

## HASTANE TEDAVİSİ GEREKTİREN İNTİHAR GİRİŞİMLERİ

Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN\*, Dr. Aysen ÖZKAN\*\*

**Özet:** İntihar girişimi nedeniyle medikal veya cerrahi tedavi gerektiren 43 hastanın dosyaları incelendi. En yaygın yöntemin ilaç-kimyasal madde içme olduğu; kırsal bölgede yaşayan hastaların tarımsal ilaçlara daha sık başvurduğu saptandı. Hastaların diğer özellikleri literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

**Summary:** Medical records of forty three patients who attempted suicide and required medical or surgical treatment, were reviewed. It was found that intake of drugs and chemical substances were more widely used. The choice of patients from rural areas was insecticides.

### GİRİŞ

İntihar, sosyo-kültürel boyutlarıyla önemli bir sağlık sorunudur ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda bulunur. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm ölümler arasında sekiz ve dokuzuncu sırada (Blumenthal 1990, Murphy 1989), genç ölümleri arasında ise iki ve üçüncü sırada yer almaktadır (Blumenthal 1990, Brent ve Kolko 1990, Pfeffer 1989).

Durkheim'e göre intihar, toplumun birey üzerindeki kontrolünün ve etkisinin bir sonucudur. Bu bağlamda intiharlar elcil (altruistic), bencil (egoistic) ve kargaşaya bağlı (anomic) olarak sınıflandırılır (Blumenthal 1990, Kösemihal 1971,

Symonds 1991). Freud ise nedenin intrapsişik olduğunu, ambivalent duygular beslenen ve içe atılmış olan sevgi nesnesine yönelik bilinçdışı düşmanlık duygularından kaynaklandığını ileri sürer (Blumenthal 1990). Psikiyatrik bozukluklarla intihar arasında ilişki bulunduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Murphy 1989, Brent ve Kolko 1990, Cross ve Hirschfeld 1989, Asnis ve ark., 1993, Appleby 1992, Hale ve ark. 1990, Weissman ve ark. 1989). Bu bozukluklar: duygulanım bozuklukları (özellikle major depresyon), alkolizm, şizofreni, panik bozukluğu, kişilik bozuklukları ve diğer bozukluklar olarak sıralanabilir. Özellikle ölümle sonuçlanan intiharların psikolojik otopsileri sonucunda, olguların %90'dan fazlasında psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (Blumenthal 1990). Bununla birlikte, sosyolojik görüşü destekleyen ve intiharlarla stres etkenlerinin ilişkisini gösteren yayınlar da bulunmaktadır (Rich ve ark. 1991, de Wilde ve ark. 1992, Hawton ve Fagg 1992). Ayrıca intihar düşüncesinin, normal popülasyonda sanıldığından daha sık olduğu da bilinmektedir (Meehan ve ark. 1993). 14 yaş öncesi dönemde oldukça ender görülen intiharlar, bu yaştan sonra giderek artmakta ve 23 yaşında en yüksek sıklığa ulaşmaktadır (Blumenthal 1990).

İntiharlarda kadın/erkek oranı 1/3 civarındadır (Cross ve Hirschfeld 1989). İntihar girişimleri ise kadınlarda daha fazladır (Blumenthal 1990).

\* Yrd. Doç., \*\*Prof. Ondokuz Mayıs Üni.  
Tıp Fak. Psikiyatri ABD

Evliliğin koruyucu etkisinin olduğu; sırasıyla, boşanmış, dul ve bekarlarda evlilere göre daha çok intihar görüldüğü bilinmektedir (Fidaner ve Fidaner 1988). Girişimlerin ilkbahar-yaz aylarında ve günün ikinci yarısında, özellikle 20.00-24.00 saatleri arasında daha çok gerçekleştirildiği bildirilmektedir (Fidaner ve Fidaner 1988, Masterton 1991, Milev ve Mikhov 1992).

Ülkemizde ölümle sonuçlanan intiharların yarıdan çoğu ası yoluyla olmakta, bunu sırasıyla ilaç-kimyasal madde, ateşli silah ve yüksekten atlama yöntemleri izlemektedir Fidaner ve Fidaner (1988). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise ilk sırayı ateşli silahlar almaktadır (Frierson ve Lippman 1990).

Türkiye'de intiharlarla ilgili epidemiyolojik bilgilerin kaynağı Devlet İstatistik Enstitüsü verileridir. Klinik çalışmalar ise görece az sayıdadır. Bu çalışmada intihar girişimi nedeniyle Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Psikiyatri departmanı tarafından konsülte edilen hastalar ele alınmış, özellikleri değerlendirilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 1988-1992 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne intihar girişimi ile başvurarak medikal veya cerrahi tedavi gereksinimi nedeniyle psikiyatri dışındaki servislere yatırılan 17 yaş ve üzerindeki 43 hastanın dosyaları incelenerek yapılmıştır. Psikiyatri konsültasyonu gerçekleştirilemeden ölenler ve dosyasında yeterli bilgi bulunmayanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastalar yaş, cinsiyet, geldikleri bölge (köy ve beldeler kırsal, il ve ilçeler kentsel kabul edilerek), medeni durum ve intihar yöntemi değişkenleri yönünden incelenmişlerdir. Sayı ve dağılım özellikleri nedeniyle istatistik işlemlerde parametrik olmayanlar testler (Mann Whitney U, Ki Kare) kullanılmıştır. Ortalama değerler "Ortalama ± standart sapma" şeklinde gösterilmiştir.

## BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması  $27.05 \pm 11.56$ , yaş sınırı ise 17-69 yıl idi. Bunların 29'u (%67.4) kadın,

14'ü (%32.6) erkekti. Kadınlarla erkekler arasında yaş, medeni durum, geldikleri bölge ve intihar yöntemleri yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamaktaydı (Tablo 1).

Hastaların geldikleri yöreye göre karşılaştırılmasında, kırsal bölgeden olanların daha genç yaşta oldukları ( $Z=2.03$ ;  $p=0.021$ ) ve tümünün ilaç içme yöntemiyle intihar girişiminde buldukları, kentsel kesimden olanlarda ise ilaç kullanmanın %60.5 oranında olduğu saptanmıştır. İlacın cinsine göre (tıbbi ilaç-tarım ilacı) karşılaştırıldığında kırsal bölge ile kentsel bölge hastaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ( $p=0.003$ ); kentsel bölgeden gelenlerin daha çok tıbbi ilaç, kırsal bölgeden gelenlerin ise daha çok tarımsal ilaçları seçtikleri görülmüştür.

Hastaların 22'si (%51.2) tıbbi ilaç, 14'ü (%32.6) tarım ilacı içerek, 7'si (%16.3) ilaç dışı yöntemlerle intihar girişiminde bulunmuştur. Tıbbi ilaçlarla girişimlerin 14'ünde (%64) psikotrop ilaç (tek başına ya da diğer ilaçlarla birlikte) kullanılmıştır. Bunların sadece 4'ünde yeşil reçete ile satılan ilaçlar sözkonusudur. İlaç dışı yöntemler: ası ( $n=2$ ), ateşli silah ( $n=2$ ), yüksekten atlama ( $n=1$ ), taşıt önüne atlama ( $n=1$ ) ve boynunu kesme ( $n=1$ )'dir.

Tıbbi ilaç kullananların 8'i daha önceden kullandıkları kendi ilaçlarını, 4'ü ise evde bir başkasının kullandığı ilacı içtiğini belirtmiş, kalan 10 hastanın içtiği ilacın kaynağı belirlenememiştir.

Tüm ilaç içenlerle, ilaç dışı yöntemlerle intihar girişiminde bulunanlar arasında yaş yönünden anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $Z=1.86$ ;  $p=0.03$ ). İlaç dışı yöntemleri kullananların daha yaşlı oldukları ve tümüyle kentsel bölgeden geldikleri dikkati çekmiştir (Tablo I).

Tüm girişimlerin aylara ve mevsimlere dağılımı, tek değişkenli ki kare testiyle değerlendirilmiş, hem yöntemler yönünden hem de toplam girişimler yönünden aylara ve mevsimlere göre anlamlı farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Onbeş hastada (%34.9) psikiyatrik, 10'unda (23.3) da psikiyatrik olmayan hastalık öyküsü saptanmıştır (3 olguda hem psikiyatrik hem de psikiyatrik olmayan hastalık öyküsü vardı) (Tablo II). Dört hastanın (%9.3) ise özgeçmişinde intihar girişimi öyküsü bulunmakta idi.

Tablo 1: Hastaların cins, medeni durum, geldiği yer ve intihar yöntemi yönünden karşılaştırılması.

		Yaş Ortalaması	n	%	CİNS		MEDENİ DURUM		GELDİĞİ YER	
					Erkek	Kadın	Evlili	Dul-Bekar	Kırsal	Kentsel
CİNS	Erkek	29.86 ± 14.43	14	32.6						
	Kadın	25.69 ± 9.89	29	67.4						
		Z=0.88 p=0.189								
MEDENİ DURUM	Evlili	34.67 ± 12.42	21	48.8	7	14				
	Dul-Bekar	19.68 ± 2.61	22	51.2	7	15				
		Z=4.97 p < 0.00001			χ <sup>2</sup> = 0.048 Sd= 1 p > 0.05					
GELDİĞİ YER	Kırsal	23.5 ± 10.07	10	23.3	5	5	3	7		
	Kentsel	28.12 ± 11.9	33	76.7	9	24	18	15		
		Z=2.03 p= 0.02			χ <sup>2</sup> =0.918 Sd=1 p > 0.05		p=0.16			
YÖNTEM	Tıbbi	24.36 ± 5.75	22	51.2	7	15	12	10	2	20
	Tarım	25.00 ± 10.46	14	32.6	4	10	4	10	8	6
		Z= 1.152 p=0.125			p=0.57		p=0.118		p=0.003	
	Toplam ilaç	24.61 ± 7.78	36	83.17	11	25	16	20	10	26
	Diğer	39.43 ± 19.22	7	16.3	3	4	5	2	0	7
	Z=1.86 p=0.03			p=0.86		p=0.187				

Hastaların 25'i (%51.8), intihar girişimleri için bir neden belirtmiştir. Bunların yarısından fazlasını (n=13) ailesel geçimsizlik, %16'sını (n=4) ise ağrı oluşturmaktadır. Diğer nedenler, bir yakınında tıbbi bir hastalığın bulunması (n=2), sıkıntı (n=2), yeni evliliğe uyum sağlayamama (n=2), karşıt cinsten arkadaşlardan ayrılma (n=1) ve öfkelenme (n=1) olarak belirtilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımı, öğrenci ve ev kızı oluşturmaktaydı. Meslek sahibi olanlar ise %30.2 oranında idi.

Psikiyatri konsültasyonu sonucunda sadece 14 (32.6) hastaya psikiyatrik tanı konmuştur. Bunlar major depresyon (n=7), psikotik bozukluklar (n=3), distimi (n=1), anksiyete bozukluğu (n=1), bipolar

bozukluk (n=1) ve kişilik bozukluğu (n=1) şeklinde idi. Yedi hastaya psikiyatri kliniğine yatış önerilmiş ancak dördü kabul etmiştir. Toplam 36 hastaya poliklinik kontrolü önerildiği halde sadece dokuzu (%25) bu öneriye uymuştur.

Otuziki hasta, önce başka bir sağlık kuruluşuna götürülmüş, ilk tıbbi girişim yapıldıktan sonra hastanemize sevk edilmiştir. Bunların 21'inin ilk muayenesinde bilinç değişiklikleri vardı. Doğrudan hastanemize başvuran/getirilen hastaların sayısı 11, bunlar içinde bilinç değişikliği olanların sayısı ise dördü. Böylece bilinç değişikliği gösterenler tüm hastaların %58.1'ini oluşturuyordu.

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışma grubunu sadece diğer servislere konsülte edilen hastaların oluşturması, epidemiyolojik verilerle karşılaştırma ve genel yorumlar yapma olanağını ortadan kaldırmaktadır. Bununla birlikte kadın/erkek oranının 2 olarak bulunması, en sık girişim yönteminin ilaç-kimyasal madde içme oluşu literatür bulgularına uymaktadır (Blumenthal 1990, Frierson ve Lippman 1990). İntihar girişimlerinin medeni durumla ilgisinin olmayışı, aylara ve mevsimlere göre fark bulunmaması ise beklenene uymayan gözlemlerdir (Fidaner ve Fidaner 1988, Masterton 1991, Milev ve Mikhov 1992).

Bulgularımız intihar girişiminde kullanılan yöntemin, daha çok kolayca ulaşılabilir araçlarla olduğunu göstermektedir. Geçim kaynağı tarım

olan kırsal bölgelerde tarım ilacının çok daha kolay ulaşılabilir olması şaşırtıcı değildir.

Hastaların %36.6'sı (n=14) psikotrop ilaç kullanmıştır. Ancak sedatif-anksiyolitik ilaçları kullanan olgu sayısı sadece 4'tür (%9.3). Bu, yeşil reçete uygulamasının olumlu bir sonucu gibi görünmektedir.

İlaç dışı yöntemleri kullananların daha yaşlı ve bu yöntemlerin daha ciddi (ası, ateşli silah gibi) olması, yaşlıların girişimlerinde daha kararlı olduklarını düşündürmektedir. Bu gözlem, son yıllarda yaşlı bireylerin ölümle sonuçlanan intiharlarında artış olduğu bilgisiyle (Fidaner ve Fidaner 1988) uyumludur.

İntihar girişiminden sorumlu tutulan nedenlerin büyük kısmını, literatürde de vurgulandığı gibi (Rich ve ark. 1991, de Wilde ve ark. 1992, Hawton ve Fagg 1991, Meehan ve ark. 1992, Fidaner ve Fidaner 1988) kişiler arası ilişkilerdeki aksamalar oluşturmaktadır. Psikiyatrik tanı konan hastaların yarısının depresyon tanısı alması da beklenene uygun gözlemlerdir (Cross ve Hirschfeld 1989, Asnis ve ark. 1993, Appleby 1992, Hale ve ark. 1990, Weissman ve ark. 1989). Oysa, hastaların sadece %34.9'unun (n=15) özgeçmişinde psikiyatrik hastalık bulunması ve konsültasyon sonucunda %32.6 (n=14) gibi küçük bir oranda psikiyatrik hastalık saptanması, intihar girişimlerinin psikiyatrik hastalıktan çok diğer etkenlere bağlı olduğunu göstermektedir.

**Tablo II: Öyküde saptanan hastalıklar**

PSİKİYATRİK OLMAYAN HASTALIKLAR		PSİKİYATRİK HASTALIKLAR	
Hastalık	n°	Hastalık	n
Epilepsi	5	Alkolizm	5
Migren	2	Konversiyon bozukluğu	4
Malignansi	1	Psikoz	3
Renal yetmezliği	1	Anksiyete	1
KOAH	1	Depresyon	1
Hipertansiyon	1	Kişilik bozukluğu	1
Tüberküloz	1		

Hastalarda birden fazla tanı bulunabilmektedir.

Bulgularımız öyküde intihar girişimi olmasının daha sonraki girişimler yönünden risk oluşturduğu görüşünü desteklemektedir (Blumenthal 1990, Murphy 1989, Appleby 1992).

Kontrol önerilen hastaların %75'inin bu öneriye uymaması; sorunların geçici olabilip kontrole gereksinim duymamalarına, sosyo-kültürel etkenler nedeniyle psikiyatrik yaklaşıma direnç göstermelerine veya hastaların başka bir kuruluşa müracaat etmiş olabileceğine bağlanabilir.

Sonuç olarak psikiyatrik bir hastalığı veya saptanabilen bir stres kaynağı olmasa da her intihar girişiminin ciddi sonuçlar doğurabileceği, bu nedenle de titizlikle ele alınmaları gerektiği açıktır. Bu vesileyle intihar girişimlerinin daha iyi incelenebilmesi ve daha etkin önlem ve yaklaşımların yapılabilmesi için ülke genelinde bir intihar veri merkezi oluşturulmasının gerekliliği de vurgulanmak istenmiştir.

#### KAYNAKLAR

Appleby L (1992) Suicide in psychiatric patients: risk and prevention. *Br. J Psychiatry*, 161: 749-758.

Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM (1993) Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients I: description and prevalence. *Am J Psychiatry*, 150 (1): 108-112.

Blumenthal SJ (1990) Youth suicide: risk factors, assessment and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. *Psychiatr Clin North Am.*, 13 (3): 511-556.

Brent DA, Kolko KJ (1990) Suicide and suicidal behaviour in *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents*. Garfinkel, B.D.; Carlson, G.A.; Weller E.B. (eds). Saunders Company, Philadelphia: 372-391.

Cross CK, Kirschfeld RMA (1989) Epidemiology of disorders in adulthood: suicide in *Psychiatry*. Michels, R., Cooper, A.M., Guze, S.B., Judd, L.L., Klerman, G.L., Solnit, A.J. (eds). Revised Ed. Basic Books Cilt:3, Bölüm 20, New York, s: 1-15.

Fidaner H, Fidaner C (1988) *İntihar Yazıları*. Mimograf Ankara.

Frierson RL, Lippmann SB (1990) Psychiatric consultation for patients with self-inflicted gunshot wounds. *Psychosomatics*, 31 (1): 67-74.

Hale M, Jacobson J, Carson R (1990) A database review in *C-L Psychiatry: characteristics of hospitalized suicide attempters*. *Psychosomatics* 31 (3): 282-286.

Hawton K, Fagg J (1992) Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry*, 161: 816-823.

Kösemişal NŞ (1971) *Durkheim Sosyolojisi*, 1. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, 80-97.

Masterton G (1991) Monthly and seasonal variation in parasuicide: a sex difference. *Br J Psychiatry*, 158: 155-157.

Meehan PJ, Lamb JA, Saitzman LE, O'Carroll PW (1992) Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*, 149: 41-44.

Milev V, Mikhov D (1992) Attempted suicide by poisoning in the Sofia region. *Br J Psychiatry*, 160: 560-562.

Murphy GE (1989) Suicide and attempted suicide in *Psychiatry*. Michels R, Cooper AM, Guze SB, Judd LL, Klerman GL, Solnit AJ (eds). Revised Ed. Basic Books. Cilt:1, Bölüm 71, New York, s.1-18.

Pfeffer CR (1989) Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 12 (4): 861-872.

Rich CL, Warstad GM, Nemiroff RA, Fowler RC, Young D (1991) Suicide, stressors, and the life cycle. *Am J Psychiatry*, 148: 524-527.

Symonds RL (1991) Suicide, as study in sociology: Emile Durkheim. *Br J Psychiatry*, 159: 739-741.

Weissmann MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R (1989) Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Eng J Med.*, 321: 1209-1214.

de Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG (1992) The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*, 149: 45-51.