

İlaç Alımı ile Özkiyım Girişiminde Bulunan Ergen Yaş Grubunun Değerlendirilmesi

Evaluation of Suicide Attempts by Drug Overdose in the Adolescent Age Group

Alkım ÖDEN AKMAN¹, Metin YİĞİT¹, Tülin KÖKSAL², Funda KURT³, H. İbrahim YAKUT¹,
Emine DİBEK MISIRLIOĞLU⁴

¹S.B.Ü Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

²Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

³S.B.Ü Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji SUAM, Çocuk Acil Kliniği, Ankara, Türkiye

⁴S.B.Ü Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji SUAM, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği, Ankara, Türkiye



ÖZ

Amaç: Ergen yaş grubunda, ilaçların fazla doz alımı ile özkiyım girişiminde bulunma çocuk acilde çalışan hekimlerin sıklıkla karşılaştığı bir durumdur. Gelecekte bir özkiyım girişimine neden olabilecek risk faktörlerini belirlemek önemlidir. Çalışmamızda, fazla doz ilaç alımıyla özkiyım girişiminde bulunan ergen yaş grubu olguların, klinik ve demografik verileri ile risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Bir yıllık süre içinde (01.10.2015 ile 01.10.2016), çocuk acil servisimize fazla doz ilaç alımıyla özkiyım girişimi ile başvuran 135 olgu (10-18 yaş) geriye dönük değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 135 hastanın 111'i (%82.2) kız, yaş ortalaması 15.65±1.37'di. Hastaların çoğunluğu orta adölesan (14-16 yaş) grubunda yer almaktaydı (%69.6). Olguların 17'sinin (%12.6) daha önce benzer girişim öyküsü vardı. İlaç içimi ile acile başvuru saati arası fark ortalama 4.2 (min. 1 saat-max. 96 saat) saattir. Olguların %72.6'sı ilk 4 saatte başvurdu. 60 olgu (%44.5) çoklu ilaç almıştı. Özkiyımda içilen tekli ve çoklu ilaç grupları sıklık sırasına göre; analjezikler %48.9, antidepresanlar %28.9, antibiyotikler %20.7, gastrointestinal sistem ilaçları %14, antihipertansifler %8.8, antipsikotikler %7.4, antiepileptikler %7.4 ve diğer (antidiyabetik, vitamin- mineral, dekonjestan, kas gevşetici, antihistaminik, psikostimulan, antitrombotik, antigut) %14.8'di. En sık nedenler sırasıyla ailevi sorunlar, erkek-kız arkadaş ayrılma, sınav kaygısı, anksiyete ve diğerleri (yalnızlık, cinsiyet hoşnutsuzluğu) şeklindeydi. Öncesinde tanı almış olan ruhsal bozukluklar sırasıyla; majör depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuydu. Psikiyatrik tanı dışında 3 olgunun epilepsi tanısı vardı. Bu tanıları yönelik öncesinde başlanan ilaç ile özkiyım girişimi (n=22, %16.3) istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.05). Hastaların hepsi yatırılarak tedavi edildi. Olguların hiçbirinde özkiyım girişimi sırasında ya da sonrasında ölüm gelişmedi.

Sonuç: Gençlerle çalışan klinisyenler özkiyım düşüncesi, davranışı ve diğer risk faktörlerin varlığını gençlerde değerlendirip, gencin risk düzeyini belirlemelidir.

Anahtar Sözcükler: Adölesan, ilaç aşırı doz, Özkiyım girişimi

ABSTRACT

Objective: In the adolescence period, suicide attempts by drug overdose is the problem that emergency doctors are often faced with. It is very important to identify risk factors that can be predictive of future suicide attempts. In our study, we evaluated the adolescents who presented to our pediatric department with suicidal drug overdose to assess the risk factors clinically and demographically.

Material and Methods: The records of 135 patients (10-18 years of age) who presented to our pediatric emergency department with suicidal drug overdose were evaluated during a one-year period (1.10.2015 and 1.10.2016).

Results: We included 135 patients (82.2% female) with an average age of 15.65±1.37 years in the study. Most of the patients were in the middle adolescence (14-16 years) period (69.6%). 17 patients (12.6%) had a prior suicide attempt history. The time between drug overdose and arrival at the pediatric emergency department was 4.2 hours (min. 1 hour-max. 96 hours) on average. 72.6% of the them applied in the first 4 hours. 60 patients had taken multiple drugs. The usage frequency of the drugs (single/multiple) that the patients had taken to commit suicide was analgesics 48.9%, antidepressants 28.9%, antibiotics 20.7%, gastrointestinal drugs 14%, antihypertensive 8.8%, antipsychotics 7.4%,

antiepileptics 7.4% and others (antidiabetics, vitamins-minerals, decongestants, muscle relaxants, antihistamines, psychostimulants, antithrombotics, antigut drugs) 14.8%. The reasons for suicide attempts included family related reasons, boy-girl friend separation, exam anxiety, school anxiety and others (loneliness, gender dysphoria). The most frequent psychiatric disorders that had been previously diagnosed were major depressive disorder, conduct disorder and attention deficit hyperactivity disorder. Epilepsy had been diagnosed in 3 patients other than psychiatric disorder. The number of suicide attempts with the drugs started for these diagnoses (n=22, %16.3) was statistically significant (p<0.05). All the patients were hospitalized and observed for at least 24 hours. There was no mortality during or after the suicide attempt.

Conclusion: Clinicians working with young people are required to assess the presence of suicidal ideation, suicidal behavior, and other risk factors, and to determine the level of risk.

Key Words: Adolescence, Drug overdose, Suicide attempt

GİRİŞ

Kişinin kendini öldürmek niyetiyle düşündüğü ya da yaptığı, yaralanma ya da ölümle sonuçlanabilen tüm düşünce ve eylemlere özkıyım denilmektedir. Özkıyım davranışı; özkıyım düşünceleri, girişimleri ve tamamlanmış eylemleri kapsar. Özkıyım davranışı, psikiyatrik bozukluklar, sosyal desteklerin zayıf olması ve sosyokültürel etkenlerden etkilenen karmaşık bir belirtidir (1,2). Dünyada yılda yaklaşık 800 bin kişi özkıyım sonucu ölmektedir. Özkıyım girişim sayısının; yılda bu sayının yaklaşık 10-20 katı kadar olduğu tahmin edilmektedir. Özkıyım genel olarak erişkinlerde ölüm nedenleri arasında 10. sırada yer alırken 10-24 yaş arasındaki ergen ve genç erişkinlerde ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır (3).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2015 verilerine göre özkıyım girişimi sonucu gelişen ölüm oranı 100 binde 4.11'dir (%72.7 erkek cinsiyet) ve 15-29 yaş aralığı ölümlerin %34.3'ünü oluşturmaktadır (4). Türkiye İstatistik Kurumu verileri (2002-2015) incelendiğinde; özkıyım ölüm oranının yıllar içinde artış gösterdiği, erkek cinsiyetin çoğunluğu oluşturduğu, ergen yaş grubu özkıyımlarının da toplam özkıyımların üçte birini oluşturduğu görülmektedir (5). Ülkemizde İzmir'de 10-19 yaş aralığı adli ölüm nedenleri incelendiğinde; ölüm nedenlerinin %91.8'inin dış nedenler ile olduğu ve 1. sırada kazaların, 2. sırada özkıyımın olduğu saptanmıştır (6). Global olarak ergen özkıyımlarının görülme sıklığının geçmiş yıllara göre artış gösterdiği bildirilmektedir (2). Ergenlerde özkıyım girişimlerinin yaşam boyu prevalansı %4.1 olarak bildirilmektedir (7). Ülkemizde, çok merkezli istatistik veri olmamak ile beraber Manisa ilinde 4 yılda 6827 özkıyım girişiminin %57.3'ünü 15-24 yaş aralığı oluşturmaktadır (8).

Ergenlerde özkıyım girişimlerini önlemede özkıyım girişimine yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi önemlidir. Ölüm ile sonlanan özkıyım için en önemli risk faktörü daha önce özkıyım girişiminde bulunmuş olmaktır ve bu oran bir çalışmada %6.3 olarak belirtilmiştir (9). Ergen özkıyımlarında diğer risk faktörleri incelendiğinde; hastalık, yaş (puberte ve sonrası), cinsiyet, sorunlara neden olan yaşam olayları, ailesel faktörler (boşanma, göç, işsizlik, aile içi şiddet, ailede intihar girişim öyküsünün olması), ergenin kendi psikopatolojik faktörleri (depresyon, alkol-madde kullanımı, şizofren, bipolar bozukluk vb.), çevresel faktörler (okul ortamı ve arkadaşlar arasındaki sorunlar),

zorbalık, geçmişle ilgili olumsuz nedenler, sosyal ilişkilerde kopukluk, cinsel uyum sorunları, patolojik internet kullanımı, göçmenlik gibi birçok etken üzerinde durulmaktadır (2,10-16). Antidepresan kullanımı ile özkıyım davranışını artırma ilişkisi tartışmalıdır. 2004 yılından itibaren 'İlaç ve Gıda Kurumu'(FDA) tüm antidepresanların 'black box' uyarıları bulundurmasını zorunlu kılmıştır (2,17).

Özkıyım girişiminde bulunan ergende; mizaç ve psikiyatrik bozukluklar, aile-ergen ilişki sorunları, şiddet ve istismar öyküleri, madde kullanımı ve benlik gelişimi birlikte değerlendirilmelidir (18). Ergenlik döneminde özkıyım girişimi, ölme isteğinden çok kendini ifade etme biçimi, dışa vurum davranışı, yardım arama girişimi ve ilgi çekme isteği olarak da değerlendirilebilir. Ergenlikteki özkıyım girişimleri, sonraki özkıyım girişimleri için olduğu kadar erişkinlik döneminde duygu durum bozuklukları ve madde bağımlılığı gibi birçok ruhsal bozukluk açısından da risk oluşturabilir (11,19).

Ergenlerin özkıyım girişiminde bulunurken kullandığı yöntemler ergenin özkıyım isteğindeki ciddiyete, cinsiyete ve kültürel faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Özkıyım girişimi için en sık kullanılan yöntemler; yüksek dozda ilaç alımıdır (2). Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin değerlendirilmesi ve bu duruma neden olan etkenlerin yıllar içinde değişkenliğinin sunulması, geliştirilecek eylem planlarının belirlenmesinde önemlidir. Çalışmamızda; çocuk acil polikliniğimize fazla doz ilaç alımıyla özkıyım girişimi ile başvuran ergen yaş grubu olgular klinik ve demografik veriler ile geriye dönük değerlendirilmiştir.

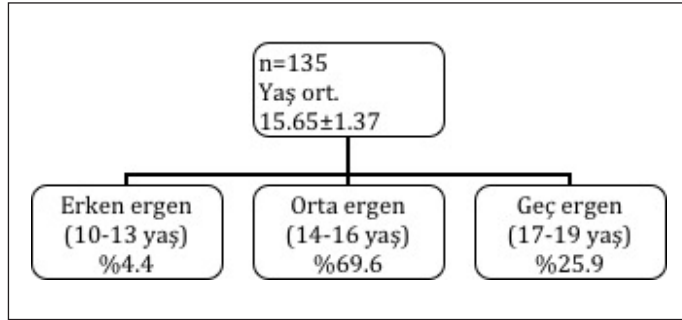
GEREÇ ve YÖNTEMLER

Hastanemize Ekim 2015- Ekim 2016 tarihleri arasında ilaç içimi ile özkıyım girişiminde bulunan ergen yaş grubu (10-18 yaş) geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların bilgilerine adli vaka kayıt defterinden ulaşılmıştır. Kayıtlardan; olguların cinsiyet, yaş, ilacı içme zamanı ve acile başvuru saati, içilen ilaç grubu, daha önce benzer girişimi olup olmadığı, özkıyım nedeni, yatış yeri, daha önce hastalık tanısı varlığı, öncesinde kullandığı ilaç durumu ve bu ilaç ile özkıyımında bulunma durumu değerlendirilmiştir. Hastanemiz etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır (2017-023 sayılı karar).

Çalışmanın verileri SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılım gösteren bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Student t testi kullanılacak, aritmetik ortalama ve standart sapma tanımlayıcı istatistik olarak verilecektir. Normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılacak, sayısal değişkenler için ortanca ve minimum ve maksimum değerler, nitelik değişkenler için frekans ve yüzde değerleri tanımlayıcı istatistik olarak verilecektir. $p < 0.05$ anlamlılık sınırı değeri olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çocuk acile ilaç içimi ile özkiyım girişiminde başvuran 135 olgunun yaş ortalaması 15.65 ± 1.37 'ydi (min 10–mak 18 yıl). Kız ergen olgularında özkiyım girişi sayısı [$n=111$, (%82.2)] erkek ergen olgularına göre yüksekti. Erken (10-14y), orta (14-17) ve geç ergen (17-19) yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde sırasıyla yüzdeleri 4.4, 69.6, 25.9'du (Şekil 1). Olguların 17'sinin (%12.6) daha önce benzer girişim öyküsü vardı. Olguların %16.3'ü ($n=22$) genel pediatri servisinde, %40.7'si ($n=55$) acil gözlem yataklı servisinde %43'ü ($n=58$) çocuk yoğun bakım servisinde yatırılarak izlendi.



Şekil 1: Ergen yaş grubuna göre özkiyım girişim sayısı, yaş ort. ve sıklığı.

İlaç içimi ile acile başvuru saati başvurusu arası fark ortalama 4.2 saattir (min. 1 saat-max. 96 saat). Olguların 98'i (%72.6) ilaç içimi sonrası ilk 4 saat içinde acile başvurmuştu. 75 olgu (%55.6) tek çeşit, 60 olgu çoklu ilaç almıştı. Özkiyımda içilen tekli ve çoklu ilaç grupları sıklık sırasına göre; analjezikler %48.9, antidepresanlar %28.9, antibiyotikler %20.7, gastrointestinal sistem ilaçları %14, antihipertansifler %8.8, antipsikotikler %7.4, antiepileptikler %7.4 ve diğer (antidiyabetik, vitamin- mineral, dekonjestan, kas gevşetici, antihistaminik, psikostimulan, antitrombotik, antigit) %14.8'di (Tablo I).

Kayıtlardan özkiyım girişim nedenlerinin %46.7'sine ulaşıldı. En sık nedenler sırasıyla nedeni bilinmeyen %53.3 ($n=72$), ailevi sorunlar %28.9 ($n=39$), erkek-kız arkadaş ayrılma %3.6 ($n=5$), arkadaş sorunu %1.5 ($n=3$), sınav kaygısı %3 ($n=4$), ve diğerleri (okul, yalnızlık, cinsiyet hoşnutsuzluğu) %9.7 ($n=12$) şeklindeydi.

Ulaşılabilen verilere göre; olguların öncesinde psikiyatrik hastalık tanısı yüzdesi %48.6 ($n=64$) ve psikiyatrik hastalık dışında tanı epilepsi %2.2'ydi ($n=3$). Tanılar sıklık sırasıyla; depresyon %21.5 ($n=39$), sinirlilik %5.2 ($n=7$), dikkat eksikliği ve hiperaktivite %4.4 ($n=6$), madde kullanımı %4.4 ($n=6$), dürtüsellik %3.7 ($n=5$), kaygı bozukluğu %2.1 ($n=3$), ve diğer (Obsesif kompulsif davranım bozukluğu, trikotolamani, self mutilasyon, sosyal fobi) psikiyatrik tanılardı %2.8 ($n=4$). 51 olgu öncesinde psikiyatrik ve epilepsi tanılarını ile medikal tedavi almaktaydı. Üç olgu epilepsi tanısıyla kullanmakta olduğu antiepileptik ilacı, 19 olgu psikiyatrik tanılarla başlanan antidepresan ilacı ile özkiyım girişiminde bulunmuştu ($n=22$, %16.3). Bu tanılara yönelik öncesinde başlanan ilaç ile özkiyım girişiminde bulunma durumu istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

'Ergenlik dönemi, ilaçların fazla doz alımı, özkiyım girişimi' çocuk acilde çalışan hekimlerin sıklıkla karşılaştığı bir durumdur.

Tablo I: Özkiyım girişiminde içilen ilaç grupları.

İlaç Grupları	Tekli İçim (n/%) (75/%55.5)	Çoklu İçim (n/%) (60/%44.5)	Total (Tekli ve Çoklu) (n/%)
Analjezik (parasetamol, NSAİ)	29/%21.5	37/27.4	66/%48.9
Antidepresan (SSRI, TSA)	22/%16.2	17/%12.5	39/%28.7
Antibiyotik	3/%2.2	25/%18.5	28/%20.7
Gis ilaçları	4/%2.9	15/%11.1	19/%14
Antihipertansif	2/%1.4	10/%7.4	12/%8.8
Antipsikotik	4/%2.9	6/%4.4	10/%7.4
Antiepileptik	7/%5.1	3/%2.2	10/%7.4
Diğer [antidiyabetik (n=3), vitamin- mineral (n=3), dekonjestan (n=2), kas gevşetici (n=2), antihistaminik (n=4), psikostimulan (n=2), antitrombotik (n=1), antigit (n=2), antivertigo (n=1)]	4/%2.9	16/%11.8	20/%14.8

NSAİ: Nonsteroidal antiinflatuar; SSRI: Serotonin selektif geri alım inhibitörü, TSA: Trisiklik antidepresan, GIS: Gastrointestinal sistem

Tablo II: Türkiye'de ergenlerde özkiyım girişim-çalışmalar.

Çalışma yeri	Yıl	Sayı	K/E	Yaş ort.	En sık ilaç	En sık neden
Ankara	2008-2010	281	232/49	15	Analjezik	Ailevi
Şanlıurfa	2009-2010	64	33/31	16	Analjezik	Ailevi
İstanbul	2009-2010	109	92/17	16.6	Analjezik	*
İstanbul	2010	90	78/12	14	Analjezik	Arkadaş
İzmir	2011	148	124/24	16	Antidepresan	Ailevi
Ankara	2012-2013	322	269/53	15	*	Kişisel sorunlar

*Belirtilmemiş.

Ülkemizde ergenlerin özkiyım girişimleri ile ilgili çalışmalara bakıldığında sayıların çok da değişmediği ve çözümsüzlüklerle beraber aynı sorunların devam ettiği görülmektedir (Tablo II) (20-25). Çalışmamızda; olguların çoğunluğunu kız ve orta ergen yaş grubu oluşturmaktadır. En sık neden ailevi sorunlar ve en sık öncesinde depresyon tanısı alınmıştı. Bu sonuçlar öncesinde yapılan çalışmalar ile benzer olup benzer sorunların devam ettiği görülmektedir. Öncesinde tedavi amaçlı verilen özellikle de psikiyatrik ilaçlar ile özkiyım girişiminde bulunmanın istatistiksel anlamlı olması dikkati çekmektedir. Antidepresan ya da psikotrop diğer ilaçların başlanması durumunda, doz aşımında bu ilaçların hayati yan etkileri açısından iyi bir aile ve ergen bilgilendirilmesi yapılmalı ve riskli kişilerin yakın takibi uygun olarak görülmektedir (2).

Özkiyım girişiminde mortalite ve morbiditeyi azaltan önemli diğer bir durum acil servislere en kısa sürede ulaşım (1-4 saat) ve erken girişim olduğu bilinmektedir (1). Toksik maddenin tanımı (içeriği, dozu, yarılanma ömrü, vücuttan atılma yolu, yan etkileri, antidotu) yapılarak zehir danışmanın önerileri doğrultusunda tedavisi belirlenmelidir. Toksik maddenin vücuda geçişini önlemede, akut dönemde sık kullanılan iki yöntem gastrik lavaj-mide yıkama ve aktif kömür uygulamasıdır. Toksik madde alımının ilk 1 saatinde daha etkili olmakla beraber 4. saate kadar uygun görülen hastalarda kullanılan yöntemlerdir. Bizim çalışmamızda; olguların 98'i (%72.6) ilaç içimi sonrası 4 saat içinde acile başvurmuş olmakla beraber acile başvuru süresi ort. 4.2 saattir (min. 1 saat-max. 96 saat). Bu durum; ergenin özkiyım girişimini çevresindekilere erken dönemde belirtmesinin, ergenin özkiyım eyleminin yardım isteme ifadesi olabileceğini destekleyebilir.

Ergenlik dönemine girilmesiyle beraber ergenlerde özkiyım düşüncelerinde ve özkiyım girişimlerinde artış olduğu bildirilmektedir. Ergenlikte bilişsel ve fiziksel kapasite artışına karşın, stresli ve duygusal yüklü durumlardaki yargılama hataları sonucunda bu dönemde morbidite ve mortalite yüksektir. Ergenler çoğu kez anlık dürtüsel kararlarla aşırı doz ilaç olarak özkiyım girişiminde bulunurlar (16,19). Türkiye lise öğrencilerini yansıtan bir çalışmada; dürtüsellik belirtileri ile kendine zarar verme davranışı ve geleceğe yönelik karamsarlığın birçok riskli davranış için bağımsız bir risk etmeni olabileceği izlenmiştir (26). Aydemir ve ark. (18) yaptığı kendine zarar verme davranışı olan 12-17 yaş arası 48 ergen ve kendine zarar verme davranışı dışında

psikiyatrik yakınmaları olan 49 ergen değerlendirildiğinde; kendine zarar verme davranışı olan grupta kontrol grubuna göre kız cinsiyetinin, psikiyatrik tanı olarak major depresyon ve davranım bozukluğunun ve bu grupta özkiyım girişiminin daha sık olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde benlik saygısının düşük olduğu, ancak bu bulgunun daha çok eşlik eden major depresyon, davranım bozukluğu ve özkiyım girişimi ile ilişkili olabileceği bulunmuş ve bu grubun psikiyatrik belirtiler/komplikasyonlar açısından psikiyatrik değerlendirme ve sağıaltımlarının önemi vurgulanmıştır.

Özkiyımı önleme; çözümü basit fakat uygulaması ve hayata geçirmesi zor olan bir durumdur. Çözüm, risk faktörlerini azaltmak koruyucu faktörleri artırmayı içerir. Özkiyım için zemin hazırlayıcı faktörler; psikiyatrik hastalık tanısı olması (depresyon, bipolar bozukluk, kaygı bozukluğu, bağlanma bozukluğu, yeme bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu), öncesinde özkiyım girişimi olması, ailede duygu durum bozukluğu ya da özkiyım davranışı, fiziksel istismar, şiddete maruz kalma, cinsiyet hoşnutsuzluğu, biyolojik faktörlerdir. Hızlandırıcı faktörler ise; yöntem kolay ulaşım (ilaç, kesici alet, ateşli silah vb.), madde kullanımı, çevresinde özkiyım, sosyal stres ve izolasyon, duygusal ve kognitif faktörlerdir (2,13).

Ergenin; kendine zarar verme düşüncesi ya da çevresindekilere ölüm ile ilgili konuşma ya da yazı paylaşması, madde kullanımı, çaresizlik ve çözümsüzlük, sosyal izolasyon, anlamsızlık, umutsuzluk, anksiyete, sinirlilik gibi duygu durumlarının varlığı ve öfke patlamaları, hızlı duygu durum değişiklikleri olması, aile ile duygusal bağ kurma problemleri ve parçalanmış aile, evlilik edinilmiş olması, dürtüsellik ve risk alma davranışının fazla olması, cinsiyet hoşnutsuzluğunun olması özkiyım girişimi için 'kırmızı bayrak' olarak nitelendirilen sinyallerdir (1-2,15). Literatür incelendiğinde; Türkiye'de ergenlerde 'kırmızı bayrak' sinyallerini belirleme ve buna yönelik önleme programlarını uygulama çalışmaları yetersizdir.

Okullar ergen gelişimi üzerinde kritik role sahip olan birincil sosyalleşme ve eğitim ortamıdır. Okullar ergenlerin yetişkinliğe doğru gelişimini destekleyen birincil ortam olmakla birlikte bireysel ve toplumsal gelişimde kilit önem taşımaktadır. Bu açıdan, öğretmenler ve okul yöneticilerinin yapısal, insani ve kültürel sorumlulukları düşünüldüğünde, ergenlere genel olarak nasıl

yaklaştıkları, onların içinde buldukları döneme ilişkin bilgileri ve yaklaşımlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Okul programı içerisinde risk grubundaki öğrencilere depresyonla başa çıkabilme, öfke kontrolü, kişiler arası sorunları çözebilme, kritik durumlara baş edebilmeye yönelik becerilerin kazandırılması özkıyma neden olan riskleri ortadan kaldırmak açısından önemlidir. Ayrıca okul başarısı düşük olan ve okuldan kaçma davranışı olan ergenlerin okul başarısını ve okula yönelik ilgilerini artırmaya yönelik girişimler yapmak etkili olabilecek çalışmalardır. Tedavide aile ile iletişim sağlamak ve aile dışı desteği artırmak, gerektiğinde medikal tedavi ve psikoterapi, toplum temelli önleme programları (kriz anında danışmanlık-okul temelli önleme programları, bu konuda eğitimli personel yetiştirme) önemlidir (13,28,29).

Amerika Birleşik Devletlerinde 2012 yılından itibaren devletin desteği ile ulusal özkıym verilerinin toplanıp, özkıymda bulunan hastalar ile ilgilenen her türlü merkezde çalışanlara yönelik standardize edilmiş kaynakların ve eğitim programlarını içeren "Özkıym Önleme ve Araştırma Merkezi'nin", ergen özkıymlarını önlemede en etkili girişim olduğu bildirilmiştir (30). Ortaokul öğrencilerinde özkıymı önlemeye yönelik yürütülen başka bir çalışmada, özkıymı önleme programına katılan öğretmenler ve okul personelleri özkıymı önlemeye yönelik bilgi düzeylerinin arttığını, özkıym girişiminde bulunma potansiyeli olan öğrencileri daha rahat belirleyebildiklerini ve öğrencilere yönelik daha iyi hizmet anlayışına ulaştıklarını belirtmişlerdir (31).

Özkıym girişimi, ölüm ile tamamlanmış bir özkıymın habercisi olabilir. Ergenlerin takibinde 'kırmızı bayrak' denilen uyarıcı sinyaller dikkate alınmalıdır. Çok merkezli çalışmaların verileri ile ülkemizdeki özkıym sorununun boyutu ve ergenlerin öncelikli sorunları belirlenip bu konuda eğitimli personel ile birlikte okul, toplum ve sağlık alanlarında önleme programları oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Karaman D, Durukan İ. Çocuk ve ergenlerde özkıym. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5:30-47.
- Shain B. Committee on adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2016;138, pii: e20161420.
- Heron M. Deaths among adolescents aged 15–19 years. *National Vital Statistics Reports*. Vol: 66, No.5, November 27, 2017 <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/adolescent-health.htm>
- Türkiye İstatistik Kurumu, İntihar istatistikleri-2015, www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516
- Gümüş B, Özer B, Yıldırım A, Çetin İ. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de intihar olgularının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni* 2010;15:104-9.
- Tatar G, Ulucay T, Asirdizer M, Yavuz M S, Zeyfeoglu Y, Dalgic M ve ark. İzmir (Türkiye)'de ergen ve gençlerde mediko-legal ölümlerin analizi. *Ege Tıp Dergisi* 2014;53:25-32.
- Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry* 2013;70:300-10.
- Şimşek H, Donmez G, Binbay T, Erkoyun E, Uçku R. Manisa ili'nde özkıym girişimlerine ilişkin özellikler: Beş yıllık verinin değerlendirilmesi. *Türk J Public Health* 2014;12:23-34.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance-United States 2009. *MMWR Surveill Summ* 2010;59:1-142.
- Schwartz KA, Pyle SA, Dowd MD, Sheehan K. Attitudes and beliefs of adolescents and parents regarding adolescent suicide. *Pediatrics* 2010;125:221-7.
- Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC et al. Mental health surveillance among children-United States, 2005-2011. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Suppl* 2013;62:1-35.
- Akkaya-Kalayci T, Popow C, Winkler D, Bingöl RH, Demir T, Özlü Z. The impact of migration and culture on suicide attempts of children and adolescents living in Istanbul. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015;19:32-9.
- Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics* 2001;107:485-93.
- Hawton K, Saunders KE, O'connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-80.
- Koplin B, Agathen J. Suicidality in children and adolescents: A review. *Curr Opin Pediatr* 2002;14:713-51.
- Manceaux P, Jacques D, Zdanowicz N. Hormonal and developmental influences on adolescent suicide: A systematic review. *Psychiatr Danub* 2015;27:S300-4.
- Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Davis J, Mann JJ. Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: Reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:580-7.
- Akdemir D, Zeki A, Ünal D, Kara M, Çuhadaroğlu Çetin F. Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerde psikiyatrik belirtiler, kimlik karmaşası ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:69-76.
- Aktepe E, Kandil S, Topbaş M. Çocuk ve ergenlerde özkıym davranışı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4:88-97.
- Yalaki Z, Taşar MA, Yalçın Dallar Y. Çocukluk ve gençlik dönemindeki özkıym girişimlerinin değerlendirilmesi. *Ege Journal of Medicine* 2011;50:125-8.
- Gökdemir MT, Kaya H, Erdoğan MÖ, Söğüt Ö, Tanırcan MZ, Büyükaslan H ve ark. Özkıym girişimi nedeni ile acil servise başvuru: Erken ve geç ergenlerin klinik özellikleri. *JAEM* 2013;12:185-8.
- Doğan H, Adıgüzel L, Uysal E, Sankaya S, Özüçelik DN, Okuturlar Y ve ark. Öz kıym amaçlı adölesan ve erişkin ilaç zehirlenmeleri arasındaki farklılıklar. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2016;12:20-3.
- Arat C, Türkmenoğlu Y, Akşahin BG, Yılmaz B, Sarıtaş Ü, Hamilçikan B ve ark. Çocuk acil servisine zehirlenme ile başvuran özkıym olgularının değerlendirilmesi. *Van Med J* 2016;23:7-12.
- Keskinoğlu A, İnan F. İlaç veya toksik madde alımı ile gerçekleşen ergen yaş özkıym girişimlerinde böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni* 2012;50:96-100.
- Gündüz RC, Halil H, Doğanay Özgüven Y, Gürsoy C, Karagöl C, Çiftci A ve ark. Adölesanlardaki intihar girişimlerinin profili; demografik özellikler, nedenler ve risk faktörleri. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2016;3:177-81.
- Öner Ö, Ergüder T, Çakır B, Ergun U, Erşahin Y, Erol N, ve ark. Ergenlerin bildirdiği dürtüsellik belirtileri ve ruhsal sorunlar: Epidemiyolojik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24:35-43.

27. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97-107.
28. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, Anderson NL. The SAFETY program: A treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015;44:194-203.
29. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;21:CD012013.
30. Suicide Prevention Resource Center Evidence Based Practices. Best practices registry 2011; <http://www2.sprc.org/bpr/index>.
31. Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, et al. Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:104-15.