

İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi

Evaluation of child and adolescents with attempted suicide

Gülşen Ünlü*, Zeynep Aksoy**, Eşme Ece Ersan**

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Denizli

**Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Çalışma Modülü Programı, Denizli

Özet

Amaç: İntihar gençlerde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Bu araştırmanın amacı, intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin ruhsal tanıları ile klinik ve demografik özelliklerinin saptanmasıdır.

Gereç ve yöntem: Ocak 2009-Aralık 2011 tarihleri arasında intihar girişimi nedeniyle çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi tarafından değerlendirilmiş olan 18 yaş altındaki hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: İntihar girişiminde bulunan 61 olgunun 45'i (%73.8) kız ve 48'i (%78.7) 15-17 yaş aralığındaydı. Aşırı doz ilaç alımı en yaygın intihar girişimi yöntemi (%83.6). Girişimde bulunanların %65.6'sında ruhsal bozukluk saptandı. En sık belirlenen ruhsal bozukluklar majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu idi. Aile ve kız/erkek arkadaşla çatışma intihar girişimi için en sık tetikleyici faktörlerdi.

Sonuç: İntihar girişimleriyle ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, intihar davranışının öngörülebilmesine yardımcı olabilir. Araştırmamızın sonucunda, kız cinsiyette olma, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozukluklar ve yakın ilişkilerde sorunlar ergenlerde intihar girişimi ile ilişkili önemli etkenler olarak belirlenmiştir. İntihar riski olan ergenlerin izlem ve tedavisi koruyucu ruh sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Pam Tıp Derg 2014;7(3):176-183

Anahtar sözcükler: Ergen, intihar girişimi, ruhsal tanı, demografik özellikler.

Abstract

Purpose: Suicide is the second leading cause of death among young people. The aim of this study was to investigate psychiatric diagnoses, clinical and demographic characteristics of children and adolescents who attempted suicide.

Materials and methods: Medical records of patients who attempted suicide under the age of 18 were examined by a child and adolescent psychiatrist, between January 2009 and December 2011 were evaluated retrospectively.

Results: Out of 61 patients who attempted suicide, 45 (73.8%) were female and 48 (78.7%) of them were between the ages of 15-17. Drug overdose was the most common way of attempting suicide (83.6%). Psychopathology was diagnosed in 65.6% of these patients. The most frequent psychiatric disorders were major depressive disorder, conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder. Conflicts with family and in boyfriend/girlfriend relationships were the most common precipitant factors for attempting suicide.

Conclusion: The identification of risk factors related to suicide attempts maybe helpful in predicting suicidal behaviour. Current research suggests that being female, having mental disorders (particularly depression) and close relationship problems were important factors associated with adolescent suicide attempts. Close monitoring and treatment of adolescents at risk of attempting suicide are crucial in preventive mental health.

Pam Med J 2014;7(3):176-183

Key words: Adolescent, suicide attempt, psychiatric diagnosis, demographic features.

Gülşen Ünlü

Yazışma Adresi: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Denizli
e-mail: gulsenu@pau.edu.tr

Gönderilme tarihi: 23.09.2013

Kabul tarihi: 07.01.2014

Giriş

İntihar, bireyin açık veya örtük ölüm niyetiyle kendine uyguladığı, ölümlü sonuçlanan yıkıcı eylemdir. Kendine zarar verici bu davranış ölümlü sonuçlanmadığında ise intihar girişimi olarak adlandırılmaktadır [1]. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünyada her yıl yaklaşık 1.000.000 kişi intihar sonucu ölmekte ve genç yaş grubunda intihar oranı artış göstermektedir [2]. İntihar, 10-24 yaş aralığındaki gençlerde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta, intihar girişimlerinin ise tamamlanmış intihardan 20 kat daha sık olduğu belirtilmektedir [2]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) [3] da, 2011'de intihar sonucu ölüm sayısını 2677 olarak bildirmiş olup, bu ölümlerin en büyük kısmını 15-19 yaş aralığındaki gençlerin oluşturduğu görülmektedir. Yine TÜİK'in [4] İzmir'de yaptığı bir araştırmada, 2012 yılında tüm intihar girişimlerinin %44.9'unun 15-24 yaş aralığındaki gençlerde gerçekleştiği saptanmıştır.

Çocuk ve ergenlerde intihar amacı ile çok çeşitli öldürücü yöntemler uygulanmaktadır. Ateşli silahlar, ası, ilaç alımı, kendini boğma, yakma, bıçaklama, trafiğe atlama, suda boğulma kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır [5]. Ergenler arasında en yaygın intihar girişimi yönteminin bilinçli olarak aşırı dozda ilaç alımı olduğu bildirilmiştir [6]. Kızlarda intihar girişiminin daha sık olduğu ve kızların erkeklere oranla daha az ölümcül yöntemlere başvurduğu bilinmektedir [7,8].

İntihar davranışı ruhsal bozukluklar ve belirtilerin varlığı, sosyal desteğin yetersiz oluşu ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen karmaşık bir belirtidir [9]. Suisidal olmayan kendine zarar verme davranışı, önceki intihar girişimi, ruhsal bozukluklar, kişilik bozuklukları, dürtüsel agresyon, umutsuzluk, ailede depresyon ve intihar öyküsü, ebeveyn kaybı ya da boşanma, aile sorunları, fiziksel ve/veya cinsel istismar, sosyal desteğin azlığı, çevre tarafından onaylanmayan homoseksüalite intihar için risk faktörleri arasında yer almaktadır [10,11].

Çocuk ve ergenlerde intihar ve intihar girişimleri, hem ülkemizde hem de dünyada gittikçe artan bir sorun olarak kabul edilmektedir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar girişimiyle ilgili etmenlerin belirlenmesi, yüksek riskli çocuk ve ergenlerin saptanarak koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmada intihar girişimi nedeniyle başvuran çocuk ve ergenlerin demografik ve klinik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Bu araştırmada Ocak 2009-Aralık 2011 tarihleri arasında kapsayan üç yıllık dönemde Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran, acil serviste ya da tedavisinin sürdüğü yataklı serviste çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi tarafından değerlendirilmiş olan 18 yaş altındaki tüm çocuk ve ergenlerin tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların demografik ve klinik özellikleri, tetikleyici faktörler ve intihar girişiminin niteliği değerlendirilmiştir. Veriler SSPS 11.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmış, gerektiğinde Yates süreklilik düzeltmesi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir. Araştırma öncesi Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Bulgular

Üç yıllık dönemde intihar girişimi nedeniyle değerlendirilen 61 olgunun 45'i (%73.8) kız, 16'sı (%26.2) erkektir. Kız/erkek oranı 2.8/1 olarak belirlenmiştir. Olguların ortalama yaşı 15.4 ± 1.4 ve yaş aralığı 12-17'dir. Olguların çoğu 15-17 yaş arasındadır ($n=48$, %78.7). Yaş ortalaması açısından kızlar (15.4 ± 1.4) ve erkekler (15.4 ± 1.7) arasında farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

İntihar girişimi yöntemleri değerlendirildiğinde, en sık kullanılan yöntemin aşırı dozda ilaç alımı olduğu, bunu insektisid-pestisid ve koroziv maddelerin alımının izlediği saptanmıştır. Girişim yöntemi açısından cinsiyet ve yaş farkı yoktur ($p>0.05$). Olguların intihar girişimi özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo-1'de gösterilmiştir.

Aşırı dozda ilaç alımı yoluyla intihar girişiminde bulunan olgulardan 40'ının tıbbi kayıtlarında almış oldukları ilaçlara ait bilgi mevcuttur. Bunlardan 21'inin (%52.5) birden fazla ilaç türünü bir arada almak yoluyla girişimde bulunduğu görülmüştür. Analjezikler en sık ($n=19$, %47.5) kullanılan ilaçlar olup, bunu sırasıyla soğuk algınlığı tedavisinde kullanılan ilaçlar ($n=11$, %27.5), kas gevşeticiler ($n=5$, %12.5) ve antibiyotikler ($n=5$, %12.5) izlemektedir. Olguların 40'ının (%65.6) tedavisi acil serviste tamamlanmış, 21'inin (%34.4) tıbbi durumu nedeniyle bir klinikte veya yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavisi gerekmiştir. Yatışı

Tablo 1. İntihar girişimi özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

	Kız (n=45)		Erkek (n=16)		Toplam (n=61)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Girişim yöntemi						
İlaç alımı	37	82.2	14	87.5	51	83.6
Toksik madde	3	6.7	1	6.2	4	6.6
Yüksekten atlama	2	4.4	-	-	2	3.3
Kesici-delici alet	1	2.2	1	6.2	2	3.3
Diğer*	2	4.4	-	-	2	3.3
$\chi^2= 2.049$ SD=4 $p=0.616$ (Ki-kare testi)						
Daha önce girişim öyküsü						
Var	12	26.7	2	12.5	14	23.0
Yok	33	73.3	14	87.5	47	77.0
$p=0.318$ (Fisher'in kesin testi)						
İntihar planı (n=60)						
Var	2	4.4	-	-	2	3.3
Yok	43	95.6	15	100.0	58	96.7
$p=1.000$ (Fisher'in kesin testi)						
Ölüm isteği (n=60)						
Var	8	17.8	1	6.7	9	15.0
Yok	37	82.2	14	93.3	51	85.0
$p= 0.427$ (Fisher'in kesin testi)						
*Diğer:Trafikte atlama (n=1, %1.6), İlaçla birlikte koroziv madde alımı (n=1, %1.6)						

yapılan olguların tümü intoksikasyon vakaları olup, tedavileri 1-5 gün (ortalama: 2.1±1.2) sürmüştür.

İlk kez intihar girişiminde bulunanların (n=47, %77.0) çoğunlukta olduğu belirlenmiş, 14 olgunun ise (%23.0) daha önce de girişimde bulunduğu öğrenilmiştir (Tablo-1). Dokuz (%14.8) olguda geçmişte bir kez, üç (%4.9) olguda iki kez, bir (%1.6) olguda dört kez, bir olguda (%1.6) da beş kez intihar girişimi öyküsü mevcuttur. Tekrarlayıcı girişim açısından cinsiyet ve yaş farkı yoktur ($p>0.05$). Tıbbi

kayıtları yeterli olan olgulardan sadece ikisinin (%3.3) daha önceden intihar planı yaptığı, dokuzunda (%15.0) girişim sırasında aktif ölüm isteği olduğu saptanmıştır (Tablo-1). Tetikleyici faktörler değerlendirildiğinde, en sık belirlenen neden aile çatışması olmuş (n=30, %49.2), bunu kız/erkek arkadaşla ilişki sorunu (n=7, %11.5) ve olumsuz yaşam olayları (n=7, %11.5) izlemiştir. Cinsiyete göre tetikleyici faktörlerin dağılımı Tablo-2'de gösterilmiş olup, kız ve erkekler arasında farklılık saptanmamıştır. ($p>0.05$).

Tablo 2. Tetikleyici faktörlerin cinsiyete göre dağılımı

	Kız (n=45)		Erkek (n=16)		Toplam (n=61)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aile çatışması	22	48.9	8	50.0	30	49.2	0.623
Karşı cinsle sorun	5	11.1	2	12.5	7	11.5	
Olumsuz yaşam olayları	6	13.3	1	6.2	7	11.5	
Okul sorunu	4	8.9	1	6.2	5	8.2	
Akran ilişkilerinde sorun	4	8.9	1	6.2	5	8.2	
Cinsel istismar	2	4.4	-	-	2	3.3	
Belirtilmemiş	2	4.4	3	18.8	5	8.2	
Ki-kare testi, $\chi^2= 4.397$, SD=6							

Olguların çoğunun (n=36, %59.0) daha önce bir psikiyatri hekimine başvurmadığı, intihar girişimi sırasında 41 olgunun (%67.2) psikotrop ilaç kullanımının olmadığı, 14 olgunun (%23.0) tek, altı olgunun (%9.8) ikili ilaç tedavisi almakta olduğu belirlenmiştir. En sık kullanılan psikotrop ajanlar antidepresanlar (n=14, %23.0) olup, bunu antipsikotikler (n=5, %8.2) ve psikostimülanlar (n=4, %6.6) izlemiştir. İki (%3.3) olguda duygudurum düzenleyici olarak antiepileptik ve bir (%1.6) olguda da anksiyolitik kullanımı olduğu saptanmıştır.

İntihar girişimi sonrası yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda 21 olguda (%34.4) herhangi bir ruhsal bozukluk saptanmamış, dürtüsel intihar girişimi olarak değerlendirilmiştir.

Olgulardan 23'ü (%37.7) tek, 17'si (%27.9) komorbid iki ruhsal bozukluk tanısı almıştır. majör depresif bozukluk en sık saptanan ruhsal bozukluk olup (n=31, %50.8), bunu davranım bozukluğu (n=15, %24.6), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (n=5, %8.2), anksiyete bozuklukları (n=2, %3.3), uyum bozukluğu (n=2, %3.3) ve bipolar 1 bozukluğu (n=2, %3.3) izlemiştir. saptanan ruhsal bozuklukların cinsiyete göre dağılımı tablo-3'te listelenmiştir. davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) erkeklerde daha sıktır ($p<0.05$). İlk kez intihar girişimine bulunan olgularla tekrarlayan girişimi olan olgular arasında ruhsal bozukluklar açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Tetikleyici faktörlerin cinsiyete göre dağılımı

	Kız (n=45)		Erkek (n=16)		Toplam (n=61)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Majör depresif bozukluk ^{*a}	21	46.7	10	62.5	31	50.8	0.425
Davranım bozukluğu ^{**}	7	15.6	8	50.0	15	24.6	0.015
DEHB ^{**}	1	2.2	4	25.0	5	8.2	0.015
Diğer ^{**}	5	11.1	1	6.2	6	9.8	1.000
Ruhsal bozukluk saptanmadı ^{*b}	18	40.0	3	18.8	21	34.4	0.219

* Ki-kare testi, Yates süreklilik düzeltmesi uygulanmıştır.

** Fisher'in kesin testi

a $\chi^2=0.635$, SD=1

b $\chi^2=1.514$, SD=1

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Olguların psikiyatrik değerlendirilmesi sonucunda, 44 olguya (%72.1) poliklinik kontrolü önerilmiş, 10 olguya (%16.4) antidepresan tedavi başlanarak kontrole çağırılmıştır. Dört olgu (%6.6) psikiyatri servisine yatış için yüksek güvenlikli hastanelere sevk edilirken, başka bir sağlık kurumunda psikiyatrik tedavi görmekte olan üç olgu (%4.9) da kendi istekleri üzerine tedavilerini sürdüren hekimlere yönlendirilmiştir. Poliklinik kontrolü önerilen 54 olgunun sadece 16'sının (%29.6) randevuya geldiği görülmüştür. Tedavi amaçlı başvuru oranının cinsiyet ve ruhsal bozukluk olup olmamasına göre farklılık göstermediği, buna karşın tekrarlayan intihar girişimi olan olguların tedaviye devam oranının, ilk kez girişimde bulunanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo-4).

Antidepresan tedavi başlanan olguların tümü majör depresif bozukluk tanısı alan hastalardır. depresif hastaların 10'unun (%32.3) intihar girişimi öncesi psikiyatrik tedavi almakta olduğu ve antidepresan kullandığı belirlenmiştir. herhangi bir tedavi almayan majör depresif bozukluk tanılı 21 olgudan birine (%4.8)

yatış önerilmiş, 10'una (%47.6) antidepresan tedavi başlanarak kontrole çağırılmış, 10'una (%47.6) ise ilaç tedavisi başlanmadan poliklinik başvurusu önerilmiştir. Bu olguların tedaviye devam oranları değerlendirildiğinde, antidepresan başlanan grupta tedavi amaçlı başvurunun (n=4, %40.0) ilaç kullanımı önerilmeyen olgulardan (n=3, %30.0) anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tartışma

Bu çalışmada üç yıllık süre içinde intihar girişimi nedeniyle başvuran 61 ergenin tıbbi kayıtları geriye dönük incelenmiştir. Bulgularımız, intihar girişimi olan olguların çoğunluğunun kız olduğunu, başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların yaygın olduğunu ve yakın ilişkilerde sorunların sıklıkla tetikleyici rol oynadığını göstermektedir.

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunan olguların büyük kısmını (%73.8) kızların oluşturduğu görülmektedir. Ülkemizde çocuk ve gençlerde yapılan diğer çalışmalarda da kızların erkeklerle göre daha fazla intihar girişiminde

Tablo 4. Tedavi amacıyla başvuran ve başvurmayan olguların özellikleri

	Tedavi amacıyla başvuran (n=16)		Tedavi amacıyla başvurmayan (n=38)		Toplam (n=54)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kız	10	25.6	29	74.4	39	100.0
Erkek	6	40.0	9	60.0	15	100.0
<i>p</i> =0.333 (Fisher'in kesin testi)						
Ruhsal Bozukluk						
Var	14	38.9	22	61.1	36	100.0
Yok	2	11.1	16	88.9	18	100.0
χ^2 Yates = 3.208 SD=1 <i>p</i> =0.073 (Ki-kare testi)						
Daha önce girişim öyküsü						
Var	7	58.3	5	41.7	12	100.0
Yok	9	21.4	33	78.6	42	100.0
<i>p</i> =0.028 (Fisher'in kesin testi)						

buldukları belirtilmiştir [12-17]. Dünyanın birçok ülkesinde de tamamlanmış intiharın erkek ergenlerde daha sık olduğu, buna karşın intihar girişimlerinin kızlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir [7,18]. Kızların genellikle aşırı doz ilaç alımı yoluyla girişimde bulunmaları, erkeklerin ise asi, ateşli silah, karbon monoksit zehirlenmesi gibi daha ölümcül yöntemler seçmeleri gözlenen cinsiyet farkıyla ilişkili olabilir [6].

Çocuklarda intihar girişiminin nadir olduğu, ergenlikle birlikte sıklığın arttığı bilinmektedir. Bu durum başta duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların ergenlik döneminde artış göstermesiyle açıklanmaktadır [1]. Türkiye İstatistik Kurumu [4] verilerine göre de tüm intihar girişimi olgularının ancak %5.1'ini 15 yaş altındaki olgular oluşturmakta iken, %44.9'u 15-24 yaş aralığındadır. Bizim araştırmamızda 12 yaş altında intihar girişiminde bulunan olguya rastlanmamış, tüm olguların %78.7'sini 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin oluşturduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar çocuk ve gençlerin intihar girişimlerinde en sık kullandıkları yöntemin aşırı dozda ilaç alımı olduğunu göstermektedir [13—17,19]. Araştırmamızda da olguların %83.6'sının intihar girişim yöntemi olarak ilaç alımını seçtikleri saptanmıştır. İntihar amaçlı alınan ilaçların da her evde bulunabilen ilaçlar olduğu görülmektedir. İlaçların kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir olmasının bu yöntemin daha sık tercih edilmesinde etkili olduğu düşünülmüştür. Özellikle parasetamol ve trisiklik antidepressanlar gibi kolay bulunan ve aşırı doz alımın ölümlü sonuçlanma riskinin yüksek olduğu ilaç gruplarının reçetesiz

satışının engellenmesi ya da kutu içeriğinin azaltılması intihar sonucu ölümlerin azaltılması için etkili bir önlem olabilir.

Çalışmamızda 14 (%23) olgunun daha önce de intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir. Yaş ortalaması küçük bir grup olmasına rağmen olguların %8.1'inde ikiden fazla intihar girişimi belirlenmiştir. Önceki intihar girişiminin sonraki girişimler için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir [8,20]. Daha önce intihar girişiminde bulunmuş bireylerde, sonraki girişimlerin ölümlü sonuçlanma riskinin de 10-60 kat arttığı bilinmektedir [1]. Bu veriler intihar girişiminde bulunan ergenlerde ruhsal değerlendirme ve tedavinin önemini desteklemektedir.

Bir davranışın intihar davranışı olarak nitelenebilmesi için kişinin kendine zarar verme niyetinin olması gereklidir. İntihar niyeti açık ve güçlü olabileceği gibi örtük de olabilir. Ölüm isteğini saptamak özellikle ergenlik öncesinde her zaman kolay olmayabilir [5]. Hawton ve James [21], ergenlerin kendine zarar verme davranışlarının çoğunlukla dürtüsel olduğunu ve eyleme geçmeden önce sadece birkaç dakika düşündüklerini bildirmiştir. Belirgin ölüm isteği olmasa dahi intihar davranışının sonucu hayatı tehdit edecek kadar ciddi olabilir [5]. Bizim araştırmamızda da olguların sadece %15'i açık ölüm isteği tanımlamasına ve %3.3'ü daha önceden planlayarak intihar girişiminde bulunmasına karşın, girişimlerin %34.4'ünün hospitalize edilmeyi gerektirecek nitelikte tıbbi soruna yol açtığı görülmektedir. Bu nedenle her türlü girişimin, açık ölüm isteği eşlik etmese dahi ciddiyetle ele alınması gerekli görünmektedir.

Başta ilişki sorunları olmak üzere psikososyal stresörlerin ergen intiharlarında sıkça tetikleyici rol oynadığı bilinmektedir [22]. Bozuk ebeveyn-çocuk ilişkisini de içeren sosyal ve ailesel faktörlerin, bireyin psikopatolojiye yatkınlığını ve uyum sorunlarını arttırmak suretiyle intihar girişimine yol açabileceği belirtilmektedir [23]. Araştırmamızda intihar girişimi için olguların bildirdiği tetikleyici faktörler değerlendirildiğinde, en sık saptanan etkenlerin aile çatışması, karşı cinsle sorun ve olumsuz yaşam olayları olduğu belirlenmiştir. Bu faktörler önceki çalışmalarda da önde gelen nedenler olarak bildirmiştir [14,17,19,24,25].

İntihar düşüncesi ve girişimi için en önemli belirleyici ruhsal bozuklukların varlığıdır [26]. Tamamlanmış intihar ve intihar girişimi olan gençlerde depresif bozukluklar, yıkıcı davranış bozuklukları ve madde kötüye kullanımının önemli risk faktörleri olduğu bildirilmiştir [20,27]. Kız ergenlerde depresyonun intihar riskiyle doğrudan ilişkili olduğu, erkeklerde ise depresyonun madde kullanımına zemin hazırladığı ve daha sonra intihar riskinin arttığı ileri sürülmüştür [28]. Araştırmamızda intihar girişimi sonrası yapılan değerlendirmede olguların %65.6'sında ruhsal bozukluk saptanmıştır. majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve DEHB en sık saptanan tanımlar olup, bu bulgumuz yazınla uyumludur. davranım bozukluğu ve DEHB normal toplum örnekleminde olduğu gibi erkeklerde daha sık saptanmıştır [29,30]. Bizim araştırmamızda madde kötüye kullanımı saptanmamış olması, olguların büyük kısmının intihar girişiminden kısa süre sonra acil serviste ya da tedavilerinin devam ettiği diğer yataklı birimlerde sadece bir kez değerlendirilebilmiş olmalarıyla ilişkili olabilir.

Ergenlerde tedavi uyumu düşüktür. Özellikle suicidal ergenlerde tedavi uyumunun suicidal olmayanlara göre daha kötü olduğu bilinmektedir [31]. İntihar düşüncesi ya da kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin büyük çoğunluğu yardım aramazlar. Bu durum tamamlanmış intihar ve erişkin yaştaki ruhsal bozukluklar açısından önemli bir risk faktörüdür [32]. İntihar girişimi olan ergenlerin tedavi amaçlı başvuru oranlarının düşük olduğu, yardım arayışı olanların büyük kısmının da profesyonellerden çok arkadaşlar ya da aileyi tercih ettiği belirtilmektedir. Çok merkezli ve geniş örneklemlerli toplum temelli bir araştırma, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin %18.8'inin bir sağlık kurumuna başvurduğunu, bu oranın erkeklerde kızlardan daha yüksek olduğunu, kızların ise daha çok sosyal destek

kaynaklarına başvurduklarını ortaya koymuştur [33]. Bizim araştırmamızda da tedavi önerilen olguların yaklaşık 2/3'sinin randevuya gelmediği belirlenmiştir. Yazınla uyumlu olarak tedavi için başvuru oranı erkeklerde (%40.0) kızlardan (%25.6) daha fazla saptanmış olsa da, istatistiksel farklılık yoktur. İntihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışında, yardım arayışının eylemin sıklığıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur [34]. Bizim araştırmamızda da buna benzer şekilde tekrarlayan intihar girişimi olan olguların daha sıklıkla tedaviye devam ettiği görülmektedir.

Çocuk ve ergenlerde komplike olmayan, kısa süreli ve hafif şiddetteki depresyonun tedavisinde psiko eğitim, destekleyici terapi, aile ve okula yönelik müdahaleler genellikle etkili ve yeterlidir. bu yaklaşımlara yanıt vermeyen ya da daha ağır şiddetteki olgularda ise daha özel psikoterapilerin ve/veya antidepresan kullanımının gerektiği bildirilmektedir [35]. Bizim araştırmamızda majör depresif bozukluk tanısı alan olguların yaklaşık 1/3'ü intihar girişimi sırasında antidepresan kullanmakta olduğu belirlenmiştir. Daha önce tedavi almayan olguların yaklaşık yarısına antidepresan tedavi başlanmış, diğerleri için psikoterapötik müdahalenin yeterli olacağı düşünülmüştür. İntihar girişimi sonrası antidepresan başlanmasının ayaktan tedaviye devam oranıyla ilişkili olmadığı görülmüştür. Yazında intihar girişimi sonrası erken dönemde antidepresan tedavi başlanmasının çocuk ve ergenlerde tedavi uyumuyla ilişkisini değerlendiren araştırmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda da, olgu sayısının azlığı nedeniyle bu konuda sağlıklı bir yorum yapabilmek güç görülmektedir.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Herhangi bir standart kayıt formu olmaması nedeniyle bazı olguların verilerinde eksiklikler mevcuttur. Yine araştırmanın geriye dönük olması nedeniyle intihar girişimi öncesi psikiyatri başvurusu ve alınan tedaviler sadece olgu ve ailelerinden alınan bilgiye göre değerlendirilebilmiş olup, bu durum verilerin güvenilirliğini azaltmaktadır. Tek merkezde uygulanmış olması ve sınırlı olgu sayısı sonuçların genellenebilirliğini azaltmaktadır. Daha geniş örneklemlerli, kontrol grubu içeren, yapılandırılmış görüşme teknikleri ve standart ölçeklerin kullanıldığı araştırmaların yararlı olacağı düşünülmektedir.

İntihar girişimleriyle ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, intihar davranışının öngörülebilmesine yardımcı olabilir. Araştırmamızın sonucunda, kız cinsiyette olma,

başta depresyon olmak üzere ruhsal bozukluklar, aile içi çatışma ve karşı cinsle sorunlar ergenlerde intihar girişimi ile ilişkili önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Herhangi bir ruhsal bozukluğu olmaksızın kişilerarası ilişki sorunları yaşayan gençlerde dahi sorun çözme ve baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve aileye yönelik müdahalelerin intihar girişimi açısından koruyucu olabileceği düşünülmektedir. Önceki intihar girişimlerinin sonraki girişimleri kolaylaştırıcı niteliği olduğundan intihar girişimi öyküsü olan ergenlerin iyi değerlendirilmesi ve psikiyatrik tedaviye katılımlarının artırılmaya çalışılması önem taşımaktadır.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

Kaynaklar

1. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-394.
2. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/ Erişim tarihi 5 Temmuz 2013.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri – Suicide statistics 2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2012;16.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar girişim istatistikleri – Suicide attempt statistics TR31 İzmir 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2013;16.
5. Pfeffer CR. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. In: Martin A, Volkmar FR eds. *Lewis's child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;529-538.
6. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Youth suicide attempts: a social and demographic profile. *Aust N Z J Psychiatry* 1998;32:349-357
7. Boeninger DK, Masyn KE, Feldman BJ, Conger RD. Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2010;40:451-464.
8. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1093-1099.
9. Aktepe E, Kandil S, Topbaş M. Çocuk ve ergenlerde özkıyım davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4:88-97.
10. Dodig-Curković K, Curković M, Radić J, Degmečić D, Fileković P. Suicidal behavior and suicide among children and adolescents-risk factors and epidemiological characteristics. *Coll Antropol* 2010;34:771-777.
11. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* 2009;21: 613-619.
12. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2006;44:141-150.
13. Öztöp BC, Özdemir Ç, Ünal D, Akgül H, Şahin N. İntihar girişiminde bulunan 6-16 yaş grubuna ait 2002-2006 yılları başvuru kayıtlarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4:159-173.
14. Ertemir D, Ertemir M. Gençlerin intihar girişimlerinin özellikleri. *Düşünen Adam* 2003;16:231-234.
15. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik. *Marmara Med J* 2012;25:148-152.
16. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17:228-232.
17. Yalaki Z, Taşar MA, Yalçın N, Dallar Y. Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Derg* 2011;50:125-128.
18. Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 2005;4:114-120.
19. Tezcan AE, Oğuzhanoğlu NK, Ülkeröğlü F. Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. *Kriz Dergisi* 1995;3:83-87.
20. Gould MS, Kramer AR. Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:6-31.
21. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005;330:891-894.
22. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379:2373-2382.
23. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:420-436.
24. Aysev A. İntihar girişimi olan çocuklarda yaşam olayları. *Kriz Dergisi* 1992;1:17-21.
25. Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Bitlis B, Tüzer T, Şenol S. Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 1995;2:57-62.
26. Fergusson DM, Woodward LJ, & Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000;30:23-39.
27. Rowan AB. Adolescent substance abuse and suicide. *Depress Anxiety* 2001;3:186-191.
28. Metha A, Chen E, Mulvenon S, Dode I. A theoretical model of adolescent suicide risk. *Arch Suicide Res* 1998;4:115-133.
29. Moffitt TE, Scott S. Conduct disorders of childhood and adolescence. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS et al, eds. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2008;543-564.
30. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS et al, eds. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 5th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2008;521-542.
31. Fortune SA, Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2007;17:443-447.
32. Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2012;42:507-524.

33. Ystgaard M, Arensman E, Hawton K, et al. Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *J Adolesc* 2009;32:875-891.
34. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *CMAJ* 2008;178:306-312.
35. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1503-1526.