

Sakarya İlinde gerçekleşen intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi

M.Fatih Önsüz^a, Figen Demir^b, Emine Kaya Afşari^c, Ahmet Şahin^d, Yasin Çatalbaşı^e,
Hasan Bektaş^f

Özet

Amaç: Bu çalışmada 2009-2010 yılları arasında Sakarya'da hastanelerin acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran vakaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma Ocak 2009 ve Aralık 2010 tarihleri arasında Sakarya'da bulunan tüm devlet ve özel hastanelerin acil servislerine intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların (n=1566) verileri incelenerek gerçekleştirilmiştir. **Bulgular:** İki yıl için 15 yaş ve üzeri kaba intihar girişim hızı kadın ve erkeklerde sırasıyla 100000 nüfusta 191.98 ve 51.88'dir. Toplam 1566 vakanın 1236 (%78.9)'sı kadın, 330 (%21.1)'u erkektir ve çoğu 15-24 yaş grubundadır. Hem kadınlarda ve hem de erkeklerde en sık başvuru intihar şekli ise ilaç ve toksik madde kullanımı idi ve sıklık erkek ve kadınlarda sırasıyla %93.8, %96.8 idi. Tekrarlanan intihar girişim sıklığı kadınlarda %17.2 ve erkeklerde %13.9 bulunmuştur. **Sonuç:** Bu çalışmada intihar girişim sıklığı kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca tekrarlayan intihar girişimi sıklığı araştırma grubunda topluma göre çok yüksek bulunmuştur. İntihar girişimlerini önlemek için risk faktörlerinin ve çözüm yollarının belirlenmesine yönelik topluma dayalı analitik ve müdahale epidemiyolojik araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İntihar girişimi, sıklık, tekrarlayan intihar girişimi

Evaluation of suicide attempts in Sakarya

Abstract

Objective: The objectives of this study were to evaluate the general characteristics, the methods that were used and the causes of suicide attempts for the years of 2009-2010 in Sakarya. **Methods:** The data were gathered from emergency rooms of all public and private hospitals by using a suicide attempt registration form. All patients (n=1566) admitted to the emergency rooms of the hospitals and who had attempted suicide in the period from January 2009 to December 2010 were included in this study. **Results:** The prevalence of suicide attempts was 191.98 per 100000 population in women and 51.88 per 100000 population in men.

^a Uzman Dr., Halk Sağlığı Müdürlüğü, İstanbul

^b Yrd.Doç.Dr., Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

^c Dr., Arifiye İlçe Sağlık Müdürlüğü, Sakarya

^d Sosyal Çalışmacı, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Sakarya

^e Dr., Adapazarı İlçe Sağlık Müdürlüğü, Sakarya

^f Dr., Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, Sakarya

Sorumlu Yazar: M.Fatih Önsüz, İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ginza Plaza İş Merkezi Seyit Nizam Mahallesi Mevlana Caddesi No:81/83 Zeytinburnu/İstanbul. Tel: 0(212) 409 20 00, E-posta: fatihonsuz@yahoo.com

Geliş tarihi: 22 Mart 2012, Kabul tarihi: 03 Kasım 2012

One thousand two hundred and thirty six of the total of 1566 (78.9%) suicide attempts during the specified period were committed by females, while the remaining 330 (21.1%) were committed by males; the suicide attempts were concentrated in 15-24 age group. Usage of drugs and toxic substances is the most frequently used method for suicide attempts for both sexes (93.9 % in males, 96.8 % in females). Two hundred and twelve females (17.2%) and 46 males (13.9%) repeated suicide attempt at least once or more. **Conclusions:** The frequency of suicide attempts was higher among females. In addition, previous suicide attempts were more common in our study population than in community. The investigation of risk factors associated with suicide attempts by analytical and interventional population based epidemiological studies is important for prevention and treatment.

Key Words: Suicide attempt, prevalence, repeated suicide attempt

Giriş

İntihar kişinin kendi isteği ile yaşamına son vermesidir. Ölümle sonuçlanmayan intihar eylemine ise intihar girişimi denmektedir.¹ Günümüzde intihar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl tüm dünyada yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 15-44 yaş grubunda ölüm nedenleri arasında sekizinci sıradadır.² Genel popülasyonda intihar girişimi epidemiyolojisi ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları, 1970-2000 yılları arasında dünya genelindeki farklı ülkelerde intihar sıklığının 2.6-1100/100000, yaşam boyu yaygınlığının ise 720-5930/100000 arasında değiştiğini bildirmektedir.³ Ülkemizde ise kaba intihar hızı giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2002 yılında 3.30/100000 iken 2010 yılında 4.02/100000 yükselmiştir.⁴ İntihar girişimleri ise daha fazla sayıdadır ve son dönemde yapılan kapsamlı bir çalışmada, 1998 ve 2001 yılları arasında intihar girişimi hızının ortalama 78.89/100000 olduğu belirtilmekte ve bu yıllar arasında %93.59'luk bir artıştan söz edilmektedir.⁵

İntihar girişiminde bulunan kişilerin ilk başvurduğu ve değerlendirildiği yerler genellikle hastanelerin acil servisleridir. İntihar girişimiyle hastaneye başvurmak daha sonra ölümle sonuçlanan intihar girişiminde bulunma olasılığını arttırmaktadır.⁶ Bu nedenle acil servise intihar girişimi ile başvuran olguların demografik özelliklerinin bilinmesi ve bu

kişilere acil servislerde uygulanan tedaviler ve psikiyatrik destek önem kazanmaktadır.⁷

Bu çalışmanın amacı iki yıl içinde Sakarya ilinde gerçekleşen intihar girişimi vakalarını değerlendirmektir.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Ocak 2009 ve Aralık 2010 tarihleri arasında Sakarya'da bulunan tüm devlet ve özel hastanelerin acil servislerine intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların verileri incelenerek gerçekleştirilmiş, çalışmanın verileri hastanelerin acil servislerinde kullanılan 'Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimi Kayıt Formu' kullanılarak elde edilmiştir. Bu formda hastanın demografik özellikleri mesleği, intihar girişiminin şekli, nedeni, önceden tanı almış psikiyatrik hastalığı olup olmadığı, son altı ayda psikiyatrik tanı ya da tedavi durumu, uygulanan tıbbi tedavi şekli, geçmişte intihar girişimi varlığı, acil serviste psikiyatri konsültasyonu istenip istenmediği konularında sorular bulunmaktadır. Bu formda intihar nedenleri 10 başlık altında sorgulanmakta idi. İkincil analizler için bu başlıklar; 1. İlaç-toksik madde; 2. Kesici aletle; 3. Tüp gaz, doğalgaz, kendini asarak, suya atlama, yüksekten atlama ateşli silah ve diğer olarak üç grupta toplanmış, 15 yaş üzeri intihar girişim hızı hesaplanırken 15 yaş üzeri nüfus olarak aynı yıllara ait (2009-2010) İl Sağlık Müdürlüğü ETF kayıtlarında yer alan yıl ortası nüfusu kullanılmıştır. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü ETF kayıtlarına göre Sakarya 2010 yıl ortası nüfusu 865353

ve 15 yaş üzeri toplam nüfus 671868 iken 2009 yıl ortası nüfusu 820896 ve 15 yaş üzeri nüfus ise 621239'du. TÜİK verilerine göre 2009 ve 2010 yıllarında intihar oranları 100000 nüfus için sırasıyla 3.97 ve 3.70 idi. Verilerin kullanılabilmesi için Sakarya il sağlık müdürlüğü 'den izin alınmış, Veriler SPSS 11.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin sunumunda tanımlayıcı istatistik, gruplar arası oranların karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmada Sakarya'da iki yıl içinde hastanelere toplam 1566 tane intihar girişimi vakası başvurmıştı. Bu vakaların %78.9'u (n=1236) kadın, %47.7'si (n=747) 2009 yılında, %52.3'ü (n=819) 2010 yılında gerçekleşmişti. 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 91.0/100000 ve 94.6/100000 olarak bulunmuştur. 15 yaş üzeri nüfusta

intihar girişim hızı 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla; 120.2/100000 ve 121.8/100000'dır. Tüm nüfustaki intihar girişim hızı ise 2009 ve 2010 yılları arasında kadın ve erkeklerde sırasıyla; 143.4/100000 ve 38.3/100000'dır.

Vakaların yaklaşık yarısı (%50.6) eğitim ve araştırma hastanesine, sadece %2.5'i (n=40) özel hastanelerin acil servisine başvurmuştu.

Son iki yıl içerisinde görülen intihar girişimi vakalarının %78.9'u kadın, %62.2'si 15-24 yaş grubunda ve %56.5'i bekar idi. Vakaların %48.7'si ilköğretim mezun iken, %34.6'sı lise, %9.7'si üniversite, %3.6'sı okur yazar, %31.1'i ev hanımı ve %27.3'ü bir işte çalışmıyordu. İntihar girişiminde bulunan vakaların cinsiyetlerine göre eğitim durumları farklı değildi (p=0.41). İntihar girişiminde bulunan vakaların bazı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. İntihar girişiminde bulunan vakaların bazı özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Özellikler	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Yaş				
15-24 yaş	810	65.5	164	49.7
25-34 yaş	299	24.2	97	29.4
35-49 yaş	104	8.5	48	14.5
50-64 yaş	19	1.5	14	4.2
65 yaş ve üzeri	4	0.3	7	2.2
Medeni durum				
Evli	493	39.9	98	29.7
Bekar	674	54.5	211	63.9
Dul- boşanmış-ayrı yaşıyor	59	4.8	18	5.5
Nişanlı	10	0.8	3	0.9
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	26	2.1	11	3.3
Okuryazar	40	3.2	16	4.8
İlköğretim mezunu	610	49.4	153	46.4
Lise	424	34.3	118	35.8
Üniversite	121	9.8	31	9.4
Bilinmiyor	15	1.2	1	0.3
İş durumu				
Çalışıyor	159	12.8	127	38.5
Çalışmıyor	337	27.3	135	40.9
Ev hanımı	384	31.1	-	-
Öğrenci	341	27.6	63	19.1
Bilinmiyor	15	1.2	5	1.5
Daha önce intihar girişimi var	212	17.2	46	13.9
Ailede intihar girişimi var	36	2.9	8	2.4

İntihar girişiminde bulunan vakaların cinsiyete göre yaş dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve bu fark 15-34 yaş grubundan kaynaklanıyordu. 15-24 ve 25-34 yaş grubunda kadınların oranı sırasıyla %83.2 ve %75.5 iken 35-49, 50-64 ve 65 yaş üzerinde bu oranlar sırası ile %68.4, %57.6 ve %36.4 idi ($p < 0.05$). İntihar girişiminde bulunan vakaların 1308'i (%83.5) ilk kez intihar girişiminde bulunmuşken, 258'i (%16.5) ise daha evvel en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştu. Kadın ve erkeklerde daha evvel intihar girişiminde bulunmuş olma durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

İntihar girişimi nedenlerinin başında aile, karşı cinsle ilgili sorunlar ve ruhsal hastalıklar geliyordu. En sık başvuru intihar şekli ise ilaç ve toksik madde kullanımı idi. Cinsiyete göre intihar şeklinin dağılımı farklı idi ve bu fark ilaç ve toksik madde kullanım oranlarından kaynaklanıyordu. Kadınlarda ilaç ve toksik madde kullanarak intihar girişimi oranı ($n=1197$, %96.8), erkeklerdeki orandan daha yüksekti ($p=0.02$). İntihar girişimi vakalarının nedenlerine ve intihar şekline göre dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. İntihar girişimi vakalarının neden ve intihar şekillerinin cinsiyete göre dağılımı.

İntihar girişimi nedenleri	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Aile	334	27.0	56	17.0
Karşı cinsle sorunlar	197	15.9	88	26.7
Ruhsal hastalık	176	14.2	51	15.5
Aile içi şiddet	128	10.4	12	3.6
İletişim sorunları	81	6.6	24	7.3
Evlilik	56	4.5	11	3.3
Yalnızlık	55	4.4	10	3.0
Ekonomik	29	2.3	30	9.1
Okul	32	2.6	8	2.4
Ebeveyn çatışmaları	27	2.2	5	1.5
Hastalık	27	2.2	4	1.2
Gelişim dönemi sorunları	25	2.0	4	1.2
Sınav kaygısı	20	1.6	3	0.9
Süreğen hastalık	12	1.0	9	2.7
Ölüm/kayıp	13	1.2	2	0.6
Çocuklar	10	0.8	-	-
İş	2	0.2	9	2.8
Alkol ve madde bağımlılığı	3	0.2	8	2.4
Taciz	6	0.5	-	-
Cinsel sorunlar	3	0.2	-	-
İntihar şekli				
İlaç toksik madde	1197	96.8	310	93.9
Kesici aletle	27	2.3	10	3.0
Tüp gaz, doğalgaz	4	0.3	4	1.3
Kendini asarak	-	-	2	0.6
Diğer	3	0.2	1	0.3
Suya atlama	1	0.1	2	0.6
Yüksekten atlama	3	0.2	-	-
Ateşli silahla	-	-	1	0.3
Bilinmiyor	1	0.1	-	-

Tablo 3. İntihar girişimi vakalarının cinsiyete göre psikiyatrik tanı almış olma durumları

Cinsiyet	Psikiyatrik tanı				Toplam	
	Var		Yok		n	%
	n	%	n	%		
Kadın	329	26.6	907	73.4	1236	100.0
Erkek	70	21.2	260	78.8	330	100.0

p=0.04, $\chi^2=3.73$

İntihar girişiminde bulunan kişilerin %16.5'i (n=258) daha önce de intihar girişiminde bulunmuştu ve %2.8'inin (n=44) ailesinde de intihar girişiminde bulunan vardı. Cinsiyete göre daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma oranları arasında bir fark yoktu (p>0.05). İntihar girişimi vakalarının %25.5'i (n=399) daha önce psikiyatrik tanı almışken, %5.2'sinin (n=81) ailesinde daha önce psikiyatrik tanı almış kişi vardı. Daha önce psikiyatrik tanı almış olma oranları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı idi. Bu oran kadınlarda daha yüksekti (p=0.02) (tablo 3).

Daha önce psikiyatrik tanı almış olan 329 vakanın %59.6'sının (n=196) son altı ay içinde psikiyatrik tedavi ve takibi yapılmıştı. Tüm vakaların sadece %5.4'üne (n=84) intihar girişimi sonrası psikiyatrik konsültasyon yapılmıştı. Vakaların %84.0'üne (n=1316) ilaç tedavisi uygulanmıştı. İntihar girişimi vakalarının %50.6'sı (n=792) eğitim ve araştırma hastanesine başvurmuştu. Eğitim araştırma hastanesinde intihar girişimi vakaları için istenen psikiyatri konsültasyon (%2.9) oranı ile diğer hastanelerde istenen konsültasyon oranı (%7.9) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p<0.001). Eğitim ve araştırma hastanesinde konsültasyon oranları daha düşüktü.

Tartışma

Bu çalışmada Sakarya il genelinde acil servise başvuran tüm vakalar değerlendirilmiş ve 15 yaş üzerinde intihar girişimi yaygınlığı literatürde yer alan oranlardan daha düşük bulunmuştur.

Hastaneye başvurmamış intihar girişim vakaları olabileceği için intihar girişimi sıklığı gerçekte daha yüksek olabilir.

Ülkemizde intihar istatistiklerine ait veriler Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından, 1962 yılından beri derlenmekte ve yayımlanmaktadır. Ancak intihar girişimleri konusunda elimizde Türkiye geneline ait kayıtlara dayalı veri yoktur. Türkiye'de intihar girişimleri ile ilgili en geniş kapsamlı iki çalışmayı Sayıl ve arkadaşları yapmışlardır.⁸ Bu çalışmalarda Ankara'daki dokuz hastanenin acil servis kayıtları geriye yönelik olarak taranmıştır. Buna göre Ankara'da intihar girişimi hızı 1989 yılında 100000'de 107'dir. Bu çalışmada da yine hastane başvuruları değerlendirildiğinden ve tüm hastaneleri kapsamadığından bu hız gerçekte daha yüksek olabilir. Bizim çalışmamızda bu hız 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 91.0/100000 ve 94.6/100000 olarak bulunmuştur. Avrupa'da çok merkezli yapılan bir çalışmada 1989 ve 1992 yılları arasında kadınlarda intihar girişim hızı 193/100000 ve erkeklerde ise 140/100000 olarak bulunmuştur.⁹ Bizim çalışmamızda bu hız 2009 ve 2010 yılları arasında kadın ve erkeklerde sırasıyla 143.4/100000 ve 38.3/100000 olarak bulunmuştur.

Ankara'da hastane başvuruları incelenerek yapılan bir başka çalışmada 15 yaş üzeri tüm nüfus için intihar girişim oranı 57.17/100000 dördüncü yılda 112.1/100000 olarak bulunmuştur⁵. Bizim çalışmamızda intihar girişim oranı bu orandan biraz daha yüksektir. Bu farklılıklar yapılan çalışmaların tüm ili kapsamamasından ve sosyoekonomik

özelliklerdeki farklılıklardan kaynak alıyor olabilir.

Literatürde ölüm ile sonuçlanan intihar vakalarının erkeklerde, intihar girişimlerinin ise kadınlarda, daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar vardır.^{13,14} İntihar girişimlerinin incelendiği birçok ulusal ve uluslararası çalışmada vakaların çoğunun kadın olduğu ve en sık 15-24 yaşları arasında görüldüğü ortaya konmuştur.^{5,7,8,10,15-21} Bizim çalışmamızda da 2009 ve 2010 yılı için 15 yaş üzeri kadınlarda kaba intihar hızı (191.98/100000), erkeklerden (51.88/100000) yaklaşık dört kat daha yüksek saptanmıştır. İntihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla görülmesi, depresyon başta olmak üzere bazı psikiyatrik sorunların kadınlarda daha sık görülebilmesi nedeniyle olabilir. Kadınlardaki intihar girişimlerinin intihar dışı bir motivasyonla bağlantılı olduğu ve stresi ifade etme ve başkalarına tepkiyi modifiye etme yolu olduğu da literatürde belirtilmiştir.²² Yine erkeklerin intihar girişimlerinin daha çok ölümle sonuçlanmasının erkeklerin girişim sonrası hastanelerin acillerine getirilme oranlarını düşürerek bu sonucu doğurduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda intihar girişimi vakaların çoğu 15-24 yaş grubunda idi ve bu yaş grubunu da 25-34 yaş grubu izliyordu. Yapılan çalışmalarda gençler, intihar düşünceleri açısından en yüksek riske sahip grup olarak belirtilmiştir.²³ Gençlerde intihar, ölüm nedenleri arasında kazalar ve cinayetlerden sonra üçüncü sırada yer almaktadır.²⁴ Bu yaş grubunun erişkinliğe geçiş dönemi olması kişilerin toplum içerisindeki rollerinin hızla değişmesine neden olmaktadır. Sonuçta bu dönem kendine has özellikleri nedeniyle intihar girişimi riskini artırıyor olabilir. Bu çalışmada yaşla beraber bazı sosyodemografik verilerde değişiklikler göze çarpmaktadır. Kadınların büyük çoğunluğu 15-24 yaş grubunda yer almaktadır. Bu durum gençlerdeki intihar girişimlerinin daha hafif seyirli olması en

İntihar girişimi insidansının adölesan dönemi ortalarında ve kadınlarda yüksek düzeyde görüldüğü bildirilmiştir.¹⁰⁻¹² durumu ile paralellik göstermektedir. Ulusal ve uluslararası yapılan benzer araştırmaların sonuçları bu durum ile uyum içindedir.¹¹

Araştırmamızda intihar girişiminde bulunanların çoğu bekârdır. Toplum tabanlı yapılan çalışmalarda bekârların daha çok intihar girişiminde bulunduğu ortaya konmuştur.^{3,7,16,25-28} Kişilerin geleneksel aile yapısını korumak istemeleri ve çocuk sahibi olmaları kişileri hayatta kalma düşüncesinde motive ediyor olabilir ya da insanların evli ya da bekar olmalarını etkileyen kişilik özellikleri intihar girişiminde bulunmalarına yada bu durumdan korunmalarına sebep olabilir.

Araştırmamızda aile ile ilgili sorunlar, aile içi şiddet, karşı cinsle ilgili sorunlar ve ruhsal hastalık ilk sıralarda yer alan intihar girişim nedenlerini oluşturmaktaydı. Ülkemizde yapılan intihar girişimlerinin incelendiği çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.^{16,29}

Yapılan birçok ulusal ve uluslar arası çalışmada, düşük eğitim seviyesinin intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir.^{30,31} Eğitim düzeyinin giderek yükseldiği yapılan çalışmalar ile ortaya konmaktadır. Bunun yanında intihar girişim oranlarının da arttığı bilinmektedir. Elbette bu bulgu nedensel çıkarımlar yapmamız için yeterli değildir. Ancak bunu destekleyen analitik araştırmalarda vardır. Bu durum aslında düşük eğitim düzeyinin intihar girişimlerini artırdığı yönündeki pek çok araştırma bulgusu ile örtüşmemektedir.

Yapılan çalışmalar intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanan intihar vakaları için en önemli risk faktörü olduğunu ve tamamlanmış intiharlardan 10-40 kat daha sık gözlemlendiğini göstermektedir.^{32,33} Ülkemizde Manisa kent merkezinde, 15-65 yaş grubunda yapılan toplum tabanlı bir çalışmada tekrarlanan intihar girişim oranı %24.0 olarak bulunmuştur.¹⁰ Bizim araştırmamızda ise bu oran %16.5 idi. Bizim çalışmamızda ve intihar girişimi vakalarının incelendiği diğer

çalışmalarda daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma sıklığı toplumda görülen intihar girişim sıklığından çok daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda intihar girişimi vakalarının titizlikle değerlendirilmesi ve psikiyatri uzmanları tarafından değerlendirilmesinin sağlanması intihar girişim oranlarını azaltacaktır.

Araştırmamızda hem kadınlarda ve hem de erkeklerde en sık kullanılan yöntem aşırı dozda ilaç veya toksik madde kullanımı idi. Ulusal ve uluslararası yapılan araştırmalarda bizim bulgularımıza benzer şekilde ilaç ve toksik madde kullanımı en önde gelen intihar girişim yöntemi olarak bulunmuştur.^{34,35} Kadın ve erkeklerde intihar girişim yöntemleri arasında bazı farklılıklar vardı. Kadınlar ilaç ve toksik madde kullanımına daha yüksek oranlarda başvurmuştu. Erkeklerde ise kesici alet ve diğer yöntemlerin kullanım oranı kadınlarınkinden daha yüksekti. Birçok araştırmada kadın ve erkeklerin intihar girişim yöntemleri karşılaştırılmış ve bu araştırmalarda kadınların ilaç ve toksik madde kullanımı gibi daha az ölüm riski bulunan yöntemleri tercih ettikleri ortaya konmuştur.³⁶⁻³⁸ Yapılan araştırmalarda adolesanlarda en sık kullanılan intihar girişim yönteminin ilaç ve toksik madde kullanımı olduğu bildirilmiştir.^{39,40} Bizim araştırmamızda bu durumun tüm yaş gruplarında geçerli olduğu görüldü. Kolay ulaşılabilirlik bu yöntemin en sık kullanılan intihar girişim şekli olmasında etkili olmuş olabilir. Birçok makalede bu yöntemin ölümle sonuçlanmadan, dikkat çekme, yardım isteme için kullanılabileceği vurgulanmıştır. Oysaki intihar girişimi, ölümle sonuçlanan intihar vakaları için önemli bir risk faktörüdür. Uzun dönem izlem çalışmalarında intihar girişiminde bulunanların %3-11'nin daha sonra ölümle sonuçlanan intihar vakaları olduğu ortaya konmuştur.⁴¹⁻⁴³ Bu nedenle tüm intihar girişim vakaları titizlikle değerlendirilmeli ve yönetilmelidir.

Bu araştırmada başta aile ve karşı cins ile ilgili sorunlar olmak üzere ilişki sorunları başlıca intihar nedenleri olarak saptanmıştır. Ruhsal hastalık varlığı da

önemli bir neden olarak ilk sıralarda yer almaktaydı. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi yaygınlığının araştırıldığı toplum tabanlı bir araştırmada başta eş ile geçimsizlik olmak üzere ilişki sorunları temel nedenler olarak ortaya çıkmıştır.¹⁰ Bir psikiyatrik bozukluk olmasının intihar girişim riskini artırdığı bilinmektedir.²⁵ Bizim araştırmamızda da intihar girişim nedeni olarak üçüncü sırada psikiyatrik bozukluk varlığı göze çarpmakta idi. Kadınların dörtte birinin erkeklerin ise beşte birinin intihar girişimi sırasında veya özgeçmişinde ruhsal bir bozukluk olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda tüm vakaların sadece %5.4'üne intihar girişimi sonrası psikiyatrik konsültasyon yapılmıştı ve bu oran literatürde yer alan oranlardan daha düşüktü. Yapılan çalışmalar psikiyatri konsültasyonunun, intihar girişiminde bulunanlar üzerinde pozitif sonuçları olduğunu göstermiştir.⁴⁴⁻⁴⁶ Finlandiya'da yapılan bir araştırmada, hastanın birçok özelliği psikiyatri konsültasyonu isteme durumunu etkilemesine rağmen bu durumu etkileyen en önemli faktörün hastanedeki konsültasyon sistemi olduğu bildirilmiştir.⁴⁷ Bizim araştırmamızda da eğitim ve araştırma hastanesi ile devlet hastaneleri arasında konsültasyon isteme oranları arasında fark bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak intihar hem dünya hem de ülkemiz için bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle önlenmesi için politikalar geliştirilmelidir. Bu politikaların geliştirilmesinde toplum tabanlı daha büyük örneklerde çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu vakaların kayıt altına alınması ve bu kayıtların incelenmesi de konu ile ilgili şüphesiz yararlı ipuçları sunmaktadır. İntihar girişimi nedeniyle hastanelerin acil servislerine başvuru azımsanmayacak orandadır ve bu sağlık kurumlarında hastaları çoğunlukla pratisyen hekimler karşılamaktadır. İntihar girişimlerinin, tamamlanmış intihar vakaları için risk faktörü olması, sık görülmesi ve psikiyatri konsültasyon oranlarının azlığı dikkate alındığında özellikle acilde çalışan

hekimlere intihar girişim vakalarına yaklaşım, psikiyatrik değerlendirme için ilgili bölüme yönlendirme ve multidisipliner

yaklaşım konusunda eğitim verilmesi ve yine mezuniyet öncesinde tıp eğitimi içinde yer bulması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M. İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klinik Psikiyatri* 2002;5:22-7.
2. World Health Organisation. The global burden of disease report: Geneva, Switzerland: WHO, 2008.
3. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 2001;52:368-75.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK 2010 İntihar İstatistikleri. Ankara, Türkiye, 2010.
5. Özgüven HD, Sayıl I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry* 2003;48:324-9.
6. Ryan J, Rushdy A, Perez-Avila CA, Allison R. Suicide rate following attendance at an accident and emergency department with deliberate self harm. *J Accid Emerg Med* 1996;13:101-4.
7. Yiğit Ö, Söyüncü S, Berk Y. Kimler intihar girişiminde bulunuyor? Bir acil servisin deneyimleri. *Yeni Symposium* 2010;48:122-8.
8. Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Oral A, Haran S, Güney S, Binici S, Geçim S, Yücat T, Beder A, Özayar H, Büyükçelik D, Özgüven HD (1998) Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis*, 19:47-8. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999;29:9-17
9. Deveci A, Taşkın EO, Dündar PE, Demet MM, Kaya E, Özmen E, ve ark. Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Derg* 2005;16:170-8.
10. Parella M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Alvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research* 2008;157:131-7.
11. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behavior. *Emergency Medicine* 2002;14:35-42.
12. Beautrais AL. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple group comparison study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1093-9.
13. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA. National study of US Emergency Department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med*;46:369-75.
14. Sertöz ÖÖ, Noyan MA, Sertöz N, Elbi H. İntihar girişimleri öngörülebilir mi? Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların altı aylık izlem sonuçları. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2010;10:1-8.
15. Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2005;6:19-29.
16. Güleç G, Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2006;44:141-50.
17. Akbaş S, Kesebir S, Böke Ö, Karabekiroğlu K, Sarısoy G, Pazvantoğlu O, ve ark. Hastaneye başvurusu özkıyım girişimiyle olan ve olmayan majör depresif bozukluklu ergenlerin ve annelerinin mizaç özellikleri. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2010;11:9-17.

18. Tel H, Uzun S. İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatr Derg* 2003;4:151-8.
19. Bjornaas MA, Hovda KE, Heyerdahl F, Skog K, Drottning P, Opdahl A, et al. Suicidal intention, psychosocial factors and referral to further treatment: A one-year cross-sectional study of self-poisoning. *BMC Psychiatry* 2010;10:58.
20. Kudo K, Otsuka K, Endo J, Yoshida T, Isono H, Yambe T, et al. Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalization in a psychiatric ward group, critical care center group, and nonhospitalized group. *BMC Psychiatry* 2010;10:4.
21. Hawton K. Sex and suicide. *Br J Psychiatry* 2000;177:484-5.
22. Mazza JJ. The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behavior in school-based adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000;30:91-103.
23. Mitchell AM, Garand L, Dean D, Panzak GL, Taylor MV. Suicide assessment in hospital emergency departments. Implications for patient satisfaction and compliance. *Top Emerg Med* 2005;27:302-12.
24. Joe S, Baser RE, Breeden G, Neighbors HW, Jackson JS. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts among blacks in the United States. *JAMA* 2006;296:2112-23.
25. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:257-65.
26. Masango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide risk factors: a literature review. *SA Fam Pract* 2008;50:25-8.
27. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160:765-72.
28. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 2000 İntihar İstatistikleri. Ankara, Türkiye, Başbakanlık Matbaası, 2000.
29. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-26.
30. Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA, for the New Zealand Mental Health Survey Research Team. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:896-904.
31. Linehan NM. Behavioral treatments of suicidal behaviours: definitional obfuscation and treatment outcomes, in the neurobiology of suicide: from the bench to the clinic. *Annals of New York Academy of Sciences* 1997;836:302-28.
32. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008;167:1155-63.
33. Uludüz DU, Uğur M. Bir vak'a dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni symposium* 2001;39:19-25.
34. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:420-36.
35. Denning DG, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:282-8.
36. Chuang HL, Huang WC. A multinomial logit analysis of methods used by persons who completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34:298-310.
37. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:435-43.
38. Shaffer D, Pracentini J. Suicide and attempted suicide. *Child Adolesc Psychiatry* 1994;2:407-24.
39. Gidiş D, Kaya N, Çilli S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 1997;5:7-13.

40. De Moore GM, Robertson AR. Suicide in the 18 years after deliberate self-harm-a prospective study. *Br J Psychiatry* 1996;169:489-94.
41. Nordström P, Samuelsson M, Asberg M. Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:336-40.
42. Nordentoft M, Breum L, Munck LK, Nordestgaard AG, Hunding A, Laursen Bjaeldager PA. High mortality by natural and unnatural causes: a 10-year follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *Br Med J* 1993;306:1637-41.
43. Hawton K. General hospital management of suicide attempters. Hawton K, Van Heeringen K (eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester, John Wiley & Sons Ltd, 2000, p.519-37.
44. Isacsson G, Rich CL. Management of patients who deliberately harm themselves. *BMJ* 2001;322:213-5.
45. Suokas J, Lönnqvist J. Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:545-9.
46. Suominen KH, Isometsä ET, Lönnqvist JK. Attempted suicide and psychiatric consultation. *European Psychiatry* 2004;19:140-5.