



ARAŞTIRMA / RESEARCH

İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma

Evaluation of cases presenting to the emergency department due to suicide attempt: a one-year retrospective study

Elvan Emine Ata¹, Nurten Gülsüm Bayrak², Emel Bahadır Yılmaz³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD, İstanbul, Turkey

²Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir E.A.H, Çocuk İzlem Merkezi, Giresun, Turkey

³Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD, Giresun, Turkey

Cukurova Medical Journal 2021;46(4):1675-1686

Abstract

Purpose: The aim of this study was to determine the characteristics of the patients who applied to the emergency department due to suicide in last year before the suicide attempt.

Materials and Methods: Within the scope of the retrospective study, files of 135 patients who applied to emergency of a training and research hospital between 1 August 2018 and 1 August 2019 with a suicide attempt were examined. Data was collected from hospital records through a data collection form.

Results: The mean age of patients was 31.24±11.31 and 53.3% were male. Patients attempted suicide 37% in the spring. It was determined that 94.8% of the patients attempted suicide 1-3 times in last year and 62.3% wanted to kill themselves by taking drugs. Patients presenting with suicide, 34.8% went to a psychiatrist, 78.5% applied to emergency at least once in last year, 84.4% went to hospital with another complaints before suicide. It was determined that 80% of the patients did not receive psychiatric consultation in the emergency.

Conclusion: According to the findings; patients applied to hospital for various reasons before suicide, the most frequently applied area was emergency, and have repeated suicide attempts and most of patients did not receive psychiatric help. It was recommended that cases who applied to emergency department with reason of suicide should be identified and directed to psychiatry outpatient clinics to receive psychiatric care and followed up.

Keywords: Suicide, risk factors, emergency service, mental health.

Öz

Amaç: Bu çalışmada intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların intihar girişiminden önceki son bir yıldaki özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif tipte yapılan çalışma kapsamında bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine 1 Ağustos 2018-1 Ağustos 2019 tarihleri arasında İntihar girişimi ile başvuran 135 hastanın dosyası incelendi. Çalışmanın verileri veri toplama formu aracılığıyla hastane kayıtları üzerinden toplandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 31,24±11,31 olup, %53,3'ü erkekti. Hastaların %36,3'ü ilkbaharda, %94,8'inin son bir yılda 1-3 kez intihar girişiminde bulunduğu ve %62,3'ünün ilaç içerek kendini öldürmek istediği belirlendi. İntihar girişimi ile başvuran hastaların %34,8'inin son bir yıl içinde en az bir kez psikiyatriste gittiği, %78,5'inin son bir yılda en az bir kez acil servise başvurduğu, %84,4'ünün intihar girişimi öncesi hastaneye başka şikayetler ile başvuruda bulunduğu saptandı. Hastaların %80'ine acil serviste psikiyatri konsültasyonu yapılmadığı belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre; hastaların intihar girişimi öncesi çeşitli nedenlerle hastaneye başvurduğu, en çok başvuru alanın acil servis olduğu ve daha önce intihar girişimi olan hastaların tekrarlı girişimde buldukları ve hastaların çoğunun psikiyatrik yardım almadığı söylenebilir. Acile intihar girişimi nedeni ile başvuran olguların belirlenip, psikiyatrik bakım almaları konusunda psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmeleri ve izlem yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: İntihar, risk faktörleri, acil servis, ruh sağlığı

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Elvan Emine Ata, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD, İstanbul, Turkey E mail: elvanhenden@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 10.09.2021 Kabul tarihi/Accepted: 03.11.2021 Çevrimiçi yayın/Published online: 23.11.2021

GİRİŞ

İntihar ciddi ve önlenilebilir bir halk sağlığı sorunu olup, DSÖ her yıl 800.000'e yakın insanın intihar girişiminde bulunduğunu bildirmektedir. İntihar sadece girişimde bulunan bireyi etkilemekle kalmayıp, bireyin ailesini, yaşadığı toplumu ve ülkeyi de etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. 2019 yılı verilerine göre 15-29 yaş arasındaki bireyler için ikinci önde gelen ölüm nedeni intihardır. Aynı yıl gerçekleşen dünyadaki intiharların %77'sinden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir¹. TÜİK verilerine göre ülkemizde 2019 yılında her yüz bin kişiden yaklaşık dördü intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir².

İntiharların çoğunlukla ruhsal bozukluklarla (depresyon ve alkol kullanım bozukluğu), yaşamsal stresler, kayıp, çatışma, istismar, afet ve şiddet yaşama gibi durumlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir¹. Ayrıca intihar için en güçlü risk faktörlerinden biri daha önceki bir intihar girişimidir³. Özellikle acil servise intihar girişimi ile başvuran olguların incelendiği bir sistematik derleme çalışmasında da düşük sosyoekonomik düzey, madde kullanımı ve ruhsal bozukluk öyküsünün bulunmasının intihar girişimi için bir risk faktörü olduğu ve intihar nedeniyle yaşamını kaybeden bireylerin daha önce de intihar ya da kendini yaralama girişimi olduğu vurgulanmaktadır⁴.

İntiharları önlemek için dünyada ve ülkemizde intihara neden olabilecek olası risk faktörlerini araştıran çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalara çoğunlukla intihar girişiminde bulunmuş ya da bulunan bireyler dahil edilmiş ve bu bireylerin bireysel özellikleri, sosyoekonomik durumları, hastalık özellikleri ve madde kullanım durumları gibi faktörler intiharla ilişkilendirilmeye çalışılmıştır^{3,5-7}. Çalışmalarda elde edilen en önemli bulgulardan biri de intihar için hastaların önemli kısmının psikiyatrik yardım almamaları ve tekrarlı intihar girişimi ile başvurmuş olmalarıdır^{3,7}. Oysa bu hastaların girişim sonrası dönemde psikiyatrik bakıma yönlendirilmesi tekrarlı girişimleri önlemek için önemli bir faktördür. Diğer yandan hastalar intihar girişiminde bulunmadan önce de yaşadıkları ruhsal sıkıntıyı ruhsal ya da fiziksel şikayetlerle ifade etmeye çalışmaktadır. Özellikle fiziksel semptomların ruhsal semptomlara göre daha çok önemsendiği toplumlarda başvurular genellikle dahili ya da cerrahi polikliniklere yapılmaktadır. Bu başvurular sırasında yapılacak bütüncül bir değerlendirme ise bireyin ruhsal sıkıntılarının anlaşılmasına ve intiharın önlenmesine katkı

sağlayabilir^{8,9}. Bu nedenle bu çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak hastaların intihar girişiminden önceki son bir yılda yaptığı diğer hastane başvuruları incelenmesi amaçlanmıştır. Buradan elde edilecek olan bilgiler ile hastaların en sık başvuruda buldukları birimler belirlenerek, bu alanlarda çalışan personelin intihar riskini değerlendirmeleri konusunda bilgilendirilmesi ve intihara ilişkin sözlü ve sözsüz işaretleri tanımalarına yardım edilmesi ile intihar girişimlerinin önlenmesi söz konusu olabilir. Bu çalışmada olguların saptanması amacıyla acil servis hareket noktası olarak seçilmiştir. Acil servisler intihar girişimi ile başvuruda bulunan olguların ilk başvuru yeridir ve ilk müdahale burada yapılmaktadır. Bu nedenle acil servisler intihar olgularını saptamak, erken müdahale etmek ve önlemek için önemli fırsatlar sunan alanlardır¹⁰. Bu bilgiden hareketle bu çalışmada intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların girişimden önceki son bir yılda sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yanında daha önceki yardım arama davranışlarının değerlendirilmesi de amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguların intiharın önlenmesi, erken müdahale ve tekrarlı girişimlerin engellenmesi amacıyla geliştirilecek girişimlerin planlanmasında kullanılabilir.

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmaya çalışılmıştır.

1. İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri nasıldır?
2. İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların girişimden önceki son bir yılda yardım arama davranışları nasıldır?
3. İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri cinsiyete göre farklılık gösterir mi?

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma retrospektif tipte yapıldı. Araştırma Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan 453.912 nüfuslu bir ilde yürütülmüştür. İl merkezinde bir eğitim ve araştırma hastanesi mevcut olup, hastanenin acil servisine çalışmanın yürütüldüğü tarih aralığında 225.240 hasta başvurmuştur. Hastaneye başvuruda bulunan vakaların 6996'sı adli vakalardan oluşmaktadır. Acil servise başvuran vakalar içinde intihar oranı %0,06, adli vakalar içinde intihar oranı ise %1,92'dir. Hastanede intihar vakaları adli olay olarak değerlendirilmekte ve başvurular acil servise yapılmaktadır. Hastaneye başvuran bütün hastaların

protokol numaraları, yaşları, cinsiyetleri, kabul tarihleri, iletişim bilgileri ve hastalıkları ile ilgili özellikler (geliş şikayeti, ön tanısı, konsültasyon durumu, istenen laboratuvar ve radyolojik incelemeler, tıbbi tanı, önerilen tedavi vb) hastane bilgi sistemi üzerinde hastaya ait protokol numarası aracılığıyla kayıt altına alınmaktadır. Hastaya ait protokol numarası üzerinden hastaya ait daha önceki ve şimdiki tıbbi kayıtlara ulaşılabilmektedir. Bütün başvurularda ICD-10 tanı sınıflaması kullanılmaktadır. İntihar vakaları ayrıca hastane kayıt sistemi üzerinde adli vakalar başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Verilerin güvenliği açısından kayıtlar sadece yetkili hastane personelinin erişimine açık olup, yeni veri girişi, veri düzenleme ve görüntüleme yetkisi hastane personeline (tıbbi sekreter, hemşire ve hekimlere) aittir.

Örnekleme

Çalışmanın evrenini Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine 1 Ağustos 2018-1 Ağustos 2019 tarihleri arasında acil servise başvuran 6996 adli vaka oluşturmuş olup intihar girişimi ile başvuran 135 hastanın kayıtları örnekleme alınmıştır. Çalışmada intihar girişimi ile acil servise başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastaların kayıtları bir yıl geriye dönük olarak incelenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri: adli olgu olarak kayıt altına alınmış olan, intihar girişimi ile kaydedilen (009 kodu-İntihar girişimi), intiharla ilişkili ICD-10 kodları (X60-X84) kayıtlarında yer alan ve intihar girişimi (ilaç içme, delici-kesici aletle kendine zarar verme, kimyasal madde içme, alkol içme, yüksekte atlama, asi, ateşli silahla vurma, suda boğma, motorlu araçla çarpma) ile başvuruda bulunduğunu bildiren hastaların kayıtları araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmadan dışlama kriterleri: İntihar girişimi ile başvurmamış olan, adli vaka olarak kaydedilmemiş, intihar girişimi olarak kayıt altına alınmamış adli vakalar, ICD-10 Kodu X60-X84 dışındaki kodlarla kaydedilmiş vakalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada ilaç içme, delici-kesici aletle kendine zarar verme, kimyasal madde içme, alkol içme, yüksekte atlama, asi, ateşli silahla vurma, suda boğma, motorlu araçla çarpma gibi eylemler intihar girişimi olarak ele alınmıştır. Bu eylemler ile başvuran olgular araştırma kapsamında incelenmiştir. Araştırma da intihar eylemini tanımlamak amacıyla kullanılan ICD-10 kodları şunlardır:

ICD-10 Kodları ve açıklamaları

X60: Kasıtlı olarak opiat olmayan analjezik, antipiretik ve antiromatizmallere mâruzîyet

X61: Kasıtlı olarak antiepileptik, sedatif-hipnotik, antiparkinsonian ve psikotrop ilâçlara mâruzîyet

X62: Kasıtlı olarak narkotik ve hallüsojenlere mâruzîyet

X63: Kasıtlı olarak otonom sinir sistemini etkileyen ilâçlara mâruzîyet

X64: Kasıtlı olarak diğer ve tanımlanmamış ilâçlara mâruzîyet

X65: Kasıtlı olarak alkole mâruzîyet ve kendini zehirleme

X66: Kasıtlı olarak organik çözücüler ve halojenli hidrokarbonlara ve buharlarına mâruzîyet X67: Kasıtlı olarak diğer gazlar ve buharlara mâruzîyet

X68: Kasıtlı olarak pestisitlere mâruzîyet

X69: Kasıtlı olarak diğer ve tanımlanmamış kimyasallar ve tehlikeli maddelere mâruzîyet

X70: Kasıtlı olarak kendini asma, boğma

X71: Kasıtlı olarak kendini suda boğma

X72: Kasıtlı olarak kendini tabanca ile vurma

X73: Kasıtlı olarak kendini tüfek, çifte veya daha büyük silâh ile vurma

X74: Kasıtlı olarak kendini diğer ve tanımlanmamış ateşli silâhlar ile vurma

X75: Kasıtlı olarak kendi kendine patlayıcı maddeler ile zarar verme

X76: Kasıtlı olarak duman, ateş ve alev ile kendi kendine zarar verme

X77: Kasıtlı olarak buhar, sıcak buhar ve sıcak maddelerle kendi kendine zarar verme

X78: Kasıtlı olarak keskin objeler ile kendi kendine zarar verme

X79: Kasıtlı olarak künt objeler ile kendi kendine zarar verme

X80: Kasıtlı olarak yüksekte atlayarak kendi kendine zarar verme

X81: Kasıtlı olarak hareketli bir objeden atlayarak kendi kendine zarar verme

X82: Kasıtlı olarak motorlu aracın çarpması sonucu kendi kendine zarar verme

X83: Kasıtlı olarak diğer tanımlanmamış vasıtalar ile kendi kendine zarar verme

X84: Kasıtlı olarak tanımlanmamış vasıtalar ile kendi kendine zarar verme

Veri Toplama Aracı

Çalışmanın verileri; hastane bilgi sistemi üzerinden araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu aracılığıyla toplandı. Veri toplama formu, ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış ve intihar girişiminde bulunan bireyin yaşı, cinsiyeti, intihar girişimi sayısı, sonucu, intihar girişiminde bulunurken kullandığı yöntem, intihar girişimi zamanı, intihar girişiminde bulunduğu ay ve mevsim, acil servise başvuru şikayeti, konsültasyon yapılma durumu, psikiyatriye başvuru durumu, acil serviste yapılan müdahale, geçmiş intihar girişimi sayısı, son bir yılda hastaneye başvuru sayısı, şekli, hangi birimlere başvurduğu, fiziksel ya da ruhsal bozukluk varlığı, fiziksel ya da ruhsal hastalık tanıları, intihar girişimi öncesi son bir yılda psikiyatriye başvuru durumu, intihar girişimi öncesi son bir yılda acil servise başvuru durumu, intihar girişimi öncesi son bir yılda hastaneye başvuru durumu, intihar girişimi öncesi son bir yılda başvurduğu poliklinikler, intihar girişiminden hemen önceki hastaneye başvuru zamanı, intihar girişiminden hemen önceki başvurduğu poliklinikler gibi konuları içeren 24 sorudan oluşmaktaydı¹⁻¹⁰.

Uygulama

Araştırmada hasta verileri kullanılacağı için çalışmaya başlamadan önce araştırmanın yürütüleceği Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (tarih:06.08.2019 ve sayı: 85554271-929) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (tarih: 28.06.2019 ve no:19/102) yazılı izinler alındı. Çalışmada Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uyuldu.

Hasta kayıtlarına kurum izni alındıktan sonra hastane bilgi işlem biriminden alınan kullanıcı adı ve şifre yoluyla ulaşıldı. Öncelikler sistem üzerinden 1 Ağustos 2018-1 Ağustos 2019 tarihleri arasında başvuruda bulunan ve adli vaka olarak sisteme kaydedilen hastaların bilgilerine ulaşıldı, daha sonra adli vakalar içinden 009 kodu (intihar) ile kodlanan

hastalar listelendi. Oluşan listede 107 vakaya ulaşıldı, bu vakalara ilişkin tanılamamın doğruluğu ve kayıtların güvenilirliğini belirlemek amacıyla her bir vakanın protokol numarası aracılığıyla, ICD-10 Kodları kontrol edilerek tanılamamın intiharla ilişkili olup olmadığı kontrol edildi. Ayrıca hastane bilgi sistemi üzerinden araştırmanın yürütüldüğü tarih aralığında ICD-10 Kodu X60-X84 arasında olan başka vakaların var olup olmadığı da kontrol edildi.

Tarama sonucunda adli vaka olarak kaydedilmeyen, ICD-10 Kodu X60-X84 arasında olan 28 hasta daha olduğu tespit edildi. Bu vakalar geliş şikayeti olarak bulantı kusma tanımladıkları için, adli vaka olarak kaydedilmediği belirlendi. Belirlenen 28 hastanın protokol numaraları aracılığıyla kayıtları kontrol edildi ve bu 28 hastaya psikiyatrik konsültasyon yapıldığı ve psikiyatri uzmanı tarafından intihar olarak değerlendirildiği görüldü. Toplamda 135 hastanın verileri araştırmacılar tarafından veri tabanındaki bilgiler doğrultusunda veri toplama formuna dolduruldu (Şekil 1).

Verilerin güvenilirliğinin ve doğruluğunun kontrol edilmesi amacıyla her hastanın protokol numarası aracılığıyla daha önce tanı koyulmuş fiziksel (diyabet, hipertansiyon vb), ruhsal hastalıklarının (anksiyete, depresyon, vb) ve nörolojik bozukluklarının (epilepsi, migren, vertigo, uyku bozuklukları, vb.) tanılanmasının kim tarafından yapıldığı kontrol edildi, tanılamamın bu alanda uzman hekim (dahiliye uzmanı, nöroloji uzmanı, psikiyatrist, kardiyoloji uzmanı vb) tarafından yapıldığı tespit edildi. Ayrıca daha önceki intihar girişimlerinin sayısı ve girişimlerin tarihleri sistem üzerinden kontrol edildi, her başvuru da adli olay olarak kaydedilip kaydedilmediği, ICD-10 Kodu ve psikiyatrik konsültasyon durumu yeniden her başvuru için doğrulandı.

İstatistiksel analiz

Araştırmanın verileri SPSS 16,0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Hastaların demografik özelliklerinin, intihara ilişkin özelliklerinin, acil serviste yapılan müdahalelerin ve intihar girişimi öncesi son bir yıl içinde yaptığı hastane başvuruları ile ilgili özelliklerin dağılımları sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi. İntihar girişiminde bulunan bireylerin cinsiyet değişkenine göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı.

Şekil 1. Çalışmanın akış şeması

1 Ağustos 2018-1 Ağustos 2019 tarihleri arasında Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran bütün hastaların kayıtları (n: 225.240)	
Hastane bilgi sisteminden adli olgular tarandı (n: 6996).	Hastane bilgi sisteminde tanı kısmında ICD-10 Kodu X60-X84 arasında olan adli baka olarak kodlanmayan 28 vaka tespit edildi.
Adli olgular içinden 009 kodlu intihar girişimi olguları listelendi (n: 107)	Vakaların (n:28) psikiyatrik konsültasyon yapılma durumu kontrol edildi. Konsültasyon sonucunda intihar girişimi olarak değerlendirildiği saptandı.
Toplam 135 vaka çalışmanın örnekleme alındı.	
135 vakanın dosyaları protokol numaraları kullanılarak bir yıl geriye doğru tarandı ve veriler veri toplama formuna toplandı.	

Tablo 1. Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı

	n	%
Yaş grubu		
20 yaşın altı	11	8,1
20-39 yaş	101	74,8
40-59 yaş	19	14,1
60 ve üzeri	4	3,0
Yaş ortalaması	31,24±11,313	
Cinsiyet		
Kadın	63	46,7
Erkek	72	53,3
Fiziksel hastalık varlığı	39	28,9
Hipertansiyon varlığı	8	5,9
Diyabet varlığı	5	3,7
Nörolojik hastalık varlığı	6	4,4
Ruhsal bozukluk varlığı	86	63,7
Depresyon varlığı*	19	7,4
Şizofreni varlığı*	2	1,5
Bipolar bozukluk varlığı*	8	5,9
Anksiyete bozukluğu varlığı*	58	43,0
Alkol ve madde bağımlılığı varlığı*	11	8,1
Diğer ruhsal sorunlar varlığı*		
Kişilik bozuklukları	10	7,4
Obsesif kompulsif bozukluk	2	1,5

*Her hastalık için ayrı değerlendirme yapılmıştır.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 31,24±11,31 (min:16, max: 74) olup, %53,3'ü erkekti. Acil servise intihar girişimi ile kabul edilen hastaların %28,9'unun fiziksel ve %63,7'sinin ruhsal bir hastalığı olduğu saptandı. Ruhsal bozukluklar arasında en sık anksiyete bozukluğunun hastalarda görüldüğü belirlendi (Tablo 1). Hastaların %12,6'sı mart ayında, %36,3'ü ilkbaharda ve %40,7'si 22-06 saatleri arasında intihar

girişiminde bulunduğu, %58,8'i intihar girişiminde bulunduğunu söyleyerek acil servise başvurmuştu. Acil servise başvuran hastaların %94,8'i son bir yılda 1-3 kez intihar girişiminde bulunmuştu. Hastaların acil servise %40,7'sinin 22.00-06.00 saatleri arasında başvurduğu ve %62,3'ünün ilaç içerek intihar girişiminde bulunduğu, intihar girişimi ile başvuran hastaların %42,2'si yoğun bakıma sevk edilirken sadece %3,7'sinin psikiyatri servisine yatırıldığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların intihar girişimi ile ilgili özelliklerinin dağılımı

Değişken	n	%
İntihar girişimiyle başvurduğu ay		
Ocak	7	5,2
Şubat	9	6,7
Mart	17	12,6
Nisan	16	11,8
Mayıs	16	11,8
Haziran	7	5,2
Temmuz	15	11,1
Ağustos	9	6,7
Eylül	10	7,4
Ekim	10	7,4
Kasım	9	6,7
Aralık	10	7,4
İntihar girişimi ile başvurduğu mevsim		
Yaz	31	23,0
İlkbahar	49	36,3
Kış	26	19,2
Sonbahar	29	21,5
Başvurduğu saat aralığı		
7.00-11.00 arası	17	12,6
12.00-16.00 arası	27	20,0
17.00-21.00	36	26,7
22.00-06.00	55	40,7
Acil servise başvuru şikâyetleri		
Bulantı-kusma	28	21,5
İntihar girişiminde bulunma	80	58,5
Diğer	27	20,0
İntihar girişimi sayısı		
1-3 kez	119	88,2
4-6 kez	9	6,7
7-9 kez	1	0,7
10 ve üstü	6	4,4
Son bir yılda intihar girişimi sayısı		
1-3 kez	128	94,8
4-6 kez	1	0,7
7-9 kez	6	4,4
İntihar girişimi şekli		
İlaç içerek	84	62,3
Delici-kesici aletle	11	8,1
Kimyasal madde içerek	22	16,3
Yüksekten atlama	3	2,2
Ası	2	1,5
Diğer	13	9,6
İntihar girişiminin sonuçlanma şekli		
Ölüm	2	1,5
Yoğun bakıma nakil	57	42,2
Psikiyatri servisine yatış	5	3,7
Yataklı servislere yatış	5	3,7
Taburculuk	53	39,3
Yüksek güvenlikli psikiyatri hastanesine sevk	1	0,7
Diğer	12	8,9

Tablo 3. Hastalara acil serviste yapılan müdahale ile ilgili özelliklerin dağılımı

Özellik	n	%
Acil serviste psikiyatrik konsültasyon yapılma durumu		
Evet	28	20,0
Hayır	107	80,0
Acil serviste yapılan müdahale		
Mide lavajı	25	18,5
Antidot uygulaması	5	3,7
Pansuman	12	8,9
Oksijen tedavisi	1	0,7
Oksijen ve diğer	4	3,0
Mide lavajı ve oksijen tedavisi	7	5,2
Mide lavajı ve antidot	33	24,4
Diğer	48	35,6
İntihar girişimi sonrası psikiyatriye başvurma durumu		
Evet	49	36,3
Hayır	86	63,7

Tablo 4. Hastaların intihar girişimi öncesi son bir yıl içinde yaptığı hastane başvuruları ile ilgili özellikler

Özellik	n	%
İntihar girişimi öncesi son bir yılda psikiyatriye başvurma durumu		
Gitmiş	47	34,8
Gitmemiş	88	65,2
İntihar girişimi öncesi son bir yılda acil servise başvurma durumu		
Evet	106	78,5
Hayır	29	21,5
İntihar girişimi öncesi son bir yılda hastaneye başvurma durumu		
Evet	114	84,4
Hayır	21	15,6
İntihar girişimi öncesi son bir yılda başvurduğu poliklinikler (n=169)*		
Başvurmamış	21	12,4
Nöroloji	11	6,5
Psikiyatri	27	15,9
Dahiliye	3	1,8
Cerrahi	4	2,4
Kulak burun boğaz	3	1,8
Üroloji	3	1,8
Acil	91	53,8
Kardiyoloji	3	1,8
Diğer	3	1,8
İntihar girişiminden hemen önceki hastaneye başvuru zamanı		
Başvuruda bulunmamış	14	10,4
1 ay önce	73	54,1
2 ay önce	17	12,6
3 ay önce	6	4,4
4 ay önce	3	2,2
5 ay ve daha fazla zaman önce	22	16,3
İntihar girişiminden hemen önceki başvurduğu poliklinikler (n=138)*		
Başvuruda bulunmamış	7	5,0
Nöroloji	8	5,7
Psikiyatri	19	13,8
Dahiliye	4	2,9
Cerrahi	5	3,6
Kulak burun boğaz	2	1,5
Üroloji	2	1,5
Acil	75	54,3
Kardiyoloji	2	1,5
Enfeksiyon	2	1,5
Diğer	12	8,7

İntihar girişimi ile acile başvuran hastaların girişimden önceki son bir yıl içinde %34,8'inin psikiyatriye, %78,5'inin acil servise, %84,4'ünün hastaneye başvurduğu saptandı. Hastaların en çok başvuruda buldukları yerin ise acil servis (%53,8) olduğu belirlendi. İntihar girişiminde bulunan hastaların girişimden bir ay önce %54,1'inin hastaneye başvuruda bulunduğu ve başvuru alanın ise acil servis (%54,3) olduğu saptandı (Tablo 4).

İntihar girişimi nedeniyle başvuran kadın hastaların %54'ünün, erkek hastaların ise %72,2'sinin ruhsal bir

bozukluğu olduğu ve cinsiyetle ruhsal bozukluk varlığı arasında bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Kadın hastaların %49,2'sinin ilkbahar, erkek hastaların %30,6'sının sonbaharda intihar girişiminde bulunduğu ve mevsimle intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,05$). Acil servise başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde kadın hastaların %12,7'sinin, erkek hastaların %29,2'sinin bulantı kusma şikayeti ile başvurduğu ve başvuru şikayetleri ile cinsiyet arasında bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. İntihar girişiminde bulunan bireylerin cinsiyet değişkenine göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	Kadın		Erkek		Test x ² / p
	n	%	n	%	
Fiziksel hastalık varlığı					0,093/ 0,761
Evet	19	30,2	20	27,8	
Hayır	44	69,8	52	72,2	
Ruhsal bozukluk varlığı					4,842/ 0,028
Evet	34	54	52	72,2	
Hayır	29	46	20	27,8	
İntihar girişimi ile başvurduğu mevsim					14,238/ 0,003
Yaz	17	27,0	14	19,4	
İlkbahar	31	49,2	19	26,4	
Kış	9	14,3	17	23,6	
Sonbahar	6	9,5	22	30,6	
Acil servise başvuru şikayetleri					10,375/ 0,006
Bulantı-kusma	8	12,7	21	29,2	
İntihar girişiminde bulunma	36	57,1	43	59,7	
Diğer	19	30,2	8	11,1	
İntihar girişimi öncesi son bir yılda psikiyatriye başvurma durumu					1,128/ 0,288
Başvurmuş	19	30,2	28	38,9	
Başvurmamış	44	69,8	44	61,1	

TARTIŞMA

Bu çalışmada intihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların girişimden önceki son bir yılda sosyodemografik ve klinik özelliklerinin yanında daha önceki yardım arama davranışlarının değerlendirilmesi de amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda hasta kayıtları geriye dönük olarak incelenmiş ve intihar girişimi ile başvuran hastaların çoğunun erkek olduğu, yaş ortalamasının 31 (min:16, max: 74) olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın aksine intiharla ilgili yapılan çalışmalarda kadınlarda intihar girişiminin, erkeklerde ise intihar nedeniyle ölümlerin daha çok olduğu bildirilmektedir^{4,11-13} Ancak ülkemizde¹⁴ ve Lübnan'da¹⁵ yapılan retrospektif

çalışmalarda çalışmamızla benzer şekilde erkeklerde intihar oranları kadınlardan yüksek bulunmuştur. İntiharla ilgili risk faktörlerini araştıran çalışmalarda intiharların 16-75 yaşlar arasında sık görüldüğü, özellikle yaşlılık döneminde erkeklerde intiharların arttığı vurgulanmaktadır^{11,12,16}. Çalışmamızda intihar girişimiyle başvuran hastaların önemli bir kısmında ruhsal bir bozukluk olduğu, ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğunun erkek olduğu ve en sık görülen ruhsal hastalığın anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde intihar girişimi nedeniyle incelenen olgularda hastaların sıklıkla bir ruhsal hastalığa sahip olduğu ve bu ruhsal hastalığın genellikle depresyon, alkol ya da madde kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk, panik

bozukluk gibi hastalıklar olduğu belirtilmektedir^{12,13,15,17-19}. Bu sonuçlar doğrultusunda bireyin ruhsal bir hastalığının olmasının intihar için bir risk faktörü olduğu, ruhsal hastalığı olan bireylerin intihar riski açısından izlenmesi gerektiği ancak yüksek ruhsal bozukluk oranına rağmen acil servisten istenen psikiyatrik konsültasyon oranının düşük olması da bu konunun acil servis çalışanları tarafından göz önünde bulundurulmadığını da göstermektedir.

Hastaların mart ayında, ilkbaharda (kadınların ilk baharda, erkeklerin son baharda) ve 22.00-06.00 saatleri arasında intihar girişiminde daha fazla bulunduğu belirlenmiştir. İntihar girişimleri ile iklimin ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada özellikle kadınlarda yaz ve ilkbahar aylarında intihar girişimlerinin anlamlı oranda arttığı saptanmıştır²⁰. Özellikle kuzey ve güney yarımkürede yer alan ülkelerde intihar oranlarının ilkbaharda artış gösterdiği belirtilmektedir²¹. Diğer yandan ülkemizde Kars ilinde meydana gelen intiharların araştırıldığı bir çalışmada daha çok sonbaharda²², Elâzığ'da yapılan başka bir çalışmada yaz aylarında²³ intihar girişimlerinin arttığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda mevsimsel değişimlerin intihar üzerinde etkili olduğu söylenebilir. İntiharla ilişkili faktörleri araştıran başka çalışmalarda ise en sık intihar girişimlerinin 16.00-24.00 saatleri arasında gerçekleştiği belirlenmiştir^{16,18,24}. Hastaların çoğunlukla intihar için ortamda daha az insanın olduğu ve daha sakin olan gece saatlerini tercih ettikleri bu sonuçlara göre söylenebilir.

Hastaların acil servise başvuru nedeni olarak "intihar girişiminde bulduklarını" ifade etmeleri ise intihar girişiminin direkt olarak yaşamı sonlandırma ile ilişkili olmaması ve yaşadıkları ruhsal sıkıntıyı ifade etme yolu olarak kullanılması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde intihar girişimlerinin hastaların ruhsal sıkıntılarını ya da yardım isteklerini ifade etmek amacıyla impulsif olarak ve küçük bir oranda yaşamı sonlandırma arzusu nedeniyle gerçekleştirildiği vurgulanmaktadır^{3,24}.

Çalışmamızda hastaların tamamına yakını son bir yılda intihar girişiminde bulunmuştur. Literatürde intihar girişimi sonrası 6 ay içerisinde psikiyatrik yardım alınmazsa hastalarda tekrarlı intihar girişiminin olabileceği, bu nedenle de hiçbir girişimin atlanmaması gerektiği ve bu bireylerin takip ve tedavilerinin sürdürülmesi gerektiği vurgulanmaktadır^{12,17}. Çalışmamızın sonucu bu literatür bilgisi ile örtüşmektedir. Acil servise başvuran olguların yarısından çoğu ilaç içerek intihar

girişiminde bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde intihar girişiminin nedenlerini tanımlamaya çalışan birçok çalışmada hastaların en çok kullandıkları yöntemin ilaç içme olduğu belirtilmektedir^{5,12-16,18,25}. Bu durum ise ilaçların daha kolay ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İntihar girişimi sonrası yapılan acil müdahalenin ardından hastaların %42,2'si yoğun bakıma sevk edilirken sadece %3,7'si psikiyatri servisine yatırıldığı saptanmıştır. İntihar girişimi ile başvuran hastaların önemli bir kısmının ilaç içerek intihar girişiminde bulunduğu düşünüldüğünde ilaçların meydana getireceği yaşamı tehdit eden yan etkiler nedeniyle hastaların yoğun bakımda tedavisinin sürdürüldüğü düşünülmektedir. Nitekim yoğun bakımda intihar girişimi nedeniyle takip edilen hastalarla yürütülen bir çalışmada da intihar etmek amacıyla ilaç içmiş olan hastaların ilaç intoksikasyonu olarak değerlendirildiği ve yıllık toplam yatış sayısının yarısını bu vakaların oluşturduğu bildirilmektedir²⁶. Bu sonuçların aksine Lübnan'da yapılan bir çalışmada ise hastaların %71'inin psikiyatri kliniğine, %23'ünün yoğun bakıma alındığı belirtilmektedir. Bu durum ise intihara yaklaşım konusundaki ülkeler arasındaki farklılıklarla ilişkili olabilir. Yoğun bakımda uygulanan tedavi ve bakımın tamamlanması ardından hastanın psikiyatrik bakıma yönlendirilmesi ise tekrarlayan intihar girişimlerini ve ölümleri engellemek için önem taşımaktadır.

İntihar düşüncesi ile acil servise başvuran hastalara yapılan müdahalelerin de incelendiği bu çalışmada acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların sadece %20'sine psikiyatri konsültasyonu yapıldığı saptanmıştır. Ülkemizde 2015 yılında yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde acil servise intihar nedeniyle başvuran olguların sadece %17'si için psikiyatrik konsültasyon istendiği belirtilmektedir²⁴. Psikiyatrik konsültasyon istemlerinin intihar vakalarında düşük olmasının nedeni olarak bu çalışmada hastaların %62'sinin ilaç içerek intihar girişiminde bulunması da acil servis ekibinin intoksikasyon riski nedeniyle hastanın hayatta kalmasını sağlamak amacıyla hızlı şekilde fiziksel bakıma odaklanması ve hastaların %42'sinin acil serviste yapılan müdahalenin ardından yoğun bakıma yatırılmış olması ilişkili olduğu düşünülmüştür. İntihar girişimlerinin ölümle sonuçlanabilmesi nedeniyle hastayı yaşamda tutma çabası acil servis ekibinin yaşamsal göstergelere daha çok odaklanmasına yol açan bir faktördür. Ancak yapılan bu girişimler hastayı hayatta tutmasına

rağmen tekrarlı intihar girişimleri engellemede yeterli olmamaktadır. Nitekim, Son ve ark. (2020) intihar girişimi ile acil servise başvuran olgulara uygulanan psikiyatrik konsültasyonun etkisini araştırdıkları çalışmalarında psikiyatrik konsültasyonun intihar girişimi ile yeniden başvuruları ve intihar nedeniyle ölüm oranlarını azalttığını saptamışlardır.²⁷ Bu sonuçtan hareketle hastanın yaşamsal tehlikesi ortadan kalktıktan sonra psikiyatrik konsültasyonun yapılmasının sağlanması intihar girişimlerinin önlenmesinde önemli bir katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda hastaların son bir yıl içinde önemli bir kısmının intihar girişimi ile acil servise tekrar başvurduğu görülmektedir. Son ve ark. (2020) çalışmalarından elde ettikleri sonuçlar doğrultusunda bu durumun nedenlerinden birinin de psikiyatrik konsültasyonun yapılması, hastanın gereksinimi olan psikiyatrik yardımı ve bakımı alamaması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Diğer yandan acil serviste yapılan psikiyatrik konsültasyonun yeterli olmadığı, hastaların sonrasında bakım ve tedavisinin ya yatarak ya da ayakta sürdürülmeye devam edilmesi ve izlemlerinin yapılması gerektiği ve intiharın acil psikiyatrik bir durum olduğu unutulmamalıdır³. Çalışmamızda intihar girişimi ile acil servise başvuran hastalara acil servis ekibi tarafından yapılan müdahaleler mide lavajı uygulama ve antidot verme, pansuman yapma ve O² tedavisi uygulama gibi yöntemlerin ağırlıklı olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Bu yaklaşımın nedeninin hastaların büyük çoğunluğunun ilaç içerek intihar girişiminde bulunması ve acil servis personelinin hastaların daha çok fiziksel semptomlarına ve yaşamda kalmalarına odaklanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim Ankara'da yürütülen başka çalışmalarda da acil serviste hastalara mayi takma, lavaj ve aktif kömür uygulama gibi yöntemlerin uygulandığı görülmektedir.^{18,25}

Bu çalışmada acil serviste yapılan ilk müdahalenin ardından hastaların %36,3'ünün psikiyatriye başvurduğu belirlenmiştir. Bu durumun hastaların önemli bir kısmının hastaneye yatırılması ve sadece %39'unun taburcu edilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızla benzer şekilde Ankara'da meydana gelen intihar olgularını araştıran bir çalışmada hastaların %49'una herhangi bir girişim yapılmamış ve hastalar taburcu edilmiştir.¹⁸ Bu durum ise acil servis personelinin her intihar girişiminin mutlaka ciddiye alınması gerektiği konusunda yeterli farkındalığa sahip olmamaları, müdahale konusunda yeterli bilgilerinin olmaması ve tekrarlı girişimlerle

başvuran hastaların temaruz olarak değerlendirilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

İntihar girişimi ile acile başvuran hastaların girişimden önceki son bir yıl içinde hastaneye başvurduğu, hastaların en çok başvuruda buldukları yerin ise acil servis ve sonrasında psikiyatri polikliniği olduğu, intihar girişiminden bir ay önce hastaneye başvurdukları belirlenmiştir. Yılmaz ve ark. (2018)'nin Ankara'da yürüttükleri çalışmada, intihar nedeniyle acil servise başvuran olguların %21,7'sinin son 6 ay içinde psikiyatriye başvuruda bulduklarını saptamışlardır. Bu çalışmada intihar girişimi ile acil servise başvuran olguların önemli bir kısmı başvuru öncesi 1-3 kez arasında intihar girişiminde bulunmuştur. Son bir yılda hastaların farklı nedenlerle acil servislere başvurdukları da görülmektedir. Bu sonuçlar bize acil servise ya da diğer klinik alanlara başvuruda sadece hastanın o anda ifade ettiği bulgulara odaklanmanın yeterli olmadığını, başvuruda intihar riskinin de taranması ve hastanın bütüncül şekilde ele alınmasının önemli olduğunu göstermektedir.

Amerika'da yapılan çok merkezli bir çalışmada tıbbi nedenlerle acil servise başvuran hastaların intihar riskleri taranmış ve hastaların %7,3'üncü pasif, %2,4'ünde de aktif intihar düşüncesi olduğu ve intihar riski olanların sadece %12,5'ine ruhsal değerlendirme yapıldığı saptanmıştır²⁸. Benzer şekilde, Amerika'da yapılan başka bir çalışmada tıbbi/psikiyatrik olmayan nedenlerle acil servislere başvuran ve bilgisayarlı bir ruh sağlığı tarama aracını tamamlayan bireylerin %11,6'sının intihar düşüncesi olduğu ve %2'sinin (n=31) kendini öldürmeyi planladığı ancak bilgisayarlı tarama programında intihar düşüncesi olan hastaların %81'i acil serviste sadece kaygılı olarak nitelendirildiği, intihar riski konusunda önlem alınmadığı belirtilmiştir²⁹. Bu çalışmaların ve çalışmamızın sonuçları hastaların acil servis ve diğer medikal alanlara başvurduklarında intihar açısından riskli olabileceklerini göstermektedir. Acil servis ve medikal alanlara başvuru yapan hastaların gizledikleri intihar düşüncelerinin açığa çıkarılabilmesi ve olası intiharların önlenmesi için bireylerin ruhsal ve bedensel olarak bütüncül değerlendirilmeleri ve intihar riskinin erken dönemde fark edilmesi, bedensel belirtiler ile ifade edilen ruhsal sıkıntıların ve yardım çağrısının sağlık çalışanları, özellikle de hastalarla en çok zaman geçiren, gözlem yapma becerileri gelişmiş hemşireler tarafından fark edilmesi ile mümkün olabilir^{4,30}. Acil servis ve diğer medikal

alanlarda yaşanan yoğunluk nedeniyle sadece fiziksel belirtilere odaklanması ve hastalara ayrılan sürenin az olması intihar riskinin değerlendirilmesi açısından bir güçlük olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak yurt dışında bu yoğunluğu azaltmak amacıyla bilgisayar destekli yazılımlar ve programlar aracılığıyla intihar riskinin belirlenmesi de söz konusudur. Bu tür uygulamaların ülkemizde yaygınlaştırılması ile intihar düşüncesi olan hastaların erken fark edilmesi ve erken müdahalenin sağlanması, tekrarlayan intihar girişimlerinin ve ölümlerin engellenmesine katkı verebilir^{6,31}.

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışmada verilerin hastane kayıtlarından toplanması nedeniyle, hastaların intihar girişimi öncesi başvurularında mevcut olan şikayetleri, baş etme biçimleri, kişilik özellikleri, acil serviste aldıkları bakım ve tedaviden memnuniyet durumları, intihar girişiminin nedenleri, yardım aramak amacıyla yaptıkları girişimler, intihar düşüncesinin ciddiyeti gibi ancak bireyle görüşme sonucu elde edilebilecek bilgilerin alınamaması ve çalışmanın tek bir merkezde yürütülmesi nedeniyle verilerin genellenememesi çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların intihar oranlarının ve tekrarlı intihar girişimi ile başvurularının yüksek olduğu, özellikle ilkbaharda kadınlarda, sonbaharda erkeklerde intiharların arttığı, ruhsal bozuklukları olan erkek hastaların kadın hastalara göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu, hastaların intihar girişimi öncesi çeşitli nedenlerle hastaneye başvurduğu, en çok başvuru alanın acil servis olduğu ve daha önce intihar girişimi olan hastaların tekrarlı girişimde buldukları ve hastaların çoğunun psikiyatrik yardım alamadığı söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda acil servis çalışanlarının başvuran bütün hastaları psikiyatrik öyküsü olsun ya da olmasın intihar riski açısından değerlendirmesi, tekrarlı intihar girişimleri olan hastaların başvuruda buldukları bütün tıbbi birimlerde intihar riskinin değerlendirilmesi, hasta tarafından gizlenen intihar düşüncelerinin ortaya çıkarılabilmesi için bu değerlendirmenin psikiyatri dışındaki tüm alanlarda yapılması gerektiği, intihar riskini değerlendirme eğitiminin tüm sağlık personellerine özellikle acil tıp çalışanlarına verilmesi ve hastaların sözsüz tepkilerini gözlemlemesi ve intihar riskini belirlemede sağlık ekibine zaman kazandıracak bilgisayar destekli risk değerlendirme araçlarının kullanılmasının intiharları ve buna bağlı ölümleri azaltmada etkili olacağı

söylenebilir. İntihar riski yüksek olan ya da acile intihar girişimi nedeni ile başvuran olguların belirlenerek psikiyatrik bakım almaları için acil serviste çalışan sağlık ekibi tarafından psikiyatrik konsültasyonun sağlanması ve taburcu edilen hastaların ise psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmeleri ve izlemlerinin yapılması önerilebilir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: EEA, NGB; Veri toplama: NGB; Veri analizi ve yorumlama: EBY, EEA; Yazı taslağı: EEA, NGB; İçeriğin eleştirel incelenmesi: EBY, NGB; Son onay ve sorumluluk: EEA, NGB, EBY; Teknik ve malzeme desteği: NGB; Süpervizyon: EEA, EBY; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 28.06.2019 tarih ve 2019/5-19/102 sayılı kararı ile etik onay alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Desteği: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : EEA, NGB; Data acquisition: NGB; Data analysis and interpretation: EBY, EEA; Drafting manuscript: EEA, NGB; Critical revision of manuscript: EBY, NGB; Final approval and accountability: EEA, NGB, EBY; Technical or material support: NGB; Supervision: EEA, EBY; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: For this study, ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Hamidiye University of Health Sciences Non-Interventional Research with the decision dated 28.06.2019 and numbered 2019/5-19/102.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Suicide. 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/s>. (accessed Sep 2021).
2. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Ol>. (accessed Sep 2021).
3. Kawahara YY, Hashimoto S, Harada M, Sugiyama D, Yamada S, Kitada M et al. Predictors of short-term repetition of self-harm among patients admitted to an emergency room following self-harm: A retrospective one-year cohort study. *Psychiatry Res.* 2017;258:421-6.
4. Ceniti AK, Heinecke N, McInerney SJ. Examining suicide-related presentations to the emergency department. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;63:152-7.
5. Al-Amin H, Singh R, Abdulrazzak M, Ghuloum S. Psychosocial and clinical profiles of the cases visiting the emergency department due to accidental self-harm and suicide attempts in Doha, Qatar: A Retrospective Study. *Community Ment Health J.* 2021;57:315-24.
6. Kroll DS, Stanghellini E, DesRoches SL, Lydon C, Webster A, O'Reilly M et al. Virtual monitoring of suicide risk in the general hospital and emergency department. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;63:33-8.
7. Gentil L, Huynh C, Grenier G, Fleury MJ. Predictors of emergency department visits for suicidal ideation and suicide attempt. *Psychiatry Res.* 2020;285:112805.

8. Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. Suicidal ideation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2021.
9. Temel M. İntiharın önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2009;12:78–83.
10. Kuramoto-Crawford SJ, Spies EL, Davies-Cole J. Detecting suicide-related emergency department visits among adults using the district of columbia syndromic surveillance system. *Public Health Rep*. 2017;132:88-94.
11. Çetinkaya Büyükbodur A. İntihar girişimleri ve retrospektif sosyal inceleme. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2019;3:28–46.
12. Delibaş DH, Erdoğan E. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with suicide attempt to a training and research hospital emergency department; a retrospective study. *Van Med J*. 2018;25:514–9.
13. Kim SH, Kim HJ, Oh SH, Cha K. Analysis of attempted suicide episodes presenting to the emergency department: comparison of young, middle aged and older people. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14:46.
14. Günderci A, Karatay G, Gökçe S, Güler B. Tunceli’de 2005-2015 yılları arasında gerçekleşen intiharlara ilişkin epidemiyolojik bir inceleme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2017;20:121–8.
15. El Majzoub I, El Khuri C, Hajjar K, Bou Chebl R, Talih F, Makki M et al. Characteristics of patients presenting post-suicide attempt to an Academic Medical Center Emergency Department in Lebanon. *Ann Gen Psychiatry*. 2018;25:17:21.
16. Sultanoglu H, Erdem Sultanoglu T. Evaluation of elderly patients in adult suicide cases admitted to the emergency department. *J Forensic Leg Med*. 2021;77:102103.
17. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:894-900.
18. Acar SR, Şahin TE. Ankara’da acil servislere başvuran intihar girişim olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2016;1:5–12.
19. Avınca Ö, Şen A, Karakoç Y, Damar Ö, Taş M. Zehirlenmeler: Neden suisit, neden kadınlar?. *J Neurobehav Sci*. 2019;6:83-6.
20. Akkaya-Kalayci T, Vyssoki B, Winkler D, Willeit M, Kapusta ND, Dorffner G et al. The effect of seasonal changes and climatic factors on suicide attempts of young people. *BMC Psychiatry*. 2017;17:365.
21. Vyssoki B, Kapusta ND, Praschak-Rieder N, Dorffner G, Willeit M. Direct effect of sunshine on suicide. *JAMA Psychiatry*. 2014;71:1231-7.
22. Çiftçi H, Kaya F, Bostancı N. Kars ilinde intihar ve intihar girişimlerinin üç yıllık değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2020;12:255–67.
23. Canpolat Ö, Yıldırım İ, Kafadar H, Demir M. Evaluation of suicide cases applied to emergency service. *Acta Oncol Turc*. 2020;53:281–7.
24. Ketten HS, Hakkoymaz H, Aslan Ü, Bahar Ş, Ketten A, Sucaklı MH, et al. Acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların incelenmesi. *J Contemp Med*. 2015;5:102–105.
25. Yılmaz A, Doğan S, Kalafat UM, Tapkan RB, Sağlık A, Özüçelik DN. Acil serviste takip edilen intihar girişimlerinin maliyet analizi. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg*. 2018;5:120-8.
26. Muhammedoğlu N, Başaranoğlu G, Gül YG, Toptaş M, Baltalı S, Özütürk B. Yeni açılan yoğun bakım ünitemize gelen suisid ve intoksikasyon vakalarının değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bulteni*. 2014;52:153-7.
27. Son JM, Jeong J, Ro YS, Hong W, Hong KJ, Song KJ et al. Effect of previous emergency psychiatric consultation on suicide re-attempts- A multi-center observational study. *Am J Emerg Med*. 2020;38:1743-7.
28. Allen MH, Abar BW, McCormick M, Barnes DH, Haukoos J, Garmel GM et al. Screening for suicidal ideation and attempts among emergency department medical patients: instrument and results from the Psychiatric Emergency Research Collaboration. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43:313-23.
29. Claassen CA, Larkin GL. Occult suicidality in an emergency department population. *Br J Psychiatry*. 2005;186:352-353.
30. Horowitz LM, Boudreaux ED, Schoenbaum M, Pao M, Bridge JA. Universal suicide risk screening in the hospital setting: still a Pandora's box? *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2018;44:1-3.
31. Boudreaux ED, De Beurs DP, Nguyen TH, Haskins BL, Larkin C, Barton B. Applying computer adaptive testing methods to suicide risk screening in the emergency department. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49:917-27.