarak başka yöntem ile	22
Kesici Alet	19
Ası	1
Yüksekten atlama	1
Ateşli Silahla	1
Kesici Aletle	17
Ası	2
Yüksekten Atlama	1
Ateşli Silah	1

*Bir kişi kimyasal madde ile

İntiharı tetikleyen neden olarak çalışmaya katılan bireylerin 14'ü ebeveyn çatışması, 13'ü gelişim dönemi sorunları, 15'i ekonomik sorunlar, 9'u dahili hastalık, 5'i yakın ölümü, 1'i evsiz kalma, 63'ü aile/evlilik sorunları, 13'ü yalnızlık, 1'i tecavüz, 7'si okulla ilgili sorunlar, 16'sı aile içi şiddet, 79'u iletişim sorunu, 3'ü sınav kaygısı, 8'i ruhsal hastalık, 6'sı çocuklarla ilişkili nedenler, 54'ü karşı cinsle sorunlar, 3'ü alkol madde bağımlılığı, 20'si evlilik sorunları, 11'i iş sorunları bildirmişlerdir. Bunların hepsi bireylerin başa çıkma becerilerinin sınırlı olduğu durumlardır. Bireyin başa çıkma yetisini anlık veya sürekli etkileyecek tüm etkenler riskin artması anlamına gelmektedir. Evli bireylerin verdiği cevaplar incelendiğinde aile/evlilik ve iletişim sorunlarının en çok işaretlenen maddeler oldukları belirlenmiştir.

Hastalardan 38'i (%19.6) direkt olarak acil servisten taburcu edildikten sonra psikiyatri polikliniğine yönlendirilmişken, 129'u (%66.7) 1 gün süreyle, 25'i (%12.9) 2 gün süreyle ve 1 (%0.5) hasta 4 gün süre ile yatırılarak takip edilmiştir.

Hastalardan 81'i (%42) ile psikiyatri polikliniğinde sadece tek görüşme yapılabilmişken, 112 (%58) hasta görüşmelere düzenli gelmiştir. Görüşmelere düzenli gelen ve gelmeyen hastaların arasında demografik ve klinik veriler açısından bir fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Ölüm oranları düşük olsa da ülkemizde intihar düşüncesi ve girişimlerinin gençler arasında yaygın olduğu yapılmış çalışmalarda gösterilmiştir. Örneğin, üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışma gençlerin %42'sinin bir zaman kendini öldürmeyi düşündüğünü ve %7'sinin girişimde bulunmuş olduğunu göstermiştir (Dilbaz 2004). Örneklemimizdeki yaş ortalaması da genç denebilecek 25 olarak bulunmuştur. Yine Ankara'daki tüm acil servislere 1990 yılı içinde intihar girişimi ile başvuruları tarayarak yapılan bir çalışmada intihar girişimlerinin daha çok 15-24 yaş grubunda ve kadınlarda yüksek olduğu saptanmıştır (Eskin 2006). Çalışmamızın sonuçları bu bulgularla uyumludur (Tablo 1). Ölüm oranları düşük olsa da ülkemizdeki intihar oranlarının artış hızı konunun toplumsal bir soruna dönüşme yolunda olduğunu göstermektedir. Çok yüksek intihar oranlarına karşın uygun koruyucu yaklaşımlar geliştiren Kuzey Avrupa ülkelerinde intihar oranlarında düşme sağlanmıştır (Foster ve ark. 1999). Risk faktörlerinin doğru belirlenmesi ülkemiz açısından da önem taşımaktadır.

Tablo 5. İntihar girişimi öyküsü ve şimdiki girişimin amacını açıklama şekilleri

İntihar girişimi	Sayı
Daha önce intihar girişimi olmayanlar	144 (%75)
Daha önce intihar girişimi olanlar	49 (%25)
Son 1 yıl içerisinde	25 (%50)
Son 1 yıldan önceki dönemde	24 (%50)
İntihar girişimi ile amaçladıkları	
Ölmek ve kurtulmak	109 (%56)
Sorunlarından kurtulmak	28 (%16)
Yardım çağırısı olarak	14 (%7)
Kendine zarar verme amaçlı	13 (%7)
Yanlışlıkla yüksek doz ilaç alımı (şüpheli)	7 (%3)
Neden bildirmeyenler	22 (%11)
İntihar girişimi sonrası	
Girişimde ölmüş olmayı dileyenler, tekrar isteği yok	33 (%17)
Tekrar Girişimde bulunmayı düşünenler	40 (%21)
Pişman ve tekrarlama düşüncesi olmayanlar	120 (%62)
Toplam	193 (%100)

Çalışmamızda bekar ve evli birey sayısı arasındaki anlamlı farklılık genel literatür ile uyumlu görünmekle birlikte evli bireylerin özellikle aile/evlilik ve özellikle eşleriyle iletişim sorunu yaşadıklarını belirtmeleri aile içi sorunların intihar girişimlerinde önemli olabileceğini düşündürmektedir. Girişimde bulunan bireylerin sadece 4'ü (%2) boşanmıştı. Grubumuzun büyük çoğunluğu hiç evlenmemiş bireylerden oluşmaktaydı. Cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, ekonomik düzey gibi sosyodemografik etmenlerin intihar girişimini etkilediği, bekar veya hiç evlenmemiş olma durumunun tamamlanmış intihar ve intihar girişimi açısından risk faktörü olduğu araştırmalarda gösterilmiştir (Kessler ve ark. 1999, Sayıl 2002). Ailesi aracılığı ile hastaneye getirilen kişi sayısı 106'dır.

Kastamonu ilinin nüfus dağılımı açısından kırsal nüfus ağırlıklı olması eğitim düzeyinin düşük olmasını, kırsal nüfusun geçimini ormancılık ve çiftçilik gibi geçici veya mevsimsel işlerle sağlıyor

Tablo 6. İntihar düşüncesinin oluşum süreci ve davranışı

İntihar düşüncesinin ilk oluştuğu zaman	Hasta sayısı (Yüzde)
Daha önce düşünmemiş	0
Son 3 ay içerisinde	72 (%37)
Son 6 ay içerisinde	16 (%8)
6 aydan daha önceki bir dönemde	105 (%55)
İntihar Davranışı	
Önceden düşünmesine karşın ani bir kararlar	179 (%93)
Zamanlamayı Planlayarak	14 (%7)
Başkasına girişimi öncesi anlatma	24 (%12)
İntihar notu yazma	25 (%12)

olması çalışma örneklemindeki düzenli işi olanların sayısının az olmasını açıklıyor olabilir. Örnekleimde genç ve düzenli işi olanların oranının düşük olduğu değerlendirildiğinde bakım verme sorumluluğunun oransal düşüklüğü anlaşılabilir olmaktadır. İntihar girişimi stres yaratan yaşam koşullarına tepki veren normal kişilerden ruhsal bozukluğu olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. Bugün intihar davranışının yalnızca bireysel ya da toplumsal bir patolojinin ürünü olmayıp temelde biyolojik, psikolojik ve toplumsal etmenlerin bir bileşkesi sonucu oluştuğu bilinmektedir (Howat ve ark. 2002). İntihar girişimleri ile başta depresyon ve alkol madde bağımlılığı olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar, olumsuz aile içi etkileşimler, toplumsal dayanışma azlığı, ekonomik sorunlar, göç gibi sosyoekonomik etmenler ilişkili bulunmaktadır (Özgüven 2003, Large ve ark. 2011, Eskin ve ark. 2005) .

Literatüre bakıldığında bireylerin karşılaştıkları problemleri çözme becerileri de intihar davranışı ile ilişkili bulunmuştur (Pitman 2011). Grubun çoğunluğunun ailesi ile yaşadığı değerlendirildiğinde sosyal destek sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Buna karşın girişimde bulunmuş olmalarının nedeni mesaj verme amaçlı olabilir. Bir başka neden yakınlarının sorunu öngöremedikleri, girişimde bulunanların sorunlarını algılamada

yetersiz kaldıkları olabilir. Bu durumda da intihar girişimi; zorda olduğunu, başa çıkma yetilerinin yetersiz olduğunu iletmede tercih edilen bir yöntem olabilir. Örneklemin genç olması bireylerin yardım arama davranışında bulunmadığını düşündürebilir (Milner 2010). Kadınların ve dahili rahatsızlığı olanların daha fazla yardım arama davranışında buldukları gösterilmiştir (Baca-Garcia ve ark. 2011).

Tablo 6'ya bakıldığında 179 kişi daha önce düşünmüş olmasına karşın ani olarak herhangi bir tetikleyici nedenle intihara karar verdiğini belirtmektedir. Buradan hareketle özellikle gençlerde, ailelerine ek olarak, psikiyatrik takibi sürdüren uzmanın her türlü intihar tehdidini ciddiye alması gereklidir. Girişimde bulunan kişilerin %12'si bu niyetinden bir başkasına söz etmiş durumdadır. Çalışmalar intihar fikrinin dile getirilmesinin girişimi yordayan önemli bir etken olduğunu göstermektedir (Voracek 2011). Tabloda intihar fikrinin oluşumunun ve eyleme geçmesinin zaman aldığı görülmektedir. Bu sürenin görece uzun oluşu intiharların önlenmesinde farkındalığın ve erken psikiyatrik desteğin sağlanmasının bu bireyler açısından önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Bu alanda toplumsal farkındalığın artırılması koruyucu hekimlik adına önemlidir.

Hastaların intihar girişimlerini takiben ilk yardım başvurusunda bulunuş şekilleri değerlendirildiğinde 1 kişinin kendisinin başvurduğu, 106'sının aile bireyleri tarafından, 30'unun akraba olmayan yakınları, 5'inin 112 acil servis ambulansı ile ve 6'sının diğer yollardan hastaneye getirildiği gözlenmiştir. Ailesi aracılığı ile hastaneye getirilen grubun fazla oluşu bireylerin özellikle evde birilerinin bulunduğu durumlarda girişimde bulunduğunu desteklemekte bu da intiharın daha çok sorunlarını bu yolla anlatma yardım arama düşüncesi temelinde olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırma bu görüşümüzü destekler niteliktedir (Usta 2011).

Psikiyatrik hastalıkların intihar davranışı açısından bir risk faktörü olduğu daha önce tanımlanmıştır (MacLean 2011). Çalışmamızdaki 76 bireyde psikiyatrik hastalık öyküsü saptanması, 5 hastanın ailesinde ruhsal hastalık, 11'inin ailesinde intihar girişimi, 2'sinin ailesinde intiharla ölüm öyküsü bulunması psikiyatrik hastalıklar ve intiharın

genetik yönünü birkez daha vurgulamaktadır. Bireylerin 174'ünde (%90) bedensel bir hastalık yokken 19'unda (%10) yaşamı tehdit etmeyen sürekli takip gerektiren bedensel hastalıklar bulunması bedensel hastalıkların eşlik eden psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olarak intihar girişimi riskini artırıcı etkisi olduğunu destekliyor görünmektedir (Nader 2011) (Tablo 2).

En sık girişimin 16.00-24.00 saatleri arasında, yaz aylarında ve ağustos ayında olduğu görülmüştür (Tablo 3). İntihar girişimindeki mevsimsel dağılım ile ilgili farklılıklar olduğunu ya da olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Tsai ve ark. 2011, Odağ 1995). Ülkemizde yapılan bir çalışmada intihar mevsimselliğine dair benzer sonuçlar bulunmuş ancak bunun nedeni tartışılmamıştır (Asirdizer 2010). Yapılan bir araştırmada intiharların özellikle ilkbahar ve yaz aylarında daha sık olduğu, bu durumun mevsimsel serotonin düzeyindeki dalgalanma ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (Makris 2012). Bu konuda ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yöntem seçiminde kişinin ruhsal yapısı, cinsiyeti, yaşı ve toplumsal değerler etkilidir. İlaç alma, ası, yüksek yerden atlama, ateşli silah ile kendini vurma, bilek damarlarını kesme dünyada yaygın olarak uygulanan intihar girişimi yöntemleri olup; en çok kullanılan yöntem ilaç alarak kendini öldürme girişimidir. Erkeklerin kadınlara göre ası, ateşli silahla vurma gibi daha öldürücü yöntemleri tercih ettiği, bu bireylerde yardım arama davranışının daha az görüldüğü bilinmektedir (Wiedenmann ve ark. 1993, Şenol ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda da en sık kullanılmış olan yöntem %89 ile ilaç alma olup (Tablo 4) bireylerin %11'inin ek bir yöntem kullanmış olması girişimlerde kesin ölümü sağlama çabası olarak düşünülebilir.

İntihar girişimi için en önemli risk faktörleri genç yaş, kadın olma, bekar ya da boşanmış olma, işsiz kalma, yaşamda önemli bir değişikliğin olması, psikiyatrik bir hastalığın bulunması, özellikle de depresyon ve daha önce intihar girişimi olması olarak belirlenmiştir. Depresyon varlığı ve daha önce intihar girişiminde bulunmuş olması bizim çalışmamızda da önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir (Tablo 2, Tablo 5). Risk faktörlerinin doğru tespiti koruyucu yaklaşım için ilk adım ola-

caktır (Spirito ve ark. 2003). Literatürde genç yaş ve eşlik eden depresyon tekrarlayan intihar girişimleri için önemli bir risk faktörü olarak ileri sürülmüştür (Vaiva ve ark. 2011). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur.

Girişim sonrası hastaların %21'i tekrar girişimde bulunabileceklerini ifade ettiklerinden bu bireylerin psikiyatrik izlemlerinin düzenli yapılması gerekliliğini ortaya çıkmaktadır. 12 ayı geçen sürelerdeki takip çalışmaları intihar girişiminin tekrarlama oranlarını %20-25 aralığında vermekte olup; bu oranlar bulgularımızla benzerdir (Tablo 5). Tekrarları önlemede en uygun yaklaşımın bireylerin uzun süreli takiplerinin yapılmasının olacağı ileri sürülmüştür (Hvid ve ark. 2010). Hastalardan, %42'si ile tek görüşme yapılabilmişken, %58'inin araştırma yapıldığında görüşmelere ortalama ayda bir kez düzenli olarak geldiği ve yapılan görüşme sayısının ortalama 10 olduğu tespit edilmiş olup; bu görüşmelerde hastaların sorunlarına yönelik destekleyici, çözümleyici yönde öneriler verilmiş aile görüşmeleri yapılmış ve gereken hastalarda ilaç tedavisi önerilmiştir. Girişim öncesi 76 hastada psikiyatrik hastalık tanısı mevcut olup; görüşmeler esnasında 13 hastaya kişilik bozukluğu, 45 hastaya uyum bozukluğu ve depresyon, 23 hastaya depresyon, 14 hastaya anksiyete bozukluğu, 2 hastaya şizofreni ve 2 hastaya da bipolar duygulanım bozukluğu tanısı konmuştur. Bu hastalardan 32 tanesi önceden başlanan ilaç tedavilerine devam ederken geriye kalanı tedavilerini bırakmıştı. Bu bulgular neticesinde 90 hastaya ilaç tedavisi önerilmiştir. İlaçların çoğu SSRI grubu antidepresanlar ve 11 hastada düşük doz antipsikotikler, iki şizofreni hastasından birinde Klozapin 400 mg/gün ve birinde Risperidon 6 mg/gün kullanımı olarak belirlenmişti. Ayrıca bipolar bozukluğu olan 2 hasta duygudurum düzenleyici olarak lityum ve valproik asit kullanıyordu. İzlemleri sırasında takibe gelen hastaların çoğunluğunda intihar düşüncelerinde belirgin azalma olduğu, görüşmelerde yapılan

muayenelerde bildirilmiştir. Görüşmeye gelmeyen hastaların sosyodemografik verileri, öncesinde bir psikiyatrik hastalıkları olup olmadığı gelenlerle karşılaştırıldığında arada istatistiksel anlamda bir fark olmadığı görülmüştür. Takip süresinde sadece davranım bozukluğu tanısı konan ve görüşmelere düzenli gelmeyen 16 yaşında bir kadın hastanın tekrar ilaçla intihar girişiminde bulunarak acile geldiği belirlenmiştir. Çalışmamızda düzenli psikiyatri takibine devam edenlerin %58 (112 kişi) olması bu alanda ek önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Takibe gelmeyen bireylere ve mümkünse yakınlarına telefonla ulaşarak takibin sürekliliğinin sağlanması yönünde bireylerin motive edilmeleri alternatif bir yaklaşım olabilir (Ghio ve ark. 2011, Callaghan ve ark. 2011). Tek görüşme sonrası kontrollere gelmeyen hastaların ne kadarının tedaviyi reddettikleri için gelmediği (Kuo ve ark. 2001), ne kadarında intihar girişimine neden olan durumun düzeldiği sorusu irdelenmelidir. Uygun yaklaşımla son iki dekatta batı toplumunda intihar olgularında azalma sağlandığı gösterilmiştir (Foster ve ark. 1999). Daha önceki girişimin en önemli risk etkeni olduğu bu popülasyonun koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın intiharların nedenleri, takip süreci, dikkat edilmesi gereken noktalar ve önlenmesi açısından literatüre katkısının olacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın kısıtlılıklarına gelince önemli bir kısıtlılık, hastalara konulan tanıların uzman bir psikiyatri hekimi tarafından görüşmeler neticesinde konulması ancak SCID gibi bir tanı koyma ölçeğinin kullanılmamış olmasıdır. Ayrıca görüşmelere düzenli gelmeyen hastalara telefonla ulaşmaya çalışılmış ancak hastalar hastaneye davet edilmelerine rağmen görüşmeye gelmemişlerdir.

Yazışma adresi: Dr. Ali Emre Şevik, Medical Hastanesi, Karabük, aliemresevik@gmail.com

KAYNAKLAR

Asirdizer M, Yavuz MS, Aydın SD ve ark. (2010) Suicides in Turkey between 1996 and 2005: general perspective. *Am J Forensic Med Pathol*, 31:138-145.

Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA ve ark. (2011) Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the

right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior, *J Affect Disord*, 134:327-332.

Callaghan S, Ryan CJ (2011) Refusing medical treatment after attempted suicide: rethinking capacity and coercive treatment in light of the Kerrie Woollorton case. *J Law Med*, 18:811-819.

- DİE İntihar İstatistikleri (2000) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları, Ankara.
- Dilbaz N (2004) Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 13:1-10.
- Durkheim E (1992) İntihar: Toplum bilimsel İnceleme. Çev: Ozan Kaya Ö. İmge Kitabevi, Ankara.
- Eskin, M, Demir H K, Demir S (2005) Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse and suicidal behavior in university students in Turkey. *Arch Sex Behav*, 34:185-195.
- Eskin M, Akoğlu A, Uygur B (2006) Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar davranışıyla ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 17:266-275.
- Foster T, Gillespie K, McClelland R ve ark. (1999) Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *Br J Psychiatry*, 175:175-179.
- Ghio L, Zanelli E, Gotelli S ve ark. (2011) Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 18:510-518.
- Howat S, Davidson K (2002) Parasuicidal behaviour and interpersonal problem solving performance in older adults. *Br J Clin Psychol*, 41: 375-386.
- Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ ve ark. (2010) Preventing repetition of attempted suicide-II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 65:292-298.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE (1999) Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56:617-626.
- Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY (2001) Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*, 31:1181-1190.
- Large M, Sharma S, Cannon E ve ark. (2011) Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*, 45:619-628.
- MacLean J, Kinley DJ, Jacobi F ve ark. (2011) The relationship between physical conditions and suicidal behavior among those with mood disorders. *J Affect Disord*, 130:245-250.
- Makris GD, Reutfors J, Osby U ve ark. (2012) Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden. *Acta Psychiatr Scand.*, doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01891.x. [Epub ahead of print]
- McClure GM (2000) Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psychiatry*, 176:64-67.
- Milner A, De Leo D (2010) Who seeks treatment where? Suicidal behaviors and health care: evidence from a community survey. *J Nerv Ment Dis*, 198:412-419.
- Nader IW, Pietschnig J, Niederkröthaler T ve ark. (2011) Suicide seasonality: complex demodulation as a novel approach in epidemiologic analysis. *PLoS One*, 24:2.
- Nordentoft M (2007) Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. Dan Med Bull*, 54:306-369.
- Odağ C (1995) İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova-İzmir.
- Özgüven HD, Soykan Ç, Haran S ve ark. (2003) İntihar girişiminde depresyon ve kaygı belirtileri ile problem çözme becerileri ve algılanan sosyal desteğin önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18: 1-11.
- Pitman A, Osborn DP (2011) Cross-cultural attitudes to help-seeking among individuals who are suicidal: new perspective for policy-makers. *Br J Psychiatry*, 199:8-10.
- Roy A (2000) Psychiatric emergencies. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. BJ Sadock, VA Sadock (Ed), 7. baskı, Baltimore, Lippincott, Williams & Wilkins, s.2031-2040.
- Shneidman ES (1986) Some Essentials of Suicide and Implications for Response, in *Suicide*. A Roy (Ed), Baltimore, Williams and Wilkins, s.1-16.
- Sayı I (2000) İntihar Davranışı, Kriz ve Krize Müdahale, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No: 6 Ankara, s.165-168.
- Sayı I (2002) İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*, O. Doğan (Ed), Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir, s.118-123.
- Spirito A, Valeri S, Boergers J ve ark. (2003) Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 32:284-289.
- Şenol V, Ünal D, Avşaroğulları L ve ark. (2005) İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:19-29.
- Tsai JF, Cho W (2011) Re-examination of the seasonality of suicide in Taiwan during 1991-2008: a population based study. *Psychiatry Res*, 186:147-149.
- Usta N, Çelik K (2011) İntihar ve intihar girişimleri Samsun ili, Samsun Sempozyumu.
- Vaiva G, Jardon V, Vaillant A ve ark. (2011) What can we do to prevent the suicide re-attempts? *Rev Prat*, 61:202-2033.
- Voracek M (2011) Biological parent suicide and severe psychiatric morbidity are risk factors for suicide in adopted and non-adopted offspring. *Evid Based Ment Health*, 14:66.
- Wiedenmann A, Weyerer S (1993) The impact of availability, attraction and lethality of suicide methods on suicide rates in Germany. *Acta Psychiatr Scand*, 88:364-368.