

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN ÇOCUK VE ERGENLERDE SOSYODEMOGRAFİK VE PSİKİYATRİK ÖZELLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

N. Aşılıoğlu**, E. Uzunhasanoğlu***, K. Baysal****, S. Akbaş*****

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada hastanemize altı yıllık dönemde intihar davranışı nedeniyle başvuran olguların demografik-sosyokültürel özelliklerinin, intihar girişimi nedeni olan etkenlerin ve girişim sonuçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. **Hastalar ve Yöntem:** İntihar davranışı nedeniyle çocuk acil polikliniğine başvuran 347 hastanın arşiv kayıtları incelenerek, demografik-sosyokültürel ve psikiyatrik özellikleri, intihar girişimi nedeni olan etkenler ve girişim sonuçları değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Olguların 311'i (%89,6) eylemlerini aşırı dozda ilaç içme yoluyla gerçekleştirmiştir. İntihar girişimi amacıyla antidepresan ilaç kullananların sayısı 126'dır ve tüm olguların %36,3'ünü oluşturmaktadır. Ol-

guların 202'si (%58,2) il merkezinde yaşamaktadır ve 220'si (%63,5) öğrencidir. Olguların 157'si (%45,2) aile içindeki problemler, 95'i (%27,4) okuldaki problemler, 78'i (%22,5) kız ya da erkek arkadaşıyla arasındaki problemlere bağlı olarak intihar girişiminde bulunmuştur. Psikiyatri konsültasyonu sonucunda olguların 162'sinde (%47) depresyon tespit edilmiştir. Olguların 346'sı (%99,7) iyileşerek taburcu edilirken, bir olgu (%0,3) eksitus olmuştur. **Sonuç:** Ergen ve çocuk intihar girişimlerinde ailenin de birlikte değerlendirilerek aile eğitiminin temel alınması, sağlık çalışanlarının, sınıf öğretmenlerinin ve okullarda görev yapan psikolojik danışmanların çocukluk depresyonu konusunda bilgilendirilerek, depresyonun yeterli bir biçimde tanınıp tedavi edilebilmesi, intihar girişimlerini azaltacak en etkili yöntemlerdir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Çocuk ve Ergen, Epidemiyoloji.

Sociodemographic and Psychiatric Features of Child and Adolescents with Suicide Attempt

SUMMARY

Objective: The aim of this retrospective study is to identify risk factors, sociodemo-

- * Bu makale 30 Mart-3 Nisan tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen VI. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresinde poster olarak sunulmuştur.
- ** Yard. Doç. Dr., OMÜ, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi.
- *** Uzm. Dr., Rize Devlet Hastanesi.
- **** Prof. Dr., OMÜ, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Kardiyoloji BD.
- ***** Yard. Doç. Dr., OMÜ, Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatri BD.

graphic and psychiatric characteristics of child and adolescents admitted to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine (Samsun, Turkey) Pediatric Emergency Unit with suicide attempts. We also sought to determine the results of these suicide attempts. **Methods:** Medical records of 347 cases who accepted to Pediatric Emergency Room were analyzed and the sociodemographic characteristics and factors leading suicidal attempts have been assessed. **Results:** Demographic characteristic; 202 (58,2%) of the cases were living urban places, and 220 of these cases were students, 311 suicide attempts including overdose drug ingestion (89,6%) and 126 (36,3%) of these drug were antidepressants, The causes that pushed them to attempt suicide; 157(%45,2) because of familial problems, 95 (27,4%) school problems, 78 (22,5%) social environment problems, 27 (%7,8) psychiatric problems. After the psychiatry consultations, 162(47%) of the cases were diagnosed depression. All the cases were discharged except one who died. **Conclusions:** In childhood and adolescence suicide attempts , giving importance to the education of the family, assessing the family together with the patient, enlightening the healthy staff, school teachers and psychiatric consultants working at schools about depression and thus identifying depression clearly enough and treating it are the most important principals that can decrease suicide attempts.

Key Words: Suicide, Child and Adolescent, Epidemiology

GİRİŞ

İnsanların henüz yaşamlarının başındayken kendilerini öldürmeyi düşünmeleri, intihara kalkışmaları ve intihar ederek yaşamlarını sonlandırmaları, oldukça trajik bir durumdur (Aktepe ve ark. 2006). Ergenlik döneminde görülen intiharlar gerek ülkemizde ve gerekse dünyada gün geçtikçe sıklığı artan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. İstatistiklerin gerçek

oranları yansıtmadığı, buz dağının görünen kısmını verdiği söylenmektedir (Berkow ve Fletceher 1995, Soylu 2001). Çocuk intiharları, genellikle kazalarla karıştırılmakta veya aileler bu girişimleri kaza olarak bildirmektedir (Fish 2000). Günümüzde intiharlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk ve ruh sağlığı sorunudur ve birçok ülkede özellikle gençlerde trafik kazalarından sonra önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) intihar, 10-14 yaş grubundaki ergenler arasında kazalar ve cinayetlerin ardından üçüncü sıradaki ölüm nedeni olarak sayılmaktadır (Davis ve Brock 2002).

Ergenlerde intihar girişimlerinin yaşam boyu prevalansının %3,5 ile %11 arasında olduğu bildirilmektedir (McKeown ve ark. 1998). Türkiye'de intihar girişiminde bulunanların ve intiharı gerçekleştirenlerin oranı Avrupa ülkelerine göre daha düşük olmakla birlikte intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi 15-19 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır (Özgüven ve Sayıl 2003). Ülkemizde de 1990-2001 yılları arasında kaba intihar hızı yüz binde 2,42'den 3,77'ye çıkmış olup, intiharların %29,7 ila %36'sı 15-24 yaş arasındaki gençlerde meydana gelmiştir (T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü 2001).

Acil servise intihar girişimi nedeniyle gelen hastalara, girişim yönteminin özelliğine göre yapılan müdahalelerin yanı sıra bunların "intihar girişimi" olarak değerlendirilip bu kişilerle özel terapötik ilişkiler kurulması gerekliliği açıktır. Ülkemizde özel merkezler dışında bu tür olgulara yaklaşım için belirlenmiş bir sistem yoktur. Bu çalışmanın yapılması amacı böyle bir sisteme doğru ilk adımı atarken, daha sonra yapılacak prospektif çalışmalar ile elde edilecek sonuçlara dayanarak oluşturulacak geniş kapsamlı bir yaklaşım yöntemi için başlangıç noktasını belirlemektir. Retrospektif nitelikli bu çalışmada, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran intihar girişimi

olgularının demografik-sosyokültürel ve psikiyatrik özelliklerinin, intihar girişimi nedeni olan etkenlerin ve girişim sonuçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Acil Servisi'ne 1 Temmuz 2000 ile 30 Haziran 2006 tarihleri arasında intihar davranışı nedeniyle başvuran ve yatırılarak izlenen 9-18 yaşları arasındaki 347 hastanın arşiv kayıtları, hazırlanan bilgi formu doldurularak incelenmiştir. Ayrıca Çocuk Psikiyatri Kliniği'nin verilerinden de yararlanılmıştır.

Çalışmada kullanılan bilgi formu 50 maddeden oluşmaktadır. Sorular intihar girişiminde bulunan olguların sosyokültürel özellikleri, demografik verileri, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, başvurudaki semptom ve bulgular, intihar amaçlı kullanılan yöntemler ve temin yerleri, intihar amaçlı alınan ilaç grupları, geçmişteki intihar girişimleri, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede yatış süreleri ve klinik sonuçları, psikiyatrik ve ailesel özelliklerinin araştırılmasına yönelik hazırlanmıştır.

İntihar Davranışı; Bireyin yaşam ile ölüm arasında karar verme sürecinde, yaşamaktan vazgeçip ölümü seçme yönünde tutum belirlemesidir. Eylem ölümle sonuçlanırsa intihar, sonuçlanmaz ise intihar girişimi olarak değerlendirilmiştir. Fiziksel istismar; itaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla elle ve/veya aletle vurularak, itilerek, sarsılarak yakılarak ya da ısırılarak çocuğun vücudunun herhangi bir yerinde iz bırakacak şekilde ya da iz bırakmasa da şiddet uygulayarak çocuğa zarar verici davranışta bulunmak olarak tanımlanmıştır. Cinsel istismar; sözlü taciz, tecavüz, ensest, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, pornografik film seyrettirme, cinsel organları okşamaya kadar değişen eylemler zinciri içinde ele alınmıştır.

İstatistiksel inceleme: Veriler "SPSS for Windows 11.5" istatistik paket programına

kaydedildi ve istatistiksel analizler yapıldı. Sayısal veriler ortalama \pm standart sapma (SD) olarak verildi. Frekans analizlerinde sayısal veriler yanında yüzde değerler de verilmiştir. Sayımla belirtilen verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya alınan 347 kişilik çalışma grubunun 281'i (%81,0) kız, 66'sı (%19,0) erkektir. Olguların yaşı 9-18 yıl arasında değişmektedir. İntihar girişiminde bulunan kız olguların sayısı, erkek olgularının sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu. ($p<0,05$)

İntihar davranışı nedeniyle en fazla başvurunun Temmuz 2005-Haziran 2006 ayları arasındaki bir yıllık dönemde olduğu, Temmuz 2001'den itibaren giderek artış gösterdiği, en fazla başvurunun Mayıs (%13) ve Haziran (%12,1) aylarında olduğu görülmüştür. Olguların büyük bölümü (%81,8) günün ikinci yarısında (öğleden sonra ve akşam saatlerinde) intihar girişimini gerçekleştirmiştir. Olguların 306'sı (%88,2) evde, 16'sı (%4,6) okulda, 10'u (% 2,9) ise yurt, işyeri, açık alan gibi diğer yerlerde intihar eylemini gerçekleştirmiştir. Olgulardan 15'inin (%4,3) intihar girişim yeri ile ilgili herhangi bir veriye ulaşamamıştır.

Çocuk acil polikliniğimize 40 olgu (%11,5) ilk merkez olarak başvurmuştur. 307 olgu (%88,5) ise başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilmiştir. Başvuru anında olguların büyük bölümünde (%58,8) bir ya da daha fazla nörolojik bulgu mevcuttu. Olguların başvuru anındaki semptom yada bulguları Tablo 1'de görülmektedir.

Olguların 145'i (%41,7) lise mezunu ya da lise öğrencisi, 131'i (%37,8) ilköğretim mezunu ya da ilköğretim öğrencisi, 3'ü (%0,9) okur-yazar, 2'si (%0,6) okur-yazar değildir. Olgulardan 66'sının (%19,0) öğrenim durumları ile ilgili kayıt tespit edilememiştir. Olguların 220'si (%63,5)

halen öğrenci iken, 7'si (%2,0) işçi 56'sı (%16,1) işsizdir. Olgulardan 64'ünün (%18,4) mesleği ile ilgili herhangi bir veri mevcut değildir.

Tablo 1. Başvurudaki Semptom ya da Bulgular.

Semptom ya da Bulgu	Sayı	%
Nörolojik bulgular	204	58.8
Gastrointestinal sistem bulguları	90	26.0
Göz bulguları	40	11.8
Kardiyovasküler sistem bulgular	31	8.9
Metabolik bulgular	7	2.0
Solunum sistemi bulguları	4	1.2
Diğer bulgular	42	12.1
Herhangi bir bulgu yok	92	26.5

Olguların 202'si (%58,2) il merkezinde, 99'u (%28,5) kasaba ya da ilçe merkezinde, 46'sı (%13,3) ise köyde yaşamaktadır. Olguların 302'si (%87,0) anne ya da babadan en az birisiyle, 12'si (%3,5) akrabalarla, 8'i (%2,3) yetiştirme yurdunda, 7'si (%2,0) yatılı okulda, 1'i (%0,3) eşiyile (evli) yaşamaktadır. Olgulardan 17'sinin (%4,9) yaşadığı ortam ile ilgili herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Olguların 311'i (%89,6) eylemlerini aşırı dozda ilaç alma yoluyla gerçekleştirmiştir. İntihar girişiminde kullanılan yöntemler Tablo 2'de belirtilmiştir. Olguların 169'u (%48,7) santral sinir sistemine etkili ilaçlar alarak intihar girişiminde bulunurken, ikinci sıklıkta analjezik-antienflamatuar ilaçlar (%32,0) gelmektedir. İntihar girişimi amacıyla antidepressan ilaç kullananlar, grubun %36,3'ünü oluşturmaktadır. Olguların 75'i (%21,6) amitriptilin alarak intihar girişiminde bulunmuştur. Olgularımızın sadece 3'ünde (%0,9) girişimden önce alkol alma öyküsü mevcuttur. Kırsal kesimde yaşayan olguların %34,8'inin tarım ilacı içerek intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir.

Olguların 236'sı (%68,0) intihar amacıyla almış olduğu ilaç ya da maddeyi evden temin

ederken, 66'sının (%19,0) kendi kullanmakta olduğu ilaçları, 11'inin (%3,2) eczaneden aldığı ilaçları, 12'sinin ise (% 3,5) arkadaş, market gibi yerlerden temin ettiği ilaçları içerek intihar girişiminde buldukları tespit edilmiştir. Olgulardan 22'sinin (%6,3) intihar girişimi için kullanmış olduğu ilaç ya da maddeyi nereden bulduğuna dair herhangi bir bilgi saptanamamıştır. Olguların 271'i (%78,1) ilk kez intihar girişiminde bulunurken, 54'ü (%15,6) ise daha öncesinde en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. Olgulardan 22'sinin (%6,3) daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadığına dair bir bilgi mevcut değildir.

Tablo 2. İntihar Girişiminde Kullanılan Yöntemler.

Yöntem	Sayı	%
Aşırı dozda ilaç içme	311	89.6
Tarım ilacı içme	22	6.3
Fare ilacı içme	5	1.4
Koroziv madde içme	4	1.2
Kendini asma	3	0.9
Diğer	2	0.6
Toplam	347	100

Olguların 25'inde (%7,2) fiziksel istismar, 5'inde (%1,4) ise cinsel istismar öyküsü mevcuttur. Olguların 221'i (%63,7) çekirdek aile, 39'u (%11,2) parçalanmış aile, 32'si (%9,2) geniş aile yapısına sahip iken, 24'ünün (%6,9) anne ya da babasından biri ölmüştür. Dört olgu (%1,2) ise üvey ebeveyn ile yaşamaktadır. Olgulardan 27'sinin (%7,8) aile yapısı ile ilgili veri mevcut değildir. Olguların 9'unun (%2,6) aile bireylerinden birinde intihar girişiminde bulunma öyküsü varken, 90'ının (%25,9) aile bireylerinden birinin psikiyatrik hastalığı nedeniyle tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Olguların 157'si (%45,2) aile içindeki problemler, 95'i (%27,4) okuldaki problemler, 78'i (%22,5) kız ya da erkek arkadaşıyla arasındaki problemler, 27'si (%7,8) yaşadığı ruhsal sorunlar, 24'ü (%6,9) ise

hastalık, şiddete maruz kalma, olumsuz yaşam olayları gibi diğer nedenlere bağlı olarak intihar girişiminde bulunmuştur. Olguların intiharı tetikleyen sebeplere göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3. İntihar olayını Tetikleyen Sebeplere Göre Olguların Dağılımı.

Tetikleyen Sebep	Sayı	%
Aile içi problemler	157	45.2
Okuldaki sorunlar	95	27.4
Kız/erkek arkadaşlarla sorunlar	78	22.5
Psikolojik nedenler	27	7.8
Ekonomik zorluklar	3	0.9
Diğer	24	6.9
Bilinmeyen	65	18.7

Olguların 89'unda (%25,6) daha önce bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut iken, 53'ü (%15,3) başvurduğu dönemde halen psikiyatrik tedavi almaktadır. Olguların 308'ine (%88,7) psikiyatri konsültasyonu istenirken, 39'unun (%11,3) dosyasında psikiyatrik yaklaşımla ilgili bilgiye rastlanmamıştır. Olgulara psikiyatri konsültasyonu sonucunda konulan tanıların dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur.

Olguların %94,5'ine mide lavajı yapılırken, %95,1'ine aktif kömür verilmiştir. Olguların %70,0'ine hidrasyon, % 17,7'sine antidot tedavisi, % 16,1'ine semptomatik tedavi, %11'ine alkali tedavi, %7,8'ine zorlu diürez, %4,9'una hemodiyaliz/hemoperfüzyon, %1,2'sine profilaktik antibiyotik, %0,9'una yardımcı solunum desteği ve %0,3'üne de steroid tedavisi uygulanmıştır. Olguların 225'i (%64,8) çocuk servislerine, 85'i (%24,5) acil gözleme, 25'i (%7,2) yoğun bakım servisine, 12'si (%3,5) ise çocuk psikiyatri servisine yatırılarak, gerekli tedavileri yapılmıştır. Yatış süreleri 0-36 gün (ortanca: 2 gün) arasında değişmektedir. İntihar davranışı nedeniyle başvuran olguların 346'sı (%99,7) iyileşerek taburcu edilirken, bir olgu (%0,3) eksitus olmuştur.

Tablo 4. Olgulara Konulan Psikiyatrik Tanıların Dağılımı.

Psikiyatrik Tanı	Sayı	%
Depresyon	162	47
Konversiyon bozukluğu	24	6.9
Uyum bozukluğu	15	4.3
Anksiyete bozukluğu	12	3.4
Dikkat eksikliği	11	3.2
Davranım bozukluğu	10	2.9
Diğer	7	2

TARTIŞMA

Çalışmamızda intihar davranışı nedeni ile değerlendirilen 347 olgunun 281'ini (%81,0) kız, 66'sını (%19,0) erkek olgular oluşturmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kızların erkeklerle oranla daha fazla intihar girişiminde buldukları saptanmıştır (Bayram ve ark. 1995, Ercan ve ark. 2000, Şener ve Şenol 1996). Literatürde intihar girişiminde bulunan kızların oranı %70, %78, %83, %87, %96 olarak bildirilmektedir (Garrido ve ark. 2000, Le Heuzey ve ark. 1995, Osana ve ark 2000, Trangkasombat ve Likanapichitkul 1997). Çalışmamızda kız/erkek oranı 4,25/1 olarak bulunmuştur. Kız ve erkek oranları çeşitli çalışmalarda 3/1 ve 9/1 arasında değişmektedir (Cirit 2002, Güleç ve Aksaray 2006). Kadınlarda intihar girişiminin sosyal olarak daha kolay kabul edilmesi ve bunun yardım isteme gibi basit şekilde yorumlanmasına ilave olarak, kültürel olarak kabul edilebilir kendine zarar verme davranışlarının sosyalizasyonundaki cinsiyet farklılığı, erkeklerin başarısız girişimlerini bildirmelerini de azaltmaktadır (Lewinsohn 2001).

Olguların yaşı 9-18 yıl (14,9±1,5 yıl) arasında değişmektedir. Literatürde intihar girişiminde bulunan vakalar 7-15 yaş, 12-17 yaş, 12-18 yaş, 11-19 yaş grupları arasında değişmektedir (Llifshitz ve Gavrillov 2002, Osona ve ark.

2000, Sayıl 1985). Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan en küçük olgumuz 9 yaşında, aile içinde ve arkadaş ilişkilerinde yoğun sorunlar yaşayan, annesi depresyon tanısı ile tedavi alan bir olguydu. Annesinin depresyon ilaçlarını içerek intihar girişiminde bulunmuştu. Literatürde intihar girişiminde bulunan 4, 5,5 ve 6 yaşlarında olgular bildirilmiştir (Özsan ve ark. 2005). On yaşın altındaki çocuklarda ölüm kavramı karmaşık ve belirsiz olduğu için daha az intihar girişiminde bulunmaktadırlar.

Olguların 301'i (%86,5) il ya da ilçe merkezinde, 46'sı (%13,3) ise kırsal bölgede yaşamakta ve 220'si (%63,5) öğrenimine devam etmektedir. Sayar ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu bir çalışmada intihar girişiminde bulunan olguların %66,7'sinin il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Lifshitz ve Gavrilov (2002) yaptıkları çalışmada 1990-1998 yılları arasında intihar girişimi nedeniyle hastaneye başvuran 12-18 yaş arası 324 olgunun büyük çoğunluğunun (%72) kentsel bölgede yaşamakta olduğunu ve öğrenimlerine devam ettiklerini (%82,7) bildirmişlerdir. Bizim çalışmamız gibi hastane kayıtları incelenerek yapılan çalışmalarda (Sayar ve ark. 2004, Lifshitz ve Gavrilov 2002, Aktepe ve ark. 2006) intihar girişiminde bulunan olguların büyük çoğunluğunun kentte yaşiyor olması kentlilerin hastane hizmetlerine daha kolay ulaşmalarından kaynaklanıyor olabileceği gibi kentlerde intiharı kolaylaştıran sosyal etkenlerin daha yaygın olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda intihar girişimlerinin % 88,2'si ev ortamında gerçekleştirilmiştir. Tezcan ve ark. (1995) çalışmasında vakaların tamamı intihar girişimini ev atmosferinde gerçekleştirmişlerdir. Güleç ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında aynı oran % 88,9 bulunmuştur. Olgularımızın büyük çoğunluğunun (%87) intihar amacıyla aldığı ilaçlar evde diğer aile bireylerinin veya kendisinin kullanmakta olduğu ilaçlardır. Olguların 11'i (%3,2) ise ilaçları eczaneden almıştır. Garrido ve ark. (2000)

yapmış olduğu bir çalışmada, intihar amaçlı alınan toksik maddelerin, evde ilaç dolabındaki kolay ulaşılabilen ilaçlar olduğunu bildirmişlerdir. Ergenlerin intihar etmek için büyük oranda evde bulunan ilaçları almaları, intihar eylemlerini, kolay ulaşılabildikleri kendilerine çok zarar vermeyeceğini düşündükleri ilaçları alarak gerçekleştirdiklerini düşündürebilir.

Çalışmamızda intihar girişimleri en fazla Haziran ayında (%13) olup, bunu Mayıs (%12,1) ve Nisan ayları (%10,7) takip etmektedir. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün yayınladığı verilerine göre intiharların en çok Mayıs ayında rapor edildiği anlaşılmaktadır (Fidaner 1992). Bazı çalışmalarda ise intihar girişimlerinin yılın belirli ayı, tatillerle ya da mevsimle ilgili bir bağlantısının olmadığı belirtilmiştir (Kocabaş ve ark. 2004). İlkbahar ve yaz aylarında intiharlarda hafif bir artış olmakla birlikte, intiharlar hiç bir mevsimde anlamlı bir yığılma göstermemektedir. Çalışmamızda Mayıs ve Haziran aylarında intihar girişi oranı diğer aylara oranla daha yüksek bulundu. Mayıs ve Haziran ayları yaz tatiline yakın aylar olup, bu aylardaki girişimlerin bir kısmının okul başarısı ile ilişkili olabileceği, diğer aylarda ise intihar girişimi için ailesel nedenler, arkadaş ilişkilerindeki sorunlar gibi başka risk faktörlerinin rol oynayabileceği düşünüldü. Olguların % 81,8'i günün ikinci yarısında intihar girişimini gerçekleştirmiştir. Literatürde de intiharların günün ikinci yarısında, özellikle 20°-24°saatleri arasında daha çok görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır (Şahin ve Özkan 1993, Tezcan ve ark 1995).

Olguların 221'i (%63,7) çekirdek aile yapısına sahiptir. Olguların 39'u (%11,2) ise parçalanmış aile yapısına sahip iken, 24'ünün (% 6,4) anne ya da babasından birisinin öldüğü, 4'ünün (%1,2) üvey ebeveyn ile yaşadığı tespit edilmiştir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin diğer tıbbi veya psikiyatrik kontrollere göre bir ebeveyn kaybını (boşanma ya da ölümle) daha fazla bildirdikleri bulunmuştur (Sayıl 1985). Pek çok çalışmada da ebeveyn eksikliğinden ziyade

aile ortamı üzerinde durulmuştur. Aile fonksiyon bozukluğunun kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu (Bayram ve ark. 1995), ailenin sosyal ve duygusal destek sağlamadığı gençlerde intihar ile depresyon-davranım bozukluğumadde kötüye kullanımı ilişkisinin yüksek olduğu ileri sürülmüştür (Tomori ve Zalar 2000). Olgularımızda parçalanmış aile sayısı literatürde belirtilen oranlardan azdır. Oldukça anlamlı çıkan farkın temel nedeni, literatür bulgularının çoğunluğunun yurt dışı kaynaklı olması, ülkemizin gelenek ve anlayış yapısının kişilerin yalnız yaşamasına olanak vermemesidir. Bu durumun, aile içinde yoğun sorunlar olması ve aile içinde sevgi ortamı bulunmamasına rağmen, boşanmaya toplumumuzun sıcak bakmasından kaynaklandığı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda olguların 90'ında (%25,9) aile bireylerinden biri psikiyatrik hastalığı nedeniyle tedavi görmüştür. Güleç ve Aksaray'ın (2006) yapmış olduğu bir çalışmada ise intihar girişimi olanların ailesinde psikiyatrik başvuru ve psikiyatrik hastalık öyküsü (%23,8) olup, kontrol grubuna (%7,7) oranla anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Literatürde de intihar davranışı gösterenlerin ailelerinde psikiyatrik bakım alma öyküsünün ve psikiyatrik hastalığın bulunmasının önemli risk etkenleri olduğu bildirilmektedir (Beautrais 2003, Gould ve Kramer 2001). Ercan (1996) yaptığı bir çalışmada; intihar girişiminde bulunan ergenlerde olguların % 60'ının ailesinde psikiyatrik hastalık görüldüğünü belirtmiştir. Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık görülme oranları düşük bulunmuştur. Bölgemizde kadınların ağır yaşam koşulları nedeniyle anti-depresanları yoğun bir şekilde kullandığı bilinen bir gerçektir. İntihar girişimi için kullanılan ilaçlardan antidepressanların birinci sırada olması da bunun bir göstergesi olabilir. Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık oranlarının düşük bulunması ailelerin çeşitli sebeplerden dolayı hastalıklarını ifade etmemelerinin sonucu olabileceğini düşünmekteyiz.

İntihar girişimi nedeniyle başvuran olgularımızın 25'inde (%7,2) fiziksel istismar, 5'inde

(%1,4) ise cinsel istismar öyküsü mevcuttur. Yüksek seviyede intihar eğilimi bulunan ergenler arasında yapılan bir çalışmada büyük bir grubun (%54) istismar öyküsü bulunduğu saptanmıştır (Grilo ve ark. 1999). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, şiddete maruz kalma (%49,2) ve şiddete tanık olma (%38) oranları intihar girişiminde bulunan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Güleç ve Aksaray 2006). Sonuçlarımız literatürde belirtilen oranlara göre düşüktür. Olgular ile ilk görüşmede iletişim ve güven ilişkisi henüz yeterince gerçekleşmediği için, tanıdığı biri tarafından istismara uğrayan ergenin bunu ifade etmekte zorlanmış olabileceği, utanma ve suçluluk duygularını bastırmak ve aile düzeninin bozulmasını önlemek amacıyla bu durumu saklamış olabileceği kanaatindeyiz.

Olgularımızın psikiyatri konsültasyonu sonucunda 162'sinde (%47) depresyon tespit edilmiştir. Neehall ve Beharry'nin (1994) çalışmasında intihar girişiminde bulunan ergenlerin %25'ine depresyon tanısı konulduğu bildirilmiştir. Aktepe ve ark. (2006) yaptıkları bir çalışmada intihar girişimi olgularının %26,3'üne depresyon tanısı konulmuştur. İntihar girişiminde bulunan olgularımızdaki depresyon görülme sıklığı literatürde belirtilen intihar girişimi/depresyon oranlardan yüksek bulunmuştur. Ergenlerde depresyon sıklığında artış görülmesi günümüzde hızlı ve tüketime dayalı yaşam tarzının insanı sürekli bir şeyleri yetiştirme ve tüketme yorgunluğuna itmesi, diğer taraftan sınav kaygıları, aile baskıları, topluma uyum sağlayamamanın getirdiği zorluklar nedeniyle gençlerin kaosa sürüklenmesi olabilir. Bölgemiz açısından, olgularımızın büyük bir kısmının kız olması nedeniyle, aile içi baskı unsurlarının önemli bir rol oynadığını düşünmekteyiz.

Olgularımızın intihar girişiminde tetikleyici rol oynayan faktörlere bakıldığında ailesel problemler (%45,2) ilk sırada yer almaktadır. Çeşitli çalışmalarda da tetikleyici etken olarak ailesel sorunların ilk sırada yer aldığı saptanmıştır

(Kocabaş ve ark 2004, Le Heuzey ve ark 1995, Lifshitz ve Garilov 2002, Neehall ve ark. 1994). Akademik başarısızlık, karşı cinsten arkadaşı ile ilişkisinin bozulması, arkadaş ilişkilerinin bozulmasının da önemli etkenler olduğu saptanmıştır (Ekşi 1988, Sonuvar ve Yörükoğlu 1971).

Olgularımızın sadece 3'ünde (%0,9) girişimden önce alkol alma öyküsü mevcuttur. Şener ve Şenol'un (1996) çalışmasında girişim öncesi alkol kullanan olgu saptanmamıştır. Yurtdışı yayınlarda ise intihar kurbanlarının yarısından fazlasının intihar esnasında alkol veya madde kullanmakta olduğu bildirilmiştir (Sulik ve Garfinkel 1971). Sonuçlarımız yurtiçi yayınlarla uyumlu iken, yurtdışında yapılan çalışmalarda belirtilen oranlardan düşüktür. Bu uyumsuzluğun sosyokültürel farklılıktan, özellikle dini inançlardan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Olguların %94,5'ine mide lavajı yapılırken, %95,1'ine aktif kömür verilmiştir. Olguların %70,0'ine hidrasyon, %17,7'sine antidot tedavisi, %16,1'ine semptomatik tedavi, %11'ine alkali tedavi, %7,8'ine zorlu diürez, %4,9'una hemodiyaliz/hemoperfüzyon, %1,2'sine profilaktik antibiyotik, %0,9'una yardımcı solunum desteği ve %0,3'üne de steroid tedavisi uygulanmıştır. Literatürde intihar girişiminde bulunan olgulara yapılan tedavilerle ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmadı.

Hastalarımızın hepsi hastaneye yatırılarak izlenmiştir. En uzun izlem süresi 36 gün, en kısa izlem süresi ise 8 saattir. Ortalama yatış süresi $2,6 \pm 3,2$ gün (ortanca:2 gün) bulunmuştur. İntihar girişimi sebebiyle ortalama hospitalizasyon süreleri değişik çalışmalarda 1,88 gün ve 3 gün olarak bulunmuştur (Garrido ve ark. 2000, Jay ve ark. 1989). Hospitalizasyon süresinin uzamasının, tekrarlayan girişimleri önlemediği ve intihar girişiminin tamamlanmasını engellemediği (Renee 2004) kısa hospitalizasyon süresinin komplike vakaların daha detaylı incelenmesine izin verdiği belirtilmiştir (Trautman ve Shaffer 1989).

İntihar girişimi nedeniyle başvuran olguların 225'i (%64,8) çocuk servislerine, 85'i (%24,5)

acil gözleme, 25'i (%7,2) yoğun bakım servisine yatırılmıştır. Olguların 12'si (%3,5) ise daha uzun süreli tedavi için 24 saatlik izlemden sonra Çocuk Psikiyatri Bölümü'ne devir edilmiştir. Olguların 308'i (%88,7) Çocuk Psikiyatri Kliniği tarafından izleme alınırken, 27'sinin (%7,8) ise ilk psikiyatrik değerlendirmeleri sonrası, psikiyatri poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edilmesine rağmen, kontrollerine gelmediği görüldü. Literatürdeki bilgilere göre, intihar girişiminde bulunan olguların büyük bölümünün ruh sağlığı açısından yardıma ihtiyaçları olmakla birlikte %50'den azı acil servislerde görüldükten sonra psikoterapiye gönderilmekte, bunların çoğu tedaviye başlamakta ancak tedavilerini tamamlamamaktadır (Rotheram-Borus ve ark 2000). Literatür ile karşılaştırıldığında, olgularımızın psikiyatri tarafından değerlendirilme ve düzenli takip edilme oranlarının yüksek bulunması sevindiricidir. Bunda bölümler arası iletişimin öneminin kavranmasının önemli rol oynadığını düşünmekteyiz.

İntihar davranışı nedeniyle başvuran olguların 346'sı (%99,7) iyileşerek taburcu edilirken, bir olgu (%0,3) eksitus olmuştur. Çocukluk çağı intihar girişimlerinde ölüm, erişkinlere oranla az görülür. Pediatrik yaş grubu intihar girişimlerinde ölüm yüzdeleri %7,7, %0, %2 olarak bildirilmiştir (Facy ve ark. 1998, Osona ve ark. 2000, Yendur ve ark.1998).

Sonuç olarak, intihar bir hastalık değil, bir semptomdur ve diğer semptomlar gibi farklı hastalıklarda ortaya çıkabilir. İntihar davranışının oluşmasındaki karmaşık yapı, koruma ve rehabilitasyon çalışmalarında da multidisipliner bir çalışmayı gerektirir. Bu konuda başarı sağlamanın yolu, önlemeye yönelik programların yalnızca bireyler değil; aile, okul, işyeri ve toplum düzeyinde de uygulanması ile olacaktır. Ergen ve çocuk intihar girişimlerinde ailenin de birlikte değerlendirilerek aile eğitiminin temel alınması, sağlık çalışanlarının, sınıf öğretmenlerinin ve okullarda görev yapan psikolojik danışmanların çocukluk depresyonu konusunda bilgilendirile-

rek, depresyonun yeterli bir biçimde tanınıp tedavi edilebilmesi, intihar girişimlerini azaltacak en etkili yöntemler olduğu kanaatindeyiz. Çocukluk çağı intihar girişimlerinde çocuk hekim-

lerine düşen görev; akut medikal yaklaşımdan sonra ailesel ve sosyal problemlerinin çözüm yollarını ilgili birimlerle ilişki kurarak bulmak olmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aktepe E, Kandil S, Göker Z ve ark. (2006) İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. TAF Preventive M Bulletin, 5(6): 44-454
- Bayam G, Dilbaz N, Holat H ve ark. (1995) Genel Bir Hastanede Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2(2): 57-63.
- Beautrais AL (2003) Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A Multiple-Group Comparison Study. Am J Psychiatry, 160: 1093-1099.
- Berkow R, Fletcher AJ (1995) The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. (Çev. ed: Keklikoğlu M, Tuzcu M) 16. baskı Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, (144): 1623- 1628.
- Bozkır F (2002) İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Risk Etkenler KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Psikolojisi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Trabzon.
- Davis JM ve Brock SE (2002) Suicide. Handbook of in Crisis Counseling, Intervention, Prevention in the Schools, J Sandoval (ed). Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London, 273-301.
- Ekşi A (1988) Çocuk ve Adolesan İntiharları, 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, GATA, Ankara , 134-154.
- Ercan ES (1996) İntihar Girişiminde Bulunmuş Ergenlerin Psikiyatrik Değerlendirilmesinde Nelere Dikkat Edilmeli. Psikiyatri Bülteni, 4(3): 124-127.
- Ercan ES, Varan A, Aydın C (2000) İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, (7)2: 81-91.
- Facy F, Jouglu E, Hatton F (1998) Epidemiology of Adolescent Suicide. Rev Prat, 48: 1409-1414.
- Fidaner C, Fidaner H (1992) Türkiye'de Çocuk İntiharları Epidemiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 3: 255-260.
- Fish KB (2000) Suicide Awareness at the Elementary School Level. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 38: 20-23
- Garrido Romero R, Garcia Garcia JJ, Carballo Ruano E ve ark. (2000) Voluntary Poisoning as a Form of Attempted Suicide. An Esp Pediatr, 3: 213-216.
- Gidiş D, Kaya N, Çilli AS ve ark. (1997) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi, 5(1): 7-13
- Gould MS, Kramer RA (2001) Youth Suicide Prevention. Suicide Life Threat Behav, 31: 6-32.
- Gould MS, Fisher P, Parides M ve ark. (1996) Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. Archives of General Psychiatry, 53(12): 1155-1162.
- Grilo CM, Sanislow CA, Fehon DC ve ark. (1996) Correlates of Suicide Risk in Adolescent Inpatients who Report A History of Childhood Abuse. Compr Psychiatry, 40(6): 422-428.
- Güleç G, Aksaray G (2006) İntihar Girişiminde Bulunan Gençlerin Sosyodemografik-Sosyokültürel ve Aile Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Yeni Symposium, 44(3): 141-150.
- Jay MS, Graham CJ, Flowers C (1989) Adolescent Suicide Attempters Presenting to A Pediatric Facility. Adolescence, 94: 467-472.
- Le Heuzey MF, Isnard P, Badoyal AM ve ark. (1995) Suicidal Children Andadolescents. Arch Pediatr, 2: 130-135.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR ve ark. (2001) Gender Differences in Suicide Attempts from Adolescence to Young Adulthood. J Amer Acad Child Adoles Psychiatry, 40: 427-434.
- Lifshitz M, Gavrilo V (2002) Deliberate Self-Poisoning in Adolescents. Isr Med Assoc J, 4: 252-254.
- Kocabaş Ö, Kavaklı T, Ecevit Ç, Aydoğan A, Sun F, Karaca DT (2004) Çocukluk Çağı İntihar Girişimleri. Ege Pediatri Bülteni, 11(2): 119-124.
- McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP ve ark. (1998) Incidence and Predictors of Suicidal Behaviors in A Longitudinal Sample of Young Adolescents. J Amer Acad Child Adoles Psychiatry, 37(6): 612-619.
- Neehall J, Beharry N (1994) Demographic and Clinical Features of Adolescent Parasuicides. West Indian Med J, 43: 123-126.

Okucu R (1988) Ergenlik Çağı İntihar Girişimlerinde Psikososyal Etmenler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Osona Rodriguez B, Gonzalez Vicent M, Menica Bartolome S ve ark. (2000) Suicide in Pediatric Patients: 30 Cases. *An Esp Pediatr*, 1: 31-35.

Özgüven-Devrimci H, Sayıl I (2003). Suicide Attempts in Turkey. Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*, 48:324-329.

Özsan HH, Odabaşoğlu G, Doğançün B ve ark. (2005) Çocukta İntihar Girişimleri: Olgu Örnekleriyle Gözden Geçirme. *Türkiye'de Psikiyatri*, 7(2): 73-80.

Rotheram-Borus MJ, Piacenti J, Cantwell C ve ark. (2000) The 18-Month Impact of an Emergency Room Intervention for Adolescent Female Suicide Attempters. *J Consult Clin Psychology*, 68: 1081-1093.

Sayıl I (1985) İntihar Olgusu ve Tedavi İlkeleri. *Nöroloji Nöroşirurji Psikiyatri Dergisi*, 1: 53-56.

Sonuvar B, Yörükoğlu A (1971) Çocukluk ve Delikanlılık Çağında İntihar Girişimleri. *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni*, 4(2):1 36-150.

Soylu E (2001) İntihar Girişiminde Bulunanlarda Komorbid Psikiyatrik Durumlar (Uzmanlık Tezi). O.M.Ü. Tıp Fakültesi, Samsun.

Sulik LR, Garfinkel BD (1992) Adolescent Suicidal Behavior: Understanding the Breadth of the Problem. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, (1): 197-227.

Şahin AR, Özkan A (1993) Hastane Tedavisi Gerektiren İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi*, 1(3): 129-133.

Şener Ş, Şenol S (1996) İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Ergenlerin Değerlendirilmesi ve Kısa Süreli İzlemi. *3P Dergisi*, 4(2): 100-107.

TC.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (2001) İntihar İstatistikleri DİE Matbaası, Ankara 2003.

Tezcan AE, Oğuzhanoğlu NK, Ülkeroğlu F (1995) Çocuk ve Gençlerde İntihar Girişimleri. *Kriz Dergisi*, 3(1-2): 70-74.

Tomori M, Zalar B (2000) Characteristic of Suicide Attempters in A Slovenian High School Population. *Suicide Life Threat Behav.*, 30: 222-238.

Trangkasombat U, Likanapichitkul D (1997) Prevalence and Risk Factors for Depression in Children: An Outpatient Pediatric Sample. *J Med Assoc Thai*, 5: 303-310.

Trautman PD, Shaffer D (1989) Pediatric Management of Suicidal Behaviour. *Pediatr Ann*, 18(2): 134-138.

Yendur G, Serdaroğlu G, Kavaklı T ve ark. (1998) Çocukluk Çağı İntihar Girişimleri. *Klinik Bilimler*, 6(4): 882-886.