

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ACİL
SERVİSİ'NE BAŞVURAN İNTİHAR GİRİŞİMİ OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. AHMET YUNUS HATİP
ACİL TIP ANABİLİMDALI
2018

TEZ DANIŞMANI
DR.ÖĞR.ÜYESİ HAMİT HAKAN ARMAĞAN

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, 4 yıl boyunca değerli bilgilerini bizlerle paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım başta saygıdeğer danışman hocam Dr.Öğr.Üyesi Hamit Hakan ARMAĞAN'a , değerli hocalarım Doç.Dr. Önder TOMRUK, Doç. Dr. Nesrin Gökben BECEREN, Dr.Öğr.Üyesi Kıvanç KARAMAN, Dr.Öğr.Üyesi Alten OSKAY'a

Acil serviste birlikte çalıştığım ve her zaman desteklerini gördüğüm asistan arkadaşlarıma, sağlık memuru, hemşire ve diğer acil servis çalışanlarına,

Beni bugünlere getiren aileme, beni hiç yalnız bırakmayan her zaman, her koşulda yanımda olan sevgili eşim Fatma'ya ve güzel kızım Zeynep'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. İntiharın Tanımı	2
2.2. İntihar Girişiminin Tanımı	4
2.3. İntihar Davranışlarının Sınıflandırması.....	5
2.3.1. Durkheim Sınıflaması	5
2.3.2. Shneidman Sınıflaması	5
2.3.3. Baechler Sınıflaması	6
2.4. İntiharın Epidemiyolojisi ve İlişkili Faktörler.....	7
2.5. Demografik Özellikleri	8
2.5.1 Yaş	8
2.5.2. Cinsiyet	9
2.5.3. Mevsim-Ay	11
2.5.4. Irk	11
2.5.5. Din.....	11
2.5.6. Eğitim.....	12

2.5.7 Meslek	13
2.5.8 Medenidurum	14
2.5.9. CoğrafiEtkenler	15
2.5.10. Sosyo-ekonomik Düzey	16
2.5.11. Kronik veya Psikiyatrik Hastalık Öyküsü.....	16
2.5.12. Daha Önceki İntiharGirişimleri	17
2.5.13. Kullanılan İntihar Yöntemi veCiddiyeti	18
2.5.14. Türkiye ve Dünya’da intihar olgusu	20
2.5.15. İntihardaToksikoloji.....	23
2.6. Etyoloji.....	25
2.6.1. Biyolojikfaktörler	25
2.6.2. Psikolojikfaktörler.....	27
2.7. Tedavi.....	30
2.7.1 Medikal Stabilizasyon.....	30
2.7.2. Güvenlik Önlemleri.....	31
2.7.3. Psikiyatrik Muayene ve Suisid Riskinin Değerlendirilmesi	31
2.7.4. Psikaytri Konsültasyonu ve Detaylı Risk Değerlendirilmesi.....	32
2.7.5. Acil Serviste İlaç Uygulaması.....	32
2.7.6. Taburculuk Kararı	33
3.MATERYAL VE METOD	34
4.BULGULAR	36
5.TARTIŞMA VE SONUÇ	46
ÖZET.....	55
ABSTRACT.....	58
EKLER	75



KISALTMALAR

DSÖ-WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

GKS: Glaskow Koma Skalası

EEG: Elektroensefalografi

HAA: Hipotalamus Hipofiz Adrenal Aks

IV: İntravenöz

Neu: Nötrofil

Lym: Lenfosit

Mon: Monosit

PLR: Platelet/Lenfosit Oranı

MLR: Monosit/Lenfosit Oranı

NMR: Nötrofil/Monosit Oranı

NLR: Nötrofil/Lenfosit Oranı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Yaşa Göre Standardize Edilmiş Erkek: Kadın İntihar Oranları, 2012..... 15

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Yaş Grubu Ve Cinsiyete Göre İntihar Oranı(2015)..... 9

Grafik 2: Ülke Gelir Düzeyine Ve Yaşa Göre Tüm İntiharlar, 2012 16

Grafik 3: Cinsiyete Göre İntihar Vakalarının Dağılımı 36

Grafik 4: Vakaların Aylara Ve Mevsimler Göre Dağılımı 38

Grafik 5: Vakaların Başvuru Saatlerine Göre Dağılımı..... 38

Grafik 6: Hastaların Başvuru Anında Glasgow Koma Skalası Skorları 43

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Şekline Göre İntiharlar; TÜİK 2010.....	21
Tablo 2: Kaba İntihar Hızının En Yüksek Ve En Düşük Olduğu İlk 5 İl, TÜİK 2015	22
Tablo 3: Yıllara Göre Kaba İntihar Hızı	23
Tablo 4: Isparta İlinde İntihar Sayıları	23
Tablo 5: Modifiye SAD PERSONS Skalası	32
Tablo 6: Cinsiyetlere Göre Yaş Gruplarının Dağılımı.....	36
Tablo 7: Eğitim Durumlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	40
Tablo 8: Hastaların Önceki Girişim Öyküsü.....	41
Tablo 9: İlaç İçerek İntihar Girişimde Bulunan Hastaların İlaçları Edinme Yöntemleri.....	41
Tablo 10: Sigara, Alkol, Madde Kullanımı.....	42
Tablo 11:Hastaların Kullandığı Yönteme Göre Sonuç Tablosu	43
Tablo 12: Hastaların Ve Kontrol Grubunun Tam Kan Sayımı Parametreleri.....	45
Tablo 13: Hastaların PLR, MLR, NLRve NMR Sonuçları.	45

1.GİRİŞ

İntihar; amacının bilincinde olan kişinin, farklı derecelerde ölümcül maksatlı kendine zarar vermesi olarak tanımlanmıştır. İntihar günümüzde büyük bir halk sağlığı problemidir(1). Bir başka tanımda ise intihar için insanın her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşırp yaşam ile ölüm arasında seçim yapma ihtiyacı duyup, ölümü tercih ederek kendine zarar vermesi olarak anlatılmıştır(2)(3) . İntihar düşüncesi veya girişimi nedeniyle acil servise yapılan başvurularla sıklıkla karşılaşmaktadır (4). Günlük pratikte suisid, intihar vb terimler intihar anlamında kullanılmaktadır (5). İntihar düşünceleri duygusal karmaşa sırasında olur, sıklıkla ölüm ile sonuçlanmaz ve kendine zarar verme aşamasında kalır (6)(7)

İntihar olgusuna karşı toplum tutum ve inançları farklılıklar göstermektedir. 19. Yüzyılın sonlarına kadar intihar olgusu çok bilinilmemesine ve çok karşılaşmadığı düşünülmesine rağmen eski yazıtlarla yapılan araştırmalarda intihar davranışının ilkel kabilelere kadar uzandığı görülmüştür. Görüldüğü gibi insanlık tarih kadar eski olan bu davranışın psikiyatride en çok araştırılan ve halen çok kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyan bir alan olduğu aşikardır.(8) Bunun yansıması olarak da acil servis çalışmaları başvuruların ilk karşılandığı yer olması açısından büyük önem arz etmektedir.

DSÖ tarafından 2014 yılında intiharı önleme girişimi kapsamında yayınlanan “Preventing Suicide” adlı kitapçıkta, 2012 yılında dünya genelinde intihara bağlı yaklaşık 804.000 ölüm olduğu ifade edilmektedir. Bu veriye göre 2012 yılındaki tüm ölümlerin %1,4’ü intihara bağlı meydana gelmiştir ve intihar tüm ölümlerin önde gelen 15. nedeni olmuştur (1).

İntihara bağlı ölüm oranı ve ölüm nedeni olarak intihar oranı yaşa göre oldukça değişkenlik gösterir. Dünya genelinde 15-29 yaş aralığındaki genç erişkinlerde tüm ölümlerin %8,6’sı intihara bağlıdır ve intihar bu yaş aralığında trafik

kazalarından sonra ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Yüksek gelirli ülkeler ile Güneydoğu Asya'nın düşük ve orta gelirli ülkelerinde, 15-29 yaş aralığındaki tüm ölümlerin sırasıyla %17,6 ve %16,6'sı intihara bağlıdır. İntihar, bu ülkelerde 15-29 yaş aralığındaki genç erişkinlerde her iki cinsiyet için önde gelen ölüm nedenidir (1).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; ülkemizde 2014 yılında ölümlerle sonuçlanan intihar sayısı 3.169 kişi iken 2015 yılında bu sayı %1,3 oranında artarak 3.211 kişi olmuştur. Yaş grubuna göre 2015 yılında intihar edenlerin %34,3'ünü 15-29 yaş aralığındakiler oluşturmuştur. Ayrıca intihar eden erkeklerin %33,3'ünün, kadınların ise %46'sının 30 yaşından küçük olduğu bildirilmiştir(9).

Çoğunlukla genç ve orta yaş erişkinlerde olan bu beklenmedik ölümler; aileler, topluluklar ve ülkeler üzerinde ciddi sosyoekonomik ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır.(10).

Bu çalışmamızda; Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği'ne başvuran intihar girişimi olgularının demografik incelenmesi; son zamanlarda intihar girişimlerinin özellikle bölgemizde sayı olarak artış göstermesinin nedenlerinin ortaya konabilmesi; olguların tam kan sayımı parametrelerinin mortalite ve morbiditeyle ilişkisi ve kontrol grubundaki parametrelerle farklarının incelenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın Tanımı

İntihar, akli başında bir bireyin, toplumsal değerlerin desteklediği veya karşısında olduğu bir eylemle doğrudan veya dolaylı olarak kendi yaşamına isteyerek son vermesidir. Bu cümlenin karmaşık öğeler içermesi; intiharın herkes tarafından kabul edilebilir bir tanımını yapılamaması nedeniyledir. Çünkü intihar olgusu ile ilgili bir konuyu açıklayabilmek için bu durumun sağlam temellere dayandırılması

gerekir. Yüzyıllar boyunca intihar etmek, kahramanlık, cesaret, ruhsal hastalık, zayıflık, korkaklık, günah, delilik, suç bazen de onurlu bir davranış olarak oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Bu farklılığın sebebi, insanın isteyerek ve kasten kendi canına kıymasının toplumdan topluma, din, hukuk, kültür ve zamana örf adet gelenek göreneklere göre değişebilmesinden kaynaklanmaktadır (11).

İntihar bilimine suicidology denir. Suicide (intihar) kavramının ortaya çıkışı oldukça yeni sayılır. Latin kökenli kelimelerden oluşur. Fakat latince değildir. İntihar latinede 'insanın kendi kendini öldürmesi' anlamına gelen 'sui' yani 'ben' ve 'cedere' yani öldürmek, kıymak anlamına gelen iki sözcüğün bir araya gelmesi sonucu 'suicidere' den İngilizce'ye ilk kez 1662 yılında suicide şeklinde geçmiştir (12).

Dilimize ise ilk kez Tanzimat döneminde Türkçe'ye çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu kelime Arapça'da ise göğüs, göğüse vurma, boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlak bıçakla kesme kurban anlamlarına gelen "**nahr**" kökünden gelmiştir (13). Son dönemlerde bazı eserlerde ise intihar yerine özkıyım ya da özekıyım gibi kavramlarda kullanılmaya başlanmıştır (14).

Aslında intiharı tanımlarken temel öge olan insanı ele almak gereklidir. Herkes kendine göre tanım yapmaktadır. Littre intiharı kendini öldüren insanın eylemi olarak tarif eder. Littre'ye göre kaza ile zehir içerek ölen insanın da bu eylemini intihar olarak kabul etmek gerekir. Durkheim ise kaza ile olma şartını tanımın dışına çıkarır. Durkheim'a göre insanın kendisini ölüme götüreceğini bilerek yaptığı eylem bir intihardır(2). Yani "ölen kişi tarafından ölümlerle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu veya olumsuz bir girişimin doğrudan yada dolaylı sonucu olan her türlü ölüm olayı intihardır" diye tanımlamıştır(15).

Delmas ise intiharı, bir insanın yaşamla ölüm arasında bir seçim yapabileceği durumda her türlü moral değerleri ve dini bilgileri aşp ölümü tercih edip kendini öldürmesi olarak tanımlamıştır. Bunun yanı sıra kişinin kendi davranışıyla sebep olduğu, fakat tam iradeli ve istekli olmayan ölüm isteği şekillerine ise sözde intihar

(pseudo suicide) adını verir. De Fleury ise “Gerçek intihar sayılan davranışta, insan yaşamak isteyeceği yerde, şiddetle ölmek ister, bir bakıma ölüme susamıştır” diyerek tanımlama yapmaktadır (16). Edwin Schneidman ise intihara çok yönlü bir hastalığı sonlandırılması olarak bakmaktadır. Bu esnada sıkıntılı sonu gelmeyen olumsuz olaylar arasında ambivalans hali bulunmaktadır. Bulunduğu kötü durumdan kurtulma amacına yönelik patolojik bir davranış biçimidir. Kendince intihar edenlerde patolojik davranışın temelinde patolojik bir kişiliğin de bulunduğunu ifade etmektedir (16).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır (17) (18) (19). Dünyadaki intiharlara bakıldığında, günde ortalama olarak 1000 kişinin intihar nedeniyle öldüğü, 42 saniyede bir kişinin ise intihar girişiminde bulunduğu gözlemlenmiştir (20). Genel bir terim olarak intihar davranışı yaygın kullanım görmektedir. İntihar davranışı terimiyle düşünceyle başlayıp ölümlü sonuçlanan bir davranış yelpazesi ve süreci anlatılmaktadır. İntihar davranışı genel bir terim olup bu terimle tamamlanmış intihar, intihar girişimi, intihar düşüncesi anlatılmak istenmektedir (21)

2.2. İntihar Girişiminin Tanımı

İntihar girişimi, tamamlanmış intiharlardan 10-40 kat daha sık gözlenmekte olup tekrarı açısından en önemli risk etkenidir (22)(23). İntihar girişiminde kişinin kendisini yok etmek, zarar vermek amacıyla gerçekleştirdiği ölümcül olmayan intihar girişimleridir (24). İntihar girişiminde bulunmayı düşünen kişi gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacını da gütmüş olabilir(25). Tüm intihar girişimlerinin %5’i ciddi, %30’u ambivalan (ölmeyi hem ister hem de istemez) ve %65’i gösteriş içindir(26). Daha çok dikkat çekmek için yapılmaktadır.

WHO 1986 intihar girişiminin tanımını “söz konusu birey tarafından bilinçli olarak başlatılan ve yapılan, bireyin kendisine zarar vermesine sebep olan yada başkalarının müdahalesi olmadığında bu şekilde sonuçlanan, yada genellikle

belirlenen tedavi dozajı üzerinde bir madde alındığında ölümlerle sonuçlanmayan alışılmadık bir olay” olarak yapmaktadır.(2)

2.3. İntihar Davranışlarının Sınıflandırması

2.3.1. Durkheim Sınıflaması

Toplumlarda oluşan “bunalımlar” intihar oranlarında değişiklikler doğurmaktadır. Emile Durkheim’in yüzyılı aşkın bir süre önce yayınladığı klâsik eserinde, sosyal değişimin etkisi ve sosyal bütünleşme düzeylerine dayanarak, intiharı üç şekilde incelediği bilinmektedir(15).

Bencil (Egoistik) intiharlar:Toplumsal bağların gevşek olduğu, bireyin kendini yalnız hissettiği dönemlerde görülen, bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşme eksikliğinden oluşan intihar olayı olarak tanımlanmaktadır.(15)

Elcil (Altruistik) intiharlar(diğerkâm: elcil):Birey yaşamının adetler, gelenekler ve alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğuna, topluluğun (ister dinsel, isterse siyasal nitelikte olsun) buyrukları gerektirdiğinde, kişiyi öldürdüklerine işaret etmektedir(15). Yani toplumla aşırı bütünleşmenin getirdiği bir görev anlayışıyla toplumun kişiye yüklediği taleplerden kaçınamamaktan meydana gelen intihar tipi olarak tanımlanabilir.

Kuralsızlık (Anomik) intiharları:Toplumun yapısında meydana gelen değişikliğin bireyin yaşam koşullarını, manevi değerlerini altüst ederek kargaşaya neden olması olarak açıklamaktadır. Bu da ahlâkî istikrarsızlığa ve aşınası olduğumuz normların kaybına yol açan toplumsal değişimden kaynaklanmaktadır(15).

2.3.2. Shneidmansınıflaması

Bencil (egotic) intiharlar:Psikolojik intiharlardır. Bilinçsel daralma, sabit düşünme, dünyaya at gözlüğüyle bakma gibi işlevsel olmayan özelliklerden kaynaklandığı gibi; kişinin depresyonda kendisini aşağılaması, sadece kendi mutsuzluğu, sıkıntıları ve çektiği acılar üzerinde yoğunlaşması, ruhsal süreçlerden de kaynaklanabildiği vurgulanmaktadır.(21)

Çiftli (dyadic) intiharlar: Bireyin yakınları, çevresindekilerle olan ilişkilerinde doyurulmayan gereksinimleri belirleyici olup, burada bireyin ilişki bağlamında yaşadığı hayal kırıklıkları, öfkesi, mutsuzlukları, engellenmeleri ve doyurulmayan istekleri bireyin kendi canına kıymaya neden olduğu vurgulanmaktadır.(21)

Soyutlanma (ageneratic) intiharları: Kişinin etrafındakilerden, kendi soyundan, neslinden ve belki de tüm insanlıktan soyutlanması (yalnızlık intiharları) olarak tanımlanmaktadır (21).

2.3.3. Baechlersınıflaması

Fransız sosyal bilimci Jean Baechler'e göre intiharlar 4 ana grupta toplanmaktadır.(15)(27)

Kaçma intiharları: Bireyin çözümsüz olarak düşündüğü durumdan yada sorundan kaçmak isteğiyle ilişkilendirilmiş intiharlardır. Bu da kendi içinde üçe ayrılmıştır.

Kaçış intiharları; dayanılmaz durumdan kaçmak için meydana gelen

Yas intiharları; bir kayıp sonrası gerçekleştirilen,

Ceza intiharı: kişinin hatası veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen intiharlardır (21). Maris intihar sonucu ölümlerin yüzde 75'inin kaçış intiharı olduğunu belirtmiştir(27).

Saldırganlık intiharları: Başkalarına yönelik duygular yüzünden meydana gelmektedir. Bu da kendi içinde dört alt tipe ayrılmaktadır.

İntikam intiharları; başkalarından öç almak için yapılan,

Cinayet intiharları; kişinin hem başkasını hem de kendini öldürdüğü,

Şantaj intiharları; başkalarını etkilemek için yapılan, Kişinin çevreye sinyal vererek yardım talep ettiği intiharlardır(21).

Maris intihar sonucu ölümlerin yüzde 20'sinin ise saldırganlık intiharları olduğunu belirtmiştir(27).

Adanma intiharları: Durkheim'ın elcil intiharlarını çağırıştırır. İkiye ayrılır:

Kurban intiharları; kişinin kendi değerini artırmak için,

Yüceleştirme intiharları; kendini bir şeye adanmak için gerçekleştirdiği intiharlardır. (Şehitlik mertebesine ulaşmayı amaçlamak örnek olarak verilebilir.)(27)

Oyun intiharları: Bireyin hayatı dolu dolu yaşarken, riskli davranışlarıyla meydana gelen ölüm olaylarıdır. İki alt tipi vardır.

Dayanıklılık denemesi intiharları; kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği,

Oyun intiharları; bireyin yaşamını riske sokan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği intiharlardır. Oyun intiharlarıyla birey, yaşamda daha fazla heyecan, mutluluk vb. duyguları tatmak için ölümlerle sonuçlanabilecek eylemlere girişmektedir(21). Örneğin sosyal medyada sıkça gördüğümüz güvenlik önlemi olmadan yüksek bina çatısında gösteri yaparken düşmek; her ne kadar bu davranış oyun intiharı tanımına daha çok uymaktaysa da diğer sosyal bilimcilerin intihar tanımlarında da kendine farklı yerler bulabilmektedir.

2.4. İntiharın Epidemiyolojisi ve İlişkili Faktörler

Kültürler arası farklılıklar olsa da intihar önemli halk sağlığı sorunlarından. Dünya Sağlık Örgütü'nün sonuçlarına göre gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ilk ondadır. Sırasıyla kalp hastalıkları, kanserler, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diyabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Gençlerdeki ölüm nedenlerinin en sıklarından biridir. Ölümlerin yaklaşık 0,9'u intihar sonucu meydana gelmektedir. Dünyada, her gün yaklaşık 1000 kişinin intihar ettiği düşünülmektedir (28). Dünya genelinde her 40 saniyede bir kişinin intihar nedeniyle öldüğünü, her üç saniyede bir kişinin ölme girişiminde bulunduğunu ve her intiharın bireyin hayatında en az altı kişiyi olumsuz etkilediğini düşünürsek; intiharın aileler, toplumlar ve ülkeler üzerindeki sosyoekonomik ve psikolojik etkilerinin nedenli önemli olduğu anlaşılabilir. (29)

İntihar yöntemlerini bazıları şiddet içeren ve şiddet içermeyen şeklinde ayırmışlardır. İlaç intoksikasyonları, gaz ve suda boğulma şiddet içermeyen; ateşli silah, yüksekten atlama, kesici aletler ve ası şiddet içeren yöntemlerdir denilmiştir (30)(31).

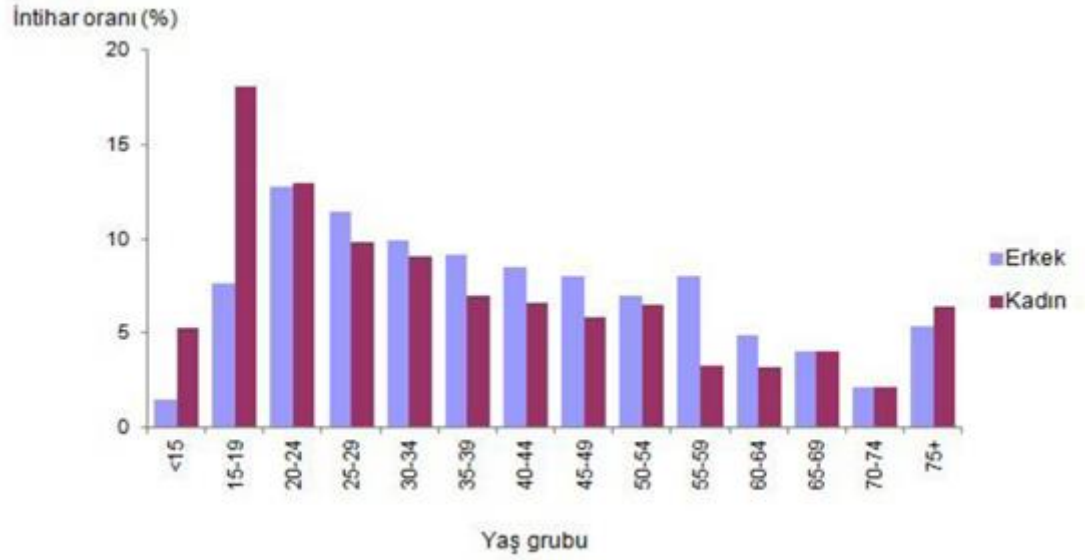
Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyada her yıl 800.000'den fazla kişi intihardan dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu sayının yaklaşık olarak 200.000'ini genç erişkinler ve ergenler oluşturmaktadır(32)(33). Türkiye İstatistik Kurumu'na göre ülkemizde tamamlanmış intiharlar, kadınlarda en çok 15-24 yaşları arasında, erkeklerdeyse 15-34 yaşları arasında meydana gelmektedir(34). Dünyada erkek ve kadın oranları karşılaştırıldığında, erkeklerde intihar oranı kadınlara göre 3,5 kat daha fazladır. İntihar girişim oranı ise kadınlar erkeklere göre 4 kat daha fazladır(35).

Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riski, hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bildirilmektedir(28). Avrupa ülkeleri ile Türkiye karşılaştırıldığında intihar oranları kısmen daha düşük bulunmuştur. Ancak son yıllarda özellikle gençler arasındaki intihar hızındaki artış dikkat çekmektedir(36).

2.5. Demografik Özellikleri

2.5.1 Yaş

İntiharı konu alan çalışmalarda ele alınan temel faktörlerin başında yaş ve cinsiyet faktörleri yer almaktadır. Yaş ve cinsiyetin intiharla ilişkisi araştırılmaktadır. İntihar olaylarının hangi yaş gruplarında daha sık görüldüğü, erkek ve kadınlarda intiharla intihar girişimleri oranlarının neden farklılık gösterdiği, nelere bağlı olarak ortaya çıktığı araştırmacıların temelini oluşturmaktadır. Toplam intihar oranlarına bakıldığında, erkeklerde daha belirgin olmak üzere yaşla birlikte arttığı görülmektedir.(Grafik 1)(37) İntihar düşüncesi ve girişimi puberte sonrası dönemde kızlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir(38). Kendine zarar veren sorunlu ergenlerin yaralayıcı ve zor ergenler olması özel bir dikkat gerektirmektedir (39).



Grafik 1: Yaş grubu ve cinsiyete göre intihar oranı(2015)

İntihar yaygınlığı erkeklerde 45 yaşından sonra en yüksek düzeydedir. 55 yaşından sonra ise tamamlanmış intiharların sayısında artış görülmektedir. Yaşlı erkeklerde intihar girişimi sayısı az, ancak tamamlanmış intihar oranı yüksektir (40). Psikiyatrik rahatsızlığı olanlarda da intihar girişimi görülmesi sıktır. Duygu durumu bozukluğu olanlarda 20-40 yaşları arasında görülmektedir. Bipolar bozukluklularda çocukluktan (5-6 yaş) 50 yaşına kadar (nadiren daha ileri yaş) her yaşta görülmektedir. (23)(41)(42)Major depresyonda intihar her yaşta görülmekle birlikte genellikle 30 ile 40 yaşları arasında daha sıktır(43). Türkiye’de intiharlar 15-24 ve 25-34 yaş aralığında yoğunluk göstermektedir. Yaşa göre 15 yaş altı ve 15-24 yaş gruplarında kadınlar, diğer yaş gruplarındaysa erkeklerde yüksek oranda görülmektedir(44).

2.5.2. Cinsiyet

Cinsiyet farklılık oluşturan temel faktörlerdendir. Türkiye’de tüm bölgelerde erkek intihar oranları kadınlarınkinden fazla olmaktadır. TÜİK 2015 verilerine göre; ülkemizde intihar edenlerin %72,7’sini erkekler, %27,3’ünü ise kadınlar oluşturmuştur. İntihar eden kadınlarda en yüksek oran %18 ile 15-19 yaş grubundayken erkeklerde ise %12,8 ile 20-24 yaş grubundadır (9). Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlarda kadın intiharlarının erkek intiharlarından fazla

olduğu görülmektedir (14). Şenol ve arkadaşları Kayseri'deki çalışmalarında kadın/erkek oranını 1,7 olarak bulmuşlardır(45). Ambade ve arkadaşları bir çalışmada intihardan ölümlerin oranını erkeklerde %62,5, kadınlardaysa %37,5, oran olarak ta 1,7:1 bulunmuştur (46). Çin'de kadınların intihar hızı erkeklerden %25 fazladır(47).

Bercz ve arkadaşlarının Macaristan'da yaptıkları çalışmada tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (48). İngiltere ve Galler'de son yirmi yılda genç erkeklerde intihar oranı ikiye katlanmıştır.(49)

35 yaş altı genç erkeklerde en yaygın olum nedenidir. Tüm gruplarda erkekler kadınlardan daha çok risk altındadır (49). Tayland'da 1998-2003 yıllarında yapılan bir çalışmada ortalama intihar oranı 7.9:100000,erkeklerin kadınlara oranı ise 3.4:1 olarak bulunmuştur (50). Erkeklerin intihar etme durumu genellikle kadınların 3 katı olmasına rağmen kadınlar 4 kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar (51). Stengel, kadın intihar girişimlerinin, erkeklerinkine oranla daha fazla manipülatif ilişki kurma anlamı taşıdığını öne sürmektedir. Erkeklerde ise intihar girişim baskı kurmanın, güç gösterisinin, parasal durumlarla ilgili tehditlerin bir aracı olabilir (52).

Doshi ve arkadaşlarının çalışmasında 15-19 yaş arasındaki kadın hastaların acil servislere başvurmaları erkek hastalardan daha fazladır. Daha önce yapılmış olan çalışmalarda intihar girişimlerinde bu oran kızların lehine 4:1 oranındadır (53). Kanchan ve arkadaşlarının yaptığı postmortem 137 intihar vakasının incelendiği bir çalışmada da erkeklerin kadınlara oranı 2.8:1 olarak bulunmuştur (54). Tüm dünyada 15- 44 yaş arasındaki başlıca ölüm nedenlerine cinsiyet farklılıkları bağlamında bakıldığında ise; ölüm nedenleri arasında intiharın, kadınlarda %7,1'lik oranla ikinci; erkeklerde ise%6,6'lık bir oranla dördüncü sırada olduğu gözlemlenmiştir(55). Alkol erkeklerde kadınlardan iki kat daha fazla görülmektedir. Ateşli silahla intihar edenlerde de kanda alkol pozitif olma olasılığı 4,9 kat daha fazladır(56)(57)(58)

2.5.3. Mevsim-Ay

Literatürde intihar girişimi ve mevsimsel değişim arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Fakat yapılan çalışmalara göre intihar girişimlerinin çoğunlukla ilkbahar ve yaz aylarında görüldüğü tespit edilmiştir (59). Kadında ve erkekte mayıs-haziran aylarında intiharların sık olduğu, kadınlarda bu aylara ek olarak ekim ayında da intihar sayısında artma olduğu bildirilmiştir(60). Avusturya’da yapılan epidemiyolojik çalışmada, kadın ve erkekler arasındaki intiharların mevsimsel eğilimi taşıdığı, her ikisinde de mayıs ayında tepe noktasına ulaştığı, şubat ayında ise düşüş gösterdiği saptanmıştır (61).

2.5.4. Irk

İntihar oranları cinsiyetten ırka kadar değişen geniş bir alanla ilişkilendirilebilirse de (62), cinsiyet ve eğitim farklılıkları açısından incelenmeye çalışılmıştır. Bir takım çalışmalarda intihar oranlarında ırksal farklılıklara rastlanmıştır. Doshi ve arkadaşlarının çalışmalarında beyaz erkek ve kadınlardaki intihar etme oranı siyah erkek ve kadınlardakinden iki kat daha fazla olduğu göstermektedir(53). Garrison ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada intihar girişimi beyaz adolesan kızlarda siyah adolesan genç kızlardan daha yüksek bulunmuştur. Siyah kızlar arasında medikal tedavi gerekliliği daha yüksektir(63). ABD’de; Afroamerikanlar ülkedeki diğer gruplara göre daha düşük risk altındadırlar (64).

Japonlarda ise intihar izin verilen bir davranıştır. Ailesel anlaşmazlıklar da Doğu toplumlarında intihar nedenidir. Yerli Amerikalılar da ve İspanyol kökenli olmayan beyazlarda intihar hızı – 100 000’de 13,6 ve 12, 1 oranlarıyla oldukça yüksektir. Başka ırklarda yaşla düzeltilmiş intihar hızı 100 000’de 6 dolaylarındadır. Göç edenlerde intihar hızı göç ettiği ülke neresiyse oraya benzemektedir(65)(47).

2.5.5. Din

İslam dinine göre intihar yasaktır. Fakat buna rağmen Müslümanlar arasında da intihar edenler bulunmaktadır. Kişilerin dindarlık düzeyleri farklıdır ve intiharı engellemede dindarlık seviyesi önemlidir. Musevi-Hıristiyanlık geleneğinin intihara

bakışı ele alındığında ne eski ne de yeni Ahit'te insanın kendini öldürmesine yönelik doğrudan bir yasak yoktur. Shneidman'a göre Hıristiyanlık geleneğinde intiharı yasaklama, dini olmayan sebepler yüzünden ortaya çıkmıştır. İlk Hıristiyanlar arasında şehitlik mertebesine ulaşarak cennete gidebilmek için kendini öldürmelerin yaygınlaşması, kilise ileri gelenlerini korkutmuş ve onları bu konuda bir yasaklama getirmek zorunda bırakmıştır. Tevrat'taki on emirden altıncısı "Öldürmeyin" diyerek öldürmemeyi emretmektedir. Aziz Thomas Aquinas altıncı emre dayanarak, kişinin kendini öldürmesinin Tanrı'ya karşı geliş olduğunu ileri sürmüştür(21). Bütün tek Tanrı'lı dinler insanın kendisini öldürmemesi gerektiği yönünde birbirine benzer görüşler ileri sürseler de, intihara karşı en kuvvetli ve direk yasaklamayı İslamiyet'te görmekteyiz.

İntihar, Hıristiyanlıktan farklı olarak Kur'an-ı Kerim tarafından doğrudan doğruya yasaklanmıştır. Kişilerin içinde yetiştiği toplumun dini görüşleri intiharın görülme sıklığını etkilemektedir. Bir çalışmada Levav ve Aisenberg İsrail'de doğup büyüyen Yahudiler, İsraili Araplar, Avrupa ülkelerinden göç eden Yahudiler ve Müslüman ülkelerden İsrail'e göç eden Yahudiler arasındaki intihar olaylarını karşılaştırmıştır. Burada Müslüman ülkelerden göç eden Yahudilerin daha düşük intihar oranına sahip oldukları bulunmuştur(66).

2.5.6. Eğitim

Eğitim en önemli sosyoekonomik düzey göstergelerindedir.(67)Düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, az gelir ve yoksul yaşam risk faktörleridir (64). Eğitim açısından yaklaşıldığında intihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik duygusu, umutsuzluk ve gerginlik sebebiyle, düşünme yeteneklerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda da mevcut çıkış yollarını, alternatifleri yararsız düşündükleri hesaba katıldığında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir(55).

İntihar ve intihara teşebbüs edenlerin eğitim durumları yükseldikçe sebeplerinde değiştiği ve arkadaşları intihar girişiminde bulunanların %93'ünün

eğitim seviyelerinin lise ve daha da altında olduğunu, 4–8–12 yıllık eğitimler arası anlamlı bir farklılıkların bulunmadığını belirtilmektedir (68).

Çalışmalar, işsizliğin ve intiharın birbiriyle alakalı olduğunu, intiharların düşük sosyoekonomik durumu olanlarda daha yaygın olabileceğini desteklemektedir(67). Avrupa’da intihar girişimleri genellikle eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların%12’si, erkeklerin ise %20’si işsizdir(69). Türkiye’de intihar girişimlerinin ev hanımı, ğrenci gibi ekonomik olarak bağımlı olan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir(70). Kişilerin intihar ihtimalini sosyal statüsünün yükselmesi ve düşmesi etkilemektedir. Genel olarak düşük sosyal sınıftan olmak riski arttırdığı bildirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunanların yarısından fazlası alt sosyal sınıftan gelmekte olmasına rağmen, kadınların %5’i, erkeklerin %10’u st sosyal sınıftan gelmektedir(71).

TİİK 2015 verilerinde, ülkemizde intihar edenlerin %23,7’sinin ilkokul, %21,4’ünün ilköğretim, %20,9’nun lise ve %11,7’sinin ise yüksek ğretim mezunu olduğu belirtilmiştir (9).

2.5.7 Meslek

İşsizlerde intihar etme oranı, işi olan gruba göre daha yüksektir. Ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intihar artmaktadır, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında azalmaktadır(28). İntihar için risk grubundaki meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlardan psikiyatristler başta gelmekte, onları göz doktorları ve anesteziistler izlemektedir. Tarihe baktığımızda, öz-kıyım ya da öldürmek amaçlı zehir kullanımına devlet adamları, sanatçılar ve bilim adamlarında rastlanmaktadır(72)(73).

İşsizlik intihar riskini arttırmaktadır. Durkheim çalışmanın, enerjiyi belli bir alana yönlendirmenin intihar riskini azalttığını belirtmektedir. Kişilerarası ilişkilerin az olduğu meslek gruplarında intihar riski düşük, ilişkilerin çok olduğu gruplarda intihar riski yüksektir. Londra’ da ki çalışmada işsizlerdeki intihar oranı genel

toplumun üç kat daha fazla olarak bulunmuştur. Ankara' da ki intihar girişimi ile ilgili yapılan bir çalışmada öğrencilerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Emekli olanlarda da ihtimal artmaktadır(74). Burns ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar vakalarının 29 tanesi (%48,3) işsizdir. Bunların 25 tanesi erkek ve 4 tanesi kadın olarak bulunmuştur(75). Cheng ve arkadaşları 1985-2000 yılları arasındaki intihar oranı ile işsizlik karşılıklı olarak birbirleriyle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir(76).

2.5.8 Medeni Durum

Ebeveynlerin davranışlarının, çocuktaki mizaç, karakter, psikopatoloji ve uyumluluk, uyumsuzluk davranışları arasındaki ilişkide direk rol oynadığı bilinmektedir (77) (78). Annelerle ilişkilerdeki sorunlar (annenin negatif etkileri), annelerin psikiyatrik sorun yaşamaları, babalarla karşılaştırıldığında, çocukların mizaç özelliklerini daha çok olumsuz etkilemektedir (78) (79).

Yapılan bazı çalışmalar ailede babanın yokluğu veya ebeveynlerin ayrı olması, ebeveynlerden birinin eksikliği adölesanlarda intihar girişiminde artış olduğunu göstermiştir (63). Boşanmış ya da ayrı yaşayan ana-babaların çocuklarında evliliklerdeki uyuşmazlıklar, annenin eğitim düzeyi düşükse veya yaşı gençse ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmaktadır (64). Kısaca tek ebeveynli aile çocuklarında intihar daha sık görülür (65).

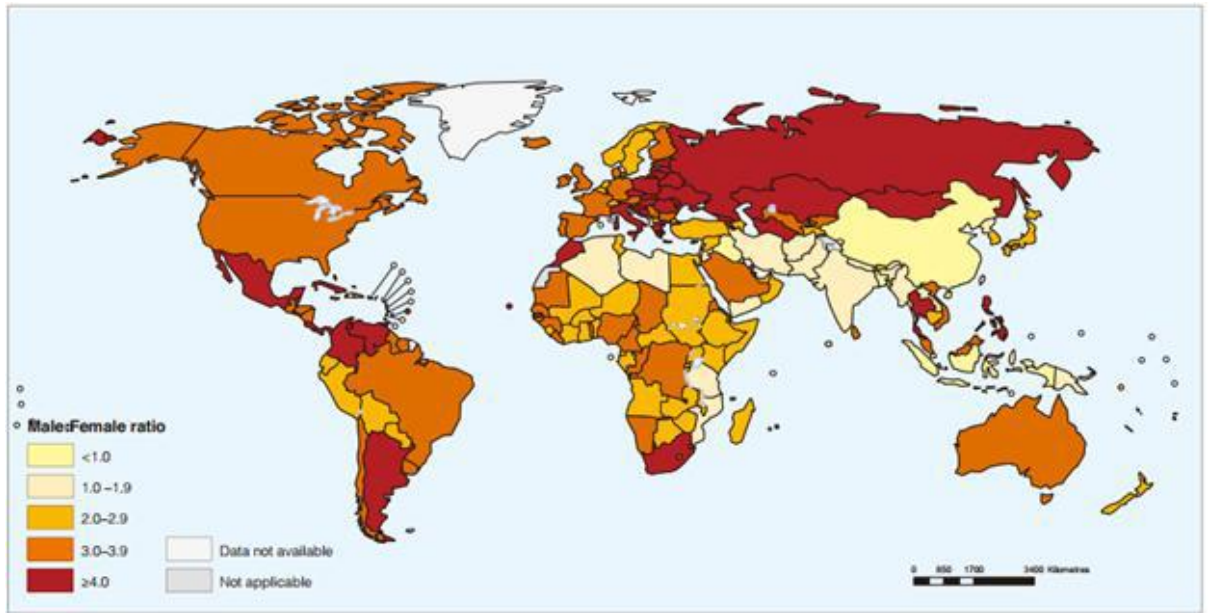
Deveci ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada intihar girişimi ile başvuranların %18,4'ünde ailede psikiyatrik problem, %8,8'inde ailede intihar girişimi,%15,8'inde çevresinde intihar girişimi olduğunu saptamıştır (80). Depresyonlu hastaların ailelerinde de önceden intihar girişiminin bulunma sıklığı intihar girişimi bulunmayan kişilere göre daha çoktur. Yapılan çalışmalar psikiyatrik hastalığı olanlarda ailelerinde intihar öyküsü varsa intihar davranış riskinin arttığını göstermektedir(81).

ABD'de evlilerde intihar oranı 11/100000, evlenmemiş kişilerde oran bunun neredeyse iki katı kadardır. Erkek olmak burada oranları yükseltmektedir. Boşanmış erkeklerde oran 69/100000,boşanmış kadınlarda daha düşüktür 18/100000'dir.

Avrupa’da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekâr, dul veya yalnız yaşamaktadır (71). Yapılan bir çalışmada boşanmış yada ayrı yaşayanlarda risk olmayanlara göre 11 kat fazla bulunmuştur (64).Boşanma oranlarının ülkemizin doğusunda batısına göre daha az görülmektedir. Ülkemizdeki en yüksek intihar oranları yine Ege bölgesinde görülmektedir (82).

2.5.9. Coğrafi Etkenler

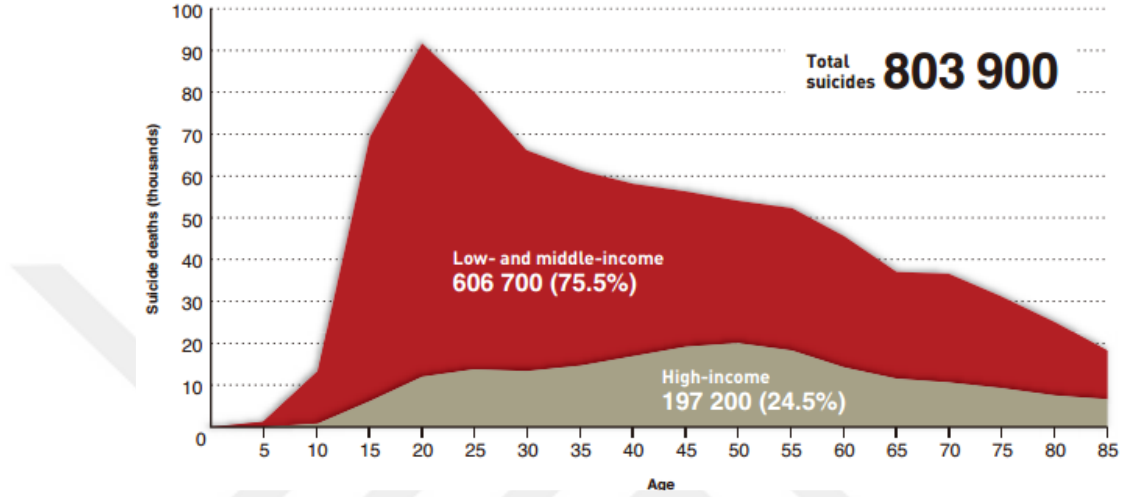
Türkiye’de de intihar sonucu oluşan ölümlerin coğrafi bölgeler arası farklılıklar gösterdiği bilinmektedir (67). Alptekin’in de(83) belirttiği gibi, en yüksek Ege,Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde kaydedilirken en düşük oranlar Karadeniz, Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde görülmektedir. Türkiye’nin batısından doğuya doğru gidildikçe kadın intihar hızlarının artışı görülmektedir. Güneydoğudaki bayanlarda intihar sayısı daha fazladır. Bölgedeki tamamlanmış intiharlar sınırlı sayıda da olsa intihar girişimleri üzerine yapılan araştırmalarda elde edilen sonuçlar yine kadınların ön planda olduğunu göstermektedir.(84)(85)(86) Ülkeler arasında Doğu Avrupa’da en çok Latin Amerika’da, Müslüman ülkelerinde ve birkaç Asya ülkesinde en az intihar hızı vardır (Şekil 1).



Şekil 1: Yaşa Göre Standardize Edilmiş Erkek: Kadın İntihar Oranları, 2012

2.5.10. Sosyo-ekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzeyin düşük olması intihar için bir risk faktördür. Avrupa’da intihar eden kişilerin yarıdan fazlasının sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu ifade edilmektedir (80). (Grafik 2)



Grafik 2: Ülke Gelir Düzeyine ve Yaşa Göre Tüm İntiharlar, 2012 (1).

2.5.11. Kronik veya Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

Kronik hastalıklar ve ağrı intihar davranışında önemli bir risk faktörüdür. Genel popülasyonla kıyaslandığında kronik hastalığı bulunan kişilerde intihar riski 2-3 kat daha yüksek bulunmuştur. Kanser, diyabet ve HIV/AIDS dahil olmak üzere ağrılı, fiziksel kısıtlılığa, nörogelişimsel bozukluğa ve strese neden olan tüm hastalıklar intihar riskini arttırmaktadır (1).

Depresyon, madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozuklukları intihar davranışıyla sıklıkla ilişkili psikiyatrik hastalıklardır. İntihar eden veya girişiminde bulunan insanların büyük bir çoğunluğunda psikiyatrik hastalıklar mevcuttur ve hastalık tipine göre intihar riski değişkendir. İntihar davranışı ile ilişkili en sık tespit edilen hastalıklar depresyon ve alkol kullanım bozukluklarıdır. Yaşam boyu intihar riski, tahmini olarak duygu durum bozukluğu olanlarda %4, alkol

bağımlılarında %7, bipolar hastalarında %8 ve şizofreni hastalarında %5 olarak bildirilmektedir. (1)

2.5.12. Daha Önceki İntihar Girişimleri

Psikiyatrik hastalıklar, daha önceki intihar girişimleri bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun en önemli göstergesidir(87)(88)(89). İntihar girişimlerinin, ölümle sonuçlanabilme ihtimaline karşı toplumdaki sıklığının ve yaygınlığının azaltılmasının gerekliliği açıktır. (90)Yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunmuş olan depresif hastaların yaklaşık %40'ının daha önceden girişimde bulunduğunu göstermektedir(91). Hastanın tekrar intihar girişiminde bulunma ihtimalinin en yüksek olduğu dönem ilk intihar girişiminden sonraki üç ay içindedir(51). Daha önce intihar girişiminde bulunanların sonraki girişimlerinde mortalitenin daha yüksek olduğu bulunmuştur(92)(93). Hikâyede intihar girişiminin olması intihar girişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır(90).

İntihar girişiminin tekrarlanmasında ki başlıca risk etkenleri aile içinde stresin fazla olması, remisyona girmemiş affektif bozukluğun olması, taburculuktan sonra yapılması planlanan aile terapisine devam edilmemesi, tedavide trisiklik ve SSRI antidepressanların kullanılması olarak belirtilmektedir(94)(95).

Daha önceki intihar girişimlerinin tamamlanmış olsun, olmasın tekrarı için risk etkeni olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ının girişimlerini yinelediği ve %12-25'inin ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirdikleri görülmektedirler (69)(96)(97). İntihar girişiminde bulunanların %32-60'ının son 2 ay içinde daimi hekimlerine müracaat ettikleri görülüyor ki yaklaşık %50'sinin de 1 hafta içerisinde bir hekime gittiği gösterilmiştir. Çoğu son reçete verilen ilaçların aşırı dozda alımı ile ölmektedir(98)(99). Son 12 ayda intihar girişimini yineleyenler çoğunlukla bekâr, işsiz, alkol bağımlısı ve psikiyatrik problemleri olanlardır(100).

Tekrarlanan intihar girişiminde rol oynayabilecek kültürel ve diğer etkenlerin de incelenmesi amaçlanmıştır(101). Akıcı yatkınlık kuramı (fluid vulnerability theory) bazı bireylerin neden bir kez intihar girişiminde bulunduğunu, bazılarının da

birden fazla intihar girişiminde bulunduğunu açıklamaktadır. Bu kurama göre tekrarlayan intihar girişiminde bulunan kişilerin başlangıçta intihar girişimi riskinin yüksek olduğu, sonraki girişimleri açısından yatkınlık taşıdığı ve yaşam stresörleri ile intihar girişiminin kolayca tetiklenebildiği öne sürülmektedir(102). Tekrarlayan intihar girişimleri mortalite ve morbiditeyi artırması açısından çok önemli bir sağlık sorunudur. İntihar davranışı gösteren ergenlerin yaklaşık olarak yüzde 10'u, iki sene içerisinde ikinci kez veya daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır.(57)(103)

2.5.13. Kullanılan İntihar Yöntemi ve Ciddiyeti

Sıralaması ülkelere göre değişse de, ilk üç sıradaki intihar yöntemleri, kimyasal madde (analjezikler, antibiyotikler, antidepresanlar, antihistaminikler ve koroziv etkili ilaçlar) olarak kendini zehirlenme yani intoksikasyonla, ası ve kendini ateşli silahla vurma olarak belirtilmiştir (45). Girişim yönteminin vücuda verdiği hasar arttıkça girişimin ciddiyeti de artmaktadır. Seppuku yani harakiri ortaçağ Japonya'sına ait bir yöntemdir. Şiddet içeren kılıçla yâda bıçakla yapılan savaşçıların yöntemidir.

İntihar girişimleri şiddet içeren ve içermeyen olarak iki gruba ayrılmıştır. Şiddet içerenler arasında ası, yüksekten atlama, kendini yakma, arabayla uçmak, kesici alet ve ateşli silah kullanımı; şiddet içermeyen yöntemlerden de; ilaç-kimyasal içme ve gazla yapılan girişimlerdir. Yöntem seçiminin incelendiği iki çalışmada, şiddet içeren girişimde bulunanların yaş ortalamalarının daha büyük olduğu ve erkeklerin çoğunlukta olduğu sonucuna varılmıştır (104). Aile öyküsünde intihar olanların girişimi şiddetle ilişkilidir(105). Çetin ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları on yıllık bir periyodu inceledikleri çalışmada İstanbul'daki Boğaz Köprüsünden atlama yoluyla intihar eden 65 vaka incelemişlerdir. Bu vakaların 61 tanesi erkek, 4 tanesi ise kadındır. Avusturya'dayapılan 30 yıllık bir çalışmada intihar yöntemlerinin her iki cinste de %44,8 ile ası ilk sıradadır (106).

Burns ve arkadaşlarının Kuzey İrlanda'da ki çalışmalarında da her iki cinste en sık kullanılan yöntemin ası olduğu, en sık 20-29 yaş grubunda olduğu gösterilmiştir(107). Türkiye'de de her iki cinsiyette, tamamlanmış intiharların neredeyse yarıya yakın bir kısmı kendini asma yoluyla gerçekleştirilmektedir. Daha

sonra İkinci sırada kadınlarda kimyasal madde; erkeklerde ateşli silah kullanarak intihar gelmektedir. Üçüncü sıradaki yöntem kadınlarda yüksekten atlama, erkeklerde ise kimyevi maddeyle olmaktadır (14).

Litvanya’da 1993-2002 yıllarını kapsayan çalışmada ası yöntemi yine her iki cinste kullanılan en yaygın yöntem olarak bulunmuştur. Asıdan sonraki en yaygın ikinci intihar metodu ise erkeklerde ateşli silah ve patlayıcılar, kadınlarda ise zehirlenmedir. Almanya, İsrail, Slovenya, Macaristan ve Estonya gibi ülkelerde de en sık görülen intihar yöntemi asıdır. Genelde bu ülkelerdeki ası oranı Litvanya’dan daha düşük olarak rapor edilmiştir. Bazı ülkelerde de yüksekten atlama yaygındır. Singapur’da %70 ile intihar için en yaygın metot yüksekten atlamadır (108).

Tayland’daki çalışmada tüm yaş gruplarında her iki cinste de en yaygın kullanılan yöntem ası olarak tespit edilmiştir(50). İntiharla kuvvetle ilişkili olan faktörler; arasında erkek olmak, depresyonda olmak, alkol veya ilaçla ilişkili problemi bulunmak, toplumdaki izole olmak, ciddi fiziksel rahatsızlığı mevcut olmak, boşanmış veya ayrı yaşıyor olmak, yakın zamanda işini kaybetmiş olmak, hapisshanede olmak gibi daha çok özellik sayılabilir (49).

Kadınlara genellikle kas gücü gerektiren yöntemleri yani şiddet içerenleri tercih etmemektedir. Seçtikleri yöntemler daha az öldürücüdür. Erkekler daha aktif metotları tercih ederler. Amaçlarına daha çabuk ulaşmaktadırlar. Bu tercihleri yaparken bile seçim sebepleri toplumsal etkilerden dolayıdır. Maddeyi kötüye kullanmak, depresif bozukluklar, fobiler, adolesan öncesi evrede, davranışsal yâda duygusal bozukluklar geçirme ile intihar risklerinin arttırmaktadır(105).

Yöntemleri belirleyen etkenlerden biri de kültürdür. Evrensel olarak yüksekten atlayarak ölmek ilk ve en doğal yöntem olmuştur. Asılmak, boğulmak, atlamak eski yöntemlerdendir. Teknoloji bunlara engel olamamış yalnızca azalmasına neden olmuştur. Yerini yeni yöntemler almıştır. 18.yüzyılda ateşli silahlar,19.yüzyılda evlerdeki mevcut gazlar, 20.yüzyılda uyku ilaçları teknoloji sayesinde yerini almıştır. Yüzyılın özellikle son yarısının da ortaya çıkan gelişmeler, faydalı olmasına karşın; zararlı olabilen çok sayıda ilacı tıbbın hizmetine sunmuştur.

Endüstrileşme ve ilerleyen teknoloji ile birlikte insan hayatına giren binlerce kimyasal madde ve ilaç, bunların kullanıldığı terör olayları nedeniyle, zehirlenmeler etkin koruma ve tedavi gerektiren acil durumlar olarak önem kazanmaktadır(109)(110)(111).

2.5.14. Türkiye ve Dünya’da intihar olgusu

Birçok ülke çeşitli ölüm istatistikleri oluşturmakta ve bunları rapor etmektedir ve DSÖ katılımda bulunan bu ülkelerden bu verileri toplamakta ve düzenli raporlar şeklinde yayınlamaktadır.

İntihar, DSÖ’nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biridir (3). Her 40 saniyede bir kişi intihar etmekte ve ABD’de bu sayı yılda 800 bin kişiye denk gelmektedir. İntihar çoğu ülkede tabu olarak görüldüğü için muhtemelen sayılar rapordakinden daha yüksektir.

Küresel çapta intihar oranı 100 bin kişi başına 11.4 iken, erkeklerin intihar etme olasılığı kadınlarınkinden iki kat fazla ve bazı birinci dünya ülkelerinde erkeklerin intihar etme ihtimali kadınlarınkinden üç kat fazladır. (10)

Genelde birinci dünya ülkelerinde intihar oranı 100 bin kişi başına 12.7 iken ikinci ve üçüncü dünya ülkelerinde ise bu oran 11.2 dir.(10)

İntihara en meyilli ülkelerin başında (100 bin kişi başına) Litvanya (31.6), Güney Kore (31.2), Guyana (26.4), Kazakistan (25.6) ve Beyaz Rusya (25.3) gelmektedir. Rapor ayrıca 70 yaş ve üstü insanların intihara daha meyilli olduğunu, ancak 15-29 yaş grubunun da bazı ülkelerde intihara çok yatkın olduğunu ortaya koymuştur. (10)

Toplumun sosyal ve ekonomik yapısının göstergelerinden biri olan intihar istatistiklerinde, ülke düzeyinde intihar edenlerin; sayısı nedeni ve şeklinin bilinmesinin önemli bir yeri bulunmaktadır (9). Ülkemizde intihar olayları ile ilgili resmi veriler, TÜİK tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. İntiharlar, ölüm istatistikleri içerisinde, ölüm nedenleri arasında 1931 yılından itibaren sadece il

merkezlerinden derlenmekte iken, 1959 yılından itibaren ise tüm il ve ilçe merkezleri kapsam içerisine alınarak yayınlanmaktadır. (Tablo 1) Bu istatistiklerden bağımsız olarak, adli kaynaklara dayanılarak elde edilen intihar olayları ise 1963 yılından itibaren adalet istatistikleri yıllığı içerisinde kısa bilgiler şeklinde yayınlanmaya başlanmıştır. İntihar ile ilgili resmi veriler ise 1974 yılından itibaren TÜİK tarafından “ İntihar İstatistikleri” adıyla yayınlanmaktaydı. (9) 2015 verilerinden itibaren genel ölüm istatistiklerine alınmıştır.

İntihar hızı ülkeden ülkeye, kültürden kültüre büyük ölçüde değişkenlik gösterir. DSÖ nün 2011 yılında açıkladığı 107 ülkenin yer aldığı çalışmada ülke başına 100.000 kişi başına düşen yıllık intihar etme oranlarına bakıldığında Türkiye 79. Sırada yer almaktadır. (10)

Ölümlle sonuçlanan intihar sayısı revize edilen 2013 yılı verisine göre 3 bin 252 iken 2014 yılında 3 bin 65 olmuştur. İntihar edenlerin %74,3’ünü erkekler, %25,7’sini kadınlar oluşturmaktadır.

	Toplam	Asarak	Kimyevi madde kullanarak	Yüksekten atlayarak	Suya atlayarak	Ateşli silah kullanarak
Toplam	2792 (%100)	1528 (%54,8)	204 (%7,3)	300 (%10,7)	67 (%2,4)	693 (%24,8)
Erkek	1985 (%100)	1080 (%54,4)	103 (%5,2)	177 (%8,9)	51 (%2,6)	574 (%28,9)
Kadın	807 (%100)	448 (%55,6)	101 (%12,5)	123 (%15,2)	16 (%2)	119 (%14,7)

Tablo 1:Şekline Göre İntiharlar; TÜİK 2010

Kaba intihar hızı yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısı olup, 2013 yılında yüz binde 4,27 iken 2014 yılında yüz binde 3,97 olmuştur. (Tablo 3) Kaba intihar hızı illere göre incelendiğinde, 2015 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 9,17 ile Kars olurken ikinci sırada yüz binde 8,0 ile Ardahan olmuştur. Kaba intihar hızının en düşük olduğu iller ise yüz binde 1,1 ile Çankırı, yüz binde 1,2 ile Rize ve yüz binde 1,54 ile Kilis olmuştur. (Tablo 2) İlimizin intihar sayıları da tablo 4'te gösterilmiştir.

EN YÜKSEK İLLER	KABA İNTİHAR HIZI	EN DÜŞÜK İLLER	KABA İNTİHAR HIZI (Yüz Binde)
Kars	9,17	Çankırı	1,10
Ardahan	8,00	Rize	1,21
Karaman	7,05	Kilis	1,54
Tunceli	6,95	Gümüşhane	2,01
Eskişehir	6,59	Iğdır	2,08

Tablo 2:Kaba İntihar Hızının En Yüksek ve En Düşük Olduğu İlk 5 İl, TÜİK 2015 (yüz binde)

Yaşa özel intihar hızları incelendiğinde, 2014 yılında yüz binde 8,07 ile 80-84 yaş grubunda görüldü. En düşük intihar hızı 2014 yılı için yüz binde 1,17 olarak 15 yaş altında gerçekleşmiştir. En yüksek yaşa özel intihar hızı 2014 yılında erkeklerde yüz binde 15,08 ile 80-84 yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 4,30 ile 15-19 yaş grubunda olduğu görülmüştür. (10)

İntihar sayıları yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, 2014 yılında yaş grupları arasındaki cinsiyet farklılığının belirgin olduğu ve erkek intiharlarının 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında kadın intiharlarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24, en az olduğu yaş grubunun ise 15 yaş altı ile 85 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür. (10)

KABA İNTİHAR HIZI		
YIL	İNTİHAR SAYISI	KABA İNTİHAR
2005	2703	3,95
2006	2829	4,08
2007	2793	3,98
2008	2816	3,96
2009	2898	4,02
2010	2933	4,01
2011	2677	3,61
2012	3287	4,37
2013	3252	4,27
2014	3065	3,97

Tablo 3:Yıllara göre kaba intihar hızı

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Erkek	15	13	10	13	16	15	13	14	13	12	18	21	13	14	12
Kadın	6	17	10	3	3	5	5	2	4	8	9	4	12	4	3
Toplam	21	30	20	16	19	20	18	16	17	20	27	25	25	18	15

Tablo 4:İsparta ilinde İntihar Sayıları

İntihar eden kişilerin 2014 yılında %24,9'u ilköğretim mezunuyken bunu %22,5 ile ilkokul, %19,9 ile lise ve dengi okul ve %10,6 ile okuryazar olup bir okul bitirmeyenler takip etmiştir (48).

2.5.15. İntiharda Toksikoloji

İntihar amaçlı en yaygın yöntem ilaç alımıdır. Zehir terimi ilk defa İngiliz literatüründe milattan sonra 1230 yıllarında içeriği ölümcül olabilen ilaçları ve ilaç dozlarını tanımlamak için kullanılmıştır(112). Paracelsus'un dediği gibi "her madde

zehir özelliği gösterebilir ancak ilaç ile zehri birbirinden ayıran dozudur” tanımı birçok maddenin zehirsel özellik taşıyabileceği anlaşılmaktadır. Bildiğiniz gibi ilaç iyileştirme, zehir ise öldürme amacıyla kullanılır. Tedavi için önerilen dozun fazlası alınır, o zaman ilaç zehir olarak kullanılmış olacaktır.(113)

Son yüzyılda endüstrideki gelişmeyle birlikte kimyasal maddelerin yaygınlaşması; bunların da kolayca elde edilebilmesi ya da hızlı ve ani ölüm meydana getirmeleri sonucu zehirle intihar sayısında önemli artışlar meydana gelmiştir. Acil tıp servislerinin kurulması; buraya başvuran zehirlenme vakalarının istatistiksel dokümantasyonu yapıldıkça toksikolojinin önemi daha da anlaşılmıştır.

İlaç intoksikasyonu acil servislere başvuru nedenlerinden birisidir. İlaç intoksikasyonları çocuklarda sıklıkla kazara alım sonucu, erişkinlerde ise sıklıkla intihar amaçlı meydana gelmektedir. Ülkemizde, acil servislerin sık karşılaştığı sorunlardan biri olmasına karşılık güvenilir morbidite ve mortalite istatistiklerine ulaşmak oldukça güçtür(114).

Toksikoloji sanayi, ekonomik ve adli toksikoloji olarak üç ana alt dala ayrılır. Sanayi toksikolojisi, hava ve sudaki kimyevi kirleticilerin zararlı etkilerini inceler, çalışma ve ev ortamında mevcut olanları da konu alır. Ekonomik toksikoloji ise ilaçlarda, yiyeceklere ilave edilen maddelerde, kozmetik, gübre ve veteriner ilaçlarındaki kimyevi maddeleri inceler. Adli toksikoloji ise özellikle ölüm veya ciddi yaralanmayla sonuçlanan vakaların tıbbi yönünü araştırır.(113)

İlaç iyileştirme, zehir ise öldürme amacıyla kullanılır. Ama tedavi için önerilen dozdan daha fazlası alınır, o ilaç zehir olarak kullanılmış olacaktır. İntihar, zehirlenme sonucu ölümlerin en sık görülen şeklidir. İntiharlardan çok, reçete ile alınmış ilaçlar karşımıza çıkmaktadır. Siyanür, arsenik ve diğer toksik maddelere sık, rastlanmasa da intihar amacı ile kullanılabilir. Psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olan kişiler, bu hastalıklarının semptomlarıyla mücadele etmek için kendilerine verilen ve fazla miktarda alındığında öldürücü olabilen ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmektedirler (115).

Avustralya'da tüm çabalara rağmen ilaçların toksik dozda kullanımını önemli bir sorundur (116). İlaçların tıbbi endikasyon dışında ya da bulunduğu toplumun kültürel ve sosyal yapısına uymayacak şekilde kullanılması "ilaç suistimali olarak" tanımlanır. Böylece bütün ilaçların (ağrı kesiciler, antibiyotikler, vitaminler gibi) suistimali mümkündür. İlaçlardan sonra keyif verici maddeler, ev kaynaklı, endüstriyel ve tarımsal kaynaklı toksik maddelerle de zehirlenme olmaktadır (112). Asitçe, havagazı, çamaşır suyu, karbonmonoksit, antifriz vb. madde ve yöntemler de kullanılabilir.

Kişi, ölümün ağrısız olacağını düşünerek kolay temin edebileceği maddeleri tercih eder. Kişilerin yaşadıkları çevrede en kolay ulaşılabildikleri maddeleri intihar amaçlı kullandıkları da bir gerçektir. Şehirlerde ilaçlar, kırsal kesimde ise zirai mücadele ilaçları daha kolay temin edilirler.

Gelişmiş ülkelerde intihar amaçlı ilaç alımı yaygınken diğer ülkelerde kaza ile oluşan zehirlenmeler daha sıktır. Böcek ilaçları ve organofosfatlar gelişmekte olan ülkelerde sorun haline gelmektedir(117)(118). İngiltere'de en sık intihar parasetamolle olurken, Finlandiya'da alkol ve psikiyatrik ilaçlar öne çıkmaktadır (115).

2.6. Etyoloji

2.6.1. Biyolojik faktörler

İntiharın etiolojisinde, biyolojik açıdan genetik faktörler, endokrinolojik etkenler, nörokimyasal bulgular, EEG bulguları, nörotransmitterler, beyin biyokimyası, vb. birçok neden öne sürülmüştür.

Araştırma sonuçları intihar davranışı üzerinde genetik faktörlerin rolünün, diğer ruhsal hastalıklar ve psikolojik stres faktörlerinden ayrı olarak %30-50 oranında olduğunu göstermektedir(119)(120). Bazı kişilerin yapısal olarak intihar davranışına daha yatkın olduğu ve bu yapısal yatkınlığın kalıtsal kişilik özellikleriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir(121).

Psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, intihar davranışında da ailesel yatkınlık söz konusudur. İkiz ve evlatlık çalışmalarından; moleküler genetik çalışmalarından elde edilen güçlü veriler vardır. Bu çalışmalarda mono zigot ikizlerde intihar ve intihar girişimi konkordansının diğerlerine göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur(119)(122). Tek yumurta ikizlerindeki intihar artışı, yaklaşık 11 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran iki kat daha fazladır(103).

Hipotalamus- Hipofiz adrenal (HAA) aks gerçək beklenen ve algılanan zarara fizyolojik cevabı düzenleyen sistemdir. Akut strese HAA aksı aktive olur. Glukokortikoid seviyelerini yükselir. Serotonin fonksiyonu da intiharla alakalıdır. Düşük serotonin aktivitesi hem intihar için hem de impulsif agresyon için bir eğilim oluşturmaktadır(122)(123). Serotonerjik sistemle Hipotalamus-Hipofiz adrenal aksı arasında ters ilişki vardır. Serotonerjik yolların aktivasyonu kortizolu yükseltir. Tersine serotonin reseptörleri glukokortikoidlerce inhibe edilir. Duval ve arkadaşları 2001 yılında serotonin geri alım inhibitörü olan d-fenfluramin'in intihardaki etkisini ait bazı sonuçlar elde ettikleri bilinmektedir(100). İntihar girişiminde bulunanların beyinlerinde serotonerjik ve değişmiş noradrenerjik fonksiyonlar mevcuttur. Bunlara ek olarak serotonin ve miktarında azalma tespit edilmiştir. Serotoninin impulsif hareketin inhibisyonunda etkili olduğuna dair kanıtlar vardır(100). Bunların yanında stres, üzüntü, psikoaktif madde kullanımı, kolesterol gibi intiharla ilişkili tüm çevresel faktörlerle serotonin etkileşebilir(124). Prolaktinin azalmış cevabı da intiharla alakalıdır. Son çalışmalarda intihar girişimi olan psikiyatrik hastalarda serum kolesterol düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir(125).

1972'de, Struve intihar düşüncesi olanlarda diğer hastalara göre iki kat daha fazla EEG'de paroksizmal ritim bozukluğu olduğunu bildirmiştir. EEG'deki bozukluğunun yalnızca intiharla ilgili olmadığını, saldırgan ve yıkıcı davranışla da birlikte olduğunu öne süren çalışmalarda yapılmıştır(40).

Son zamanlarda hastaların tam kan sayımı parametreleri ve platelet-lenfosit, nötrofil-lenfosit, monosit lenfosit oranları sistemik hastalıklarda, psikiyatrik hastalıklarda araştırılmaya başlanmıştır. İzmir'de bir merkezde Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NLR'nin remisyondakilere göre arttığı görülmüştür.

Konya’da Kayhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada NLR ve PLR nin major depresyondaki hastalarda daha yüksek saptandığı görülmüştür.

2.6.2. Psikolojik Faktörler

Erişkinlerle yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda da erişkin dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların birçoğunun erişkin dönemden önce başladığı gösterilmektedir.

Psikososyal açıdan intihara ilişkin çok sayıda yaklaşım biçimi vardır. İntihar eden yada girişiminde bulunan kişilerin %94’ünde en az bir ruhsal hastalık bildirilmektedir(126). Psikiyatrik hastalık ve madde kullanımı da araştırılmalıdır(47). Kronik Sağlık problemi olanlarda ciddi öz-kıyım riski taşıdıkları bulunmuştur. Bunlar arasında en çok intihar riskini taşıyanların malign neoplazmalarda olduğu kanıtlanmıştır (127).

Epilepsi hastalarında da intihar oranı diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında 5-7 kat daha yüksektir. Bunun dışında hipotiroidizm, hepatik ensefalopati, adrenal hipoaktivite gibi hastalıklarda bireyin ruhsal durumunu etkilediğinden suicide zemin hazırlamaktadır(128). Bulimia nervozalı adolesanlarda, kötü aile tecrübeleri; multipl faktörler, intihar riskini arttırmıştır (129).

Deveci ve arkadaşları psoriasis’li hastalarda yaptıkları bir çalışmada intihar etme olasılığını yüksek olduğunu belirtmişlerdir(80). Yeterli tedavi almayan psikiyatrik problemliler hastalığının iyileşmemesine, kronikleşmesine, komplike olmasına yol açarak intihar riskini arttırabilir (130).

Dürtüsel davranış eğilimi intihara yatkınlıkta ortak özellik olarak belirtilmektedir (131)(132)İntihar girişiminde bulunanların kişilik özelliklerini araştıran çalışmalarda kişilerin olgunlaşmamış, ben merkezci, bencil, bağımlılık gereksinimleri çok fazla ve dürtü kontrolleri zayıf olduğu bulunmuştur(133)(134).

Unipolar yada majör depresyonda yaşam boyu %10-15 ihtimalle intihar gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Tedavi edilmeyenlerde bu ihtimal daha da yüksektir.

Tel ve Uzun'un çalışmalarında intihar girişiminde bulunan kişilerin sorunlarla başa çıkmada, duygusal baş etmeyi yansıtan çaresiz zor yaklaşımı daha fazla kullandıklarını saptamıştır(135).

İntiharı gerçekleştirenlerde genellikle alkol ve madde kötüye kullanımı, birden çok fiziksel hastalık ve çeşitli kişilik bozuklukları gibi başka tanılara da sahip oldukları belirlenmiştir(136). Depresif bozukluk en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıktır. Hagnel ve Rorsman'ın yapmış olduğu çalışmada psikiyatrik rahatsızlığı olmayan popülasyonda intihar oranı 100.000'de 8,3 iken, depresif bozukluklarda bu oran 100.000'de 83 olarak bulunmuştur. Depresif bozukluklu erkeklerde ise bu oran 100.000'de 650'lere kadar yükselmektedir(137). Freud, yasta gerçek bir nesne kaybı olduğunu, depresyonda ise gerçekte ya da hayali bir nesne kaybı olduğunu vurgulamıştır(138).

Ateşçi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada intihar girişiminde bulunanların%46,7 sinin psikiyatrik değerlendirilmelerinde depresif bozukluk tanısı almıştır. Bunları da psikotik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları takip etmiştir(139). Sağınç ve arkadaşlarının çalışmalarında da depresyon %48,1 olarak bulunmuştur(17). İntihar girişimlerinin birçoğunun dürtüsel olarak gerçekleştirildiği gösterilmiştir(140)(141).

İntihar edenlerin ruhsal hastalıklarına bakıldığında başta %35-80 oranında depresif bozukluklar, %10 oranında şizofreni, %5 oranında demans ya da deliryum gelmektedir. Bunların %25'inde aynı zamanda alkol bağımlılığı bulunmaktadır(28)(77). Akıl hastalığı intiharla eş değildir. İntihar girişiminde bulunanların büyük bir kısmının akıl hastalığı olsa da tersi doğrudur. Çocukluk çağı travmaları da hem psikiyatrik bir hastalığına yatkınlığı hem de stresli yaşam olaylarına yol açarak intihar etme riskini artırır. Çocukluk çağı travmaları; İntiharla ilişkili bilişsel faktörlerin oluşumuyla, kendine saygının düşük oluşuyla, kontrol kaybı duygusuyla, bağımlılık, düşük problem çözme kabiliyeti umutsuzluk gibi faktörlerle ilişkilidir (100).

Ebeveynlerden herhangi birinin ölümü, kişinin yaşı ne olursa olsun ruhsal travmaya maruz kalırken; bu kayıp, küçük çocukları daha çok etkilemektedir. Burada da yapılması gereken sosyal problemleri çözüme ulaştırmaktır(142). Çin'in Henan Bölgesinde çocuk cinsel istismarının ergen kızlar üzerindeki intiharla ilgili bir çalışma yapılmıştır. Bunun amacı da, Çin'deki çocuk cinsel istismarının sıklığı ve ruh sağlığı üzerine etkileri ve ergen kızlardaki riskli davranışların ortaya çıkarılmasıdır. 351 ortaöğretimde okuyan kız öğrenci üzerinde yapılmıştır. Bunun sonucunda %21'i bir şekilde 16 yaşından önce cinsel istismara maruz kalmıştır. Bunda %14'ünün fiziksel temasla olduğu belirtilmiştir. Bu da ailenin eğitim durumu, kardeşin bulunup bulunmaması; kırsal alan veya şehirde oturmakla ilişkili olmadığı bulunmuştur. Sonunda da, Çin'deki cinsel istismara maruz kalan ergen kızların davranış biçimlerinin başka batı ülkelerindekine benzer şekilde ortaya çıktığı bulunmuştur(143).

Antisozyal kişilik bozukluğu olanların %5'inin intihar girişiminde bulunduğu tahmin edilmektedir. Mahkûmlarda intihar oranı toplumun üç katıdır. Mahkûmların intiharlarının üçte birinden fazlası daha önce psikiyatrik tedavi görmüş kişilerdir. Bunlarında yarısının, son altı ay içinde daha önceden bir intihar tehdidi ya da girişimi bulunmaktadır(51).

Şizofrenilerde yapılan ve 1 yıldan 40 yıla kadar değişebilen zaman aralıklarını içeren izleme çalışmaları, şizofrenide tamamlanmış intihar sonuçlarını %10-13 oranında bulmuştur. Bu çalışmadaki intihar girişimlerinde bulunan hastaların oranı %40 civarında bulunmuştur. ABD'de yapılan Ulusal komorbidite çalışmasında şizofreniklerin yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunanların oranını %37 olarak bulunmuştur. Bu oran da görüldüğü gibi tek bir hastalık için yaşam boyu en yüksek intihar oranını göstermektedir. Şizofrenik hastalarda intihar etme oranları genel toplumun ortalamalarının en az 20 katı kadardır(144). Şizofreniye depresyon eklendiğinde en önemli tanınabilir intihar risk etmenidir. Şizofrenisi olan hastalardan yineleyen depresif bozukluk gelişenlerin ortalama %10' unda yaşam boyu intihar girişimi görüldüğü bildirilmiştir(144).. İntihar eden Şizofrenilerin hastaneye yattığında yüksek oranda tedaviye olumsuz ve ilgisiz yaklaşım (%81), alkolizm (%36), paranoid alt tip(%57), yakın zamanlı intihar girişimi ya da bunun dile

getirilmesi (%74), çok sayıda hastaneye yatış varlığı ve son hastanede yatış süresinin kısa süreli olması izlenmiştir(136).Mc Girr ve Turecki çalışmasında 527 tamamlanmış intiharın 43 vakada (%8.1) şizofreni ve şizoaffektif bozuklukla karşılaşmışlardır(135).Nakaya ve arkadaşları Japonya’da yaptıkları bir çalışmada ağır alkol alan, alkol almayan ve az alkol alanlar olarak 3 ayrı şekilde incelemişlerdir. Sonuç olarak da Ağır alkol alanlarda intihar riskinin anlamlı derecede arttığını göstermişlerdir(145). Roy’un yapmış olduğu bir çalışmada 280 alkoliğin 121 (%42,9) tanesinin intihar girişimi olduğu gözlenmiştir(146). Çalışmalar tüm intihar vakalarının %20-%40’ının alkolik olduğunu göstermiştir. Crombie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkolün intihara sebep olduğunu saptanmıştır (147).

Kokain bağımlılarında da intihar oranı artmıştır. ABD’de 13673 vakanın incelendiği epidemiyolojik çalışmada kokain kullananların artmış intihar girişimine sahip olduğu görülmüştür (148).

2.7. Tedavi

2.7.1 Medikal Stabilizasyon

Suisid girişimi ile başvuran hasta önce acil stabilizasyon ve tedavi gerektiren klinik durumlar açısından değerlendirilmelidir. Hastada söz konusu girişimi neden olabilecek ve ruhsal durumunu etkileyebilecek olası ilaç intoksikasyonu, travma ve diğer medikal problemler belirlenmelidir. Vital bulgular, fizik muayene ve nörolojik muayene bulguları ile organik nedenler dışlanmaya çalışılmalıdır ve hastada intoksikasyon düşünülüyorsa elektrokardiyografi, asetaminofen ve elektrolit düzeyleri bakılabilir ancak rutin olarak toksikolojik tarama testlerine gereklilik yoktur.

Hastanın bilinci açıksa kendisinden anamnez alınmalıdır ancak bu hastaların söylemleri doğru olmayabilir. Bu durumda aile bireyleri veya arkadaşlarının hasta ve olayla ilgili bilgi alınmaya çalışılmalıdır.

2.7.2. Güvenlik Önlemleri

Hasta acil serviste özel bir odaya alınmalı kendine zarar verebilecek kişisel eşyaları, elbiseleri uzaklaştırılmalı, kesici ve tehlike oluşturabilecek tıbbi malzemelerden hastadan ve tedavi odasından uzaklaştırılmalıdır. Hasta odada yalnız bırakılmamalı, hastane personeli hastanın ailesinden biri veya güvenlik personeli sürekli hastaya eşlik etmelidir. Hasta ile sakin bir ses tonu ve beden dili ile iletişim kurulmalıdır. Fiziksel ve kimyasal kısıtlama ile ilgili görüşler farklılık göstermekle birlikte klinik gereklilik durumlarında uygulanabilir

2.7.3. Psikiyatrik Muayene ve İntihar Riskinin Değerlendirilmesi

Hastanın ilk stabilizasyonunun ardından kısa bir psikiyatrik değerlendirme ve başlangıç suisid risk değerlendirmesi ile ilgili uygun tedavi psikiyatri konsültasyonu ve hospitalizasyon gerekliliği veya taburculuk kararı belirlenebilir. Suisid riskinin belirlenmesinde birçok skorlama sistemi kullanılmakla birlikte acil servis için kullanılabilirliği en uygun skala modifiye SAD PERSONS' skalasıdır. (Tablo 5) Bu skala 4 yüksek riskli 6 düşük risk oluşturan toplam 10 faktör den oluşmaktadır ve skorlama sonucunda 6 puan ve üstünde ise acil psikiyatrik değerlendirme endikasyonu bulunmaktadır. Risk değerlendirmesi için hastanın kognitif fonksiyon bozukluğuna neden olacak ilaç veya alkol gibi maddelerin etkisinde olmaması gerekmektedir. (149)

Suisid riskinin değerlendirilmesinde skorlama sistemleri dışında hastanın bireysel olarak kendi şartları içinde değerlendirilmesi de önem taşımaktadır. Suisid girişimi için seçilen yöntem presipite eden faktör bu girişimin planlanma zamanı kişinin emosyonel durumu ve evde destek ortamının olup olmaması da risk değerlendirilmesinde önem taşımaktadır.

2.7.4. Psikiyatri Konsültasyonu ve Detaylı Risk Değerlendirilmesi

İlk değerlendirme sonrasında suisid girişimi açısından riskli olan hastalar için psikiyatri konsültasyonu istenmeli detaylı risk değerlendirmesi yaparak hastanın hospitalizasyon ya da taburculuğu planlanmalıdır.(149)

2.7.4. Psikiyatri Konsültasyonu ve Detaylı Risk Değerlendirilmesi

İlk değerlendirme sonrasında suisid girişimi açısından riskli olan hastalar için psikiyatri konsültasyonu istenmeli detaylı risk değerlendirmesi yaparak hastanın hospitalizasyon ya da taburculuğu planlanmalıdır.(149)

Faktör	Puan
Cinsiyet (erkek)	1
Yaş (19> veya 45<)	1
Depresyon veya umutsuzluk	2
Daha önce suisid girişim veya psikiyatrik öykü	1
Aşırı miktarda alkol veya madde kullanımı	1
Rasyonel düşünme yetisinin kaybı	2
Ayrı yaşayan boşanmış, dul	1
Organize veya ciddi suisid girişimi	2
Sosyal desteğin olmaması	1
Suisid girişimini tekrarlama eğiliminin belirtilmesi	2

Tablo 5:Modifiye SAD PERSONS skalası

2.7.4. Psikiyatri Konsültasyonu ve Detaylı Risk Değerlendirilmesi

İlk değerlendirme sonrasında suisid girişimi açısından riskli olan hastalar için psikiyatri konsültasyonu istenmeli detaylı risk değerlendirmesi yaparak hastanın hospitalizasyon ya da taburculuğu planlanmalıdır.(149)

2.7.5. Acil Serviste İlaç Uygulaması

Acil serviste ajitasyon gösteren kooperasyonu kısıtlı ve kendine zarar verme ihtimali olan hastalarda benzodiazepinler veya kısa etkili antipsikotikler dışında suisidal düşünceleri engellemek amaçlı ilaç kullanım endikasyonu bulunmamaktadır.

Bununla birlikte son zamanlarda suisidal düşüncelerin azaltılmasında IV ketamin tedavisinin ümit verici olduğunu savunan çalışmalar bulunmaktadır.(149)

2.7.6. Taburculuk Kararı

Psikiyatrik açıdan hastaneye yatış gerekliliği bulunan ancak hospitalizasyona direnç gösteren hastalarda bu duruma neden olan faktörler araştırılmalı, hastanın ailesinden ya da yakınlarından yardım alınmalıdır. Hasta kendine uygulanacak tedaviyi, tedavi riskleri ve alternatiflerini, tedavi almadığında ortaya çıkacak sonuçları eksiksiz olarak anlıyor ve karar verme yetkisini bozan altta yatan kesin bir neden bulunmuyorsa her hasta gibi tedaviye reddedebilir ve hukuki olarak böyle bir durumdan hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmalıdır. Ancak her an kendine zarar verme riski olan bir hasta karar verme yetisinde olsa bile doktor tarafından iradesi dışında tedavi ve hospitalize edilebilir.(149)

İntihar gelişimi açısından düşük riskli kabul edilen hastalara acil servisten taburcu edilebilir. Taburculuk öncesinde hastanın intihar girişimine neden olan krizleriyle baş etme mekanizmaları ve bu sırada yardım alabileceği iletişim kurabilecek kişileri belirleyen bir güvenlik planı oluşturulmalı ve hasta intihar öncesi uyarıcı bulgular, ilaç kullanımı, intoksikasyonu neden olan maddeler, ölümcül araçlar,(silah, toksik ilaçlar vb.) konusunda bilgilendirilmelidir. Eş zamanlı olarak hastanın aile bireyleri veya yakınlarından hastanın önerilen takipleri yaptırması konusunda yardım alınmalıdır ve tekrar değerlendirmeye kadar özellikle ilk 24 saat için hasta yalnız bırakılmamalıdır.(149)

3.MATERYAL VE METOD

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 04.07.2018 tarihli SDÜ-KAEK/110 protokol numaralı etik kurul onayı alındıktan sonra başlanan çalışmamızda 20.04.2015 ile 20.04.2018 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi sebebi ile başvuran 295 hastanın ve 197 kontrol grubunun dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir.

Veriler SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde ENLİL Hastane Bilgi Yönetim Sistemi isimli otomasyon sisteminde kullanılmakta olan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) kodlama sistemine intihar girişimi-kendine zarar verme amacı güden tanılar içeren (X01-X84 ARASI VE Y87, Y87.0 Z91.5) ve Adli Vaka olarak başvuran hasta dosyalarının çalışmaya alınması planlandı. Bu bilgiler dâhilinde arşiv kayıtlarından yararlanılarak hastaların dosyalarına ulaşıldı.

Çalışmaya intihar girişimi sonrası gelen tüm yaş grubu hastalar alındı. Kontrol grubu ise aynı dönemde hastaneye başvurmuş, enfeksiyöz durumu olmayan kronik hastalığı olmayan olgulardan alındı. Dosyasına ulaşılamayan, dosya notları eksik olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya dahil edilen hastalar için standart bir form hazırlandı(Ek 1).

Formda şu parametreler değerlendirildi: cinsiyet, yaş aralıkları, girişimde kullanılan yöntemler, medeni durum, eğitim durumu, meslek özellikleri, psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalık özgeçmişi, kullandığı ilaçlar, önceki girişimi ve ailede girişim öyküsü, başvurunun saat-ay-mevsim zamanlarına göre ayrımı, tam kan sayımı parametreleri başvuru, taburculuk-yatış-exitus durumu.

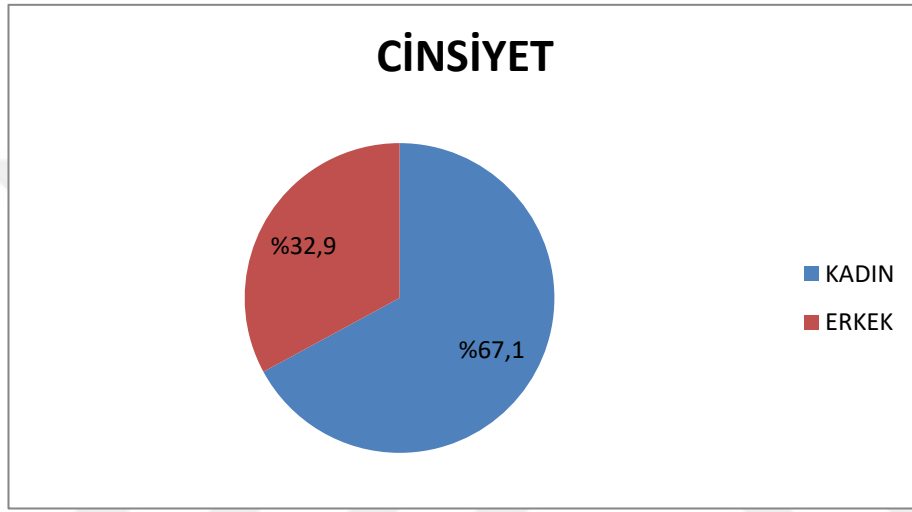
İstatistiksel hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.00 istatistik programı kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılıma uygun olan değişkenler için istatistiksel

karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi kullanıldı ve tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma biçiminde gösterildi. Normal dağılıma uygun olmayan değişkenler için istatistiksel karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanıldı ve tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma biçiminde gösterildi. Kategorik değişkenler için istatistiksel karşılaştırmalarda ki kare analizinden yararlanıldı ve tanımlayıcı istatistikler frekans (%) olarak gösterildi. Bağımlı analizleri için lineer ve lojistik regresyon testleri kullanıldı. $P<0.05$ olduğu durumda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

Çalışmaya 97 (%32.9) erkek 198 (%67,1) kadın toplamda 295 hasta dahil edildi. (Grafik 3) Tüm hastaların yaş ortalaması 26,5 ($\pm 13,4$) yıl hesaplandı. Erkelerin yaş ortalaması 29,7($\pm 15,3$) kadınların yaş ortalaması 25,0 ($\pm 12,2$) yıl hesaplandı. Vakaların yaş gruplarına göre incelendiğinde her iki cinsiyette en yoğun aralığın 15-19 yaş olduğu görüldü. (Tablo6) Vakaların yaş bakımından her iki cinsiyet grup karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmıştır. ($P < 0,05$)



Grafik 3:Cinsiyete göre intihar vakalarının dağılımı

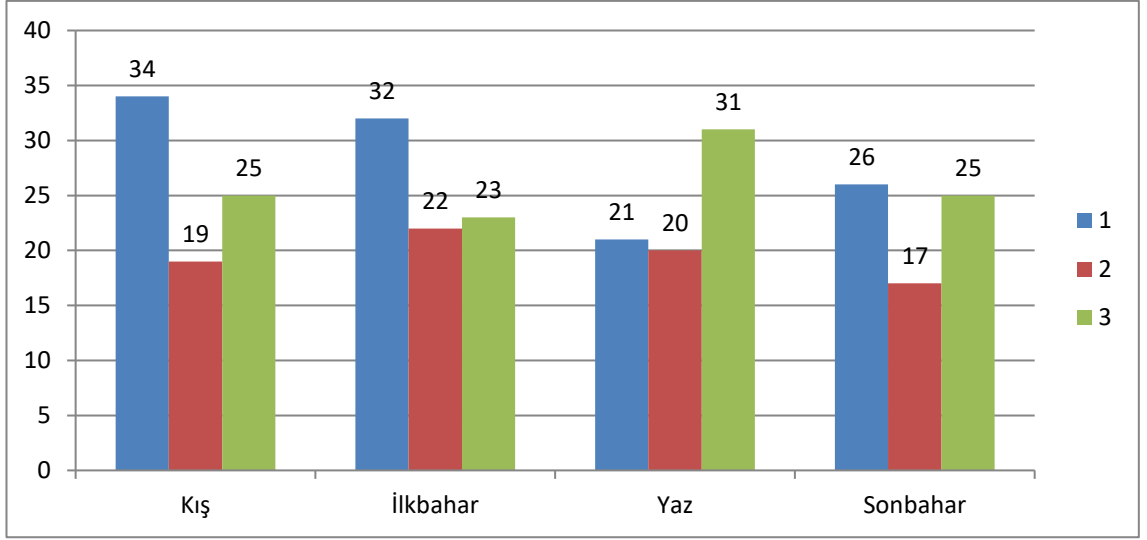
YAŞ GRUPLARI										
	14<	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50>	Toplam
ERKEK	0	31	23	6	9	8	4	2	14	97
	0,0%	32%	23,8%	6,2%	9,3%	8,2%	4,1%	2,0%	14,4%	100%
KADIN	11	71	51	20	13	14	7	3	8	198
	5,6%	35,8%	25,7%	10,1%	6,6%	7,1%	3,5%	1,5%	4,1%	100%
TOPLAM	11	102	74	26	22	22	11	5	22	295

Tablo 6: Cinsiyetlere Göre Yaş Gruplarının Dağılımı

Çalışmaya dahil edilen vakaların 273 tanesi şiddet içermeyen (tıbbi ilaç içimi; n:258, zirai ilaç içimi; n:6, koroziv madde içimi; n:9) yöntemleri tercih ederken 22 tanesi şiddet içeren (ası; n:6, yüksekten atlama; n:3, ateşli silah ile kendine zarar verme; n:6, kesici delici alet ile kendine zarar verme; n:7) yöntemlerini tercih ettiği görüldü. Cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında şiddet içermeyen yöntem kullanan 189 kadın hasta ya karşılık 84 erkek hasta; şiddet içeren yöntem kullanan 9 kadın hastaya karşılık 13 erkek hasta olduğu tespit edildi. Cinsiyetlere göre tercih edilen yöntem karşılaştırıldığında şiddet içeren yöntemlerin erkek cinsiyette anlamlı şekilde daha çok tercih edildiği görüldü. ($p<0,05$)

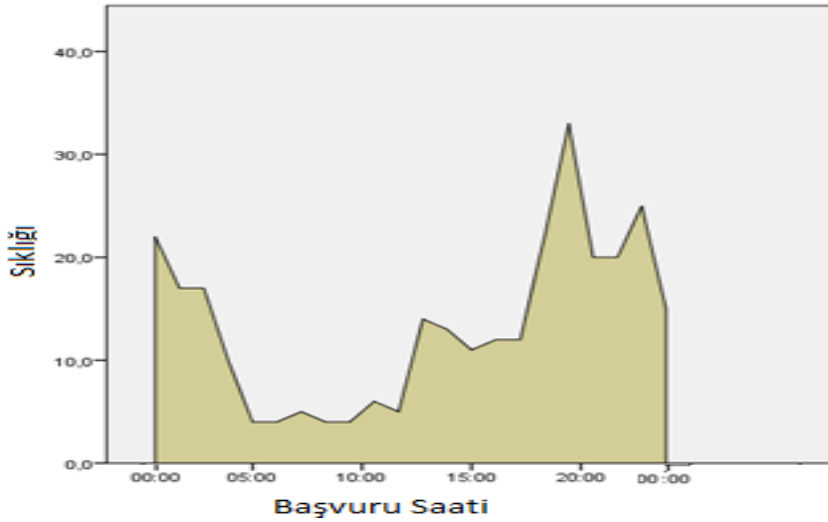
Yaş gruplarına göre kullanılan yöntemler karşılaştırıldığında şiddet içermeyen yöntemlerin en sık(%35,8) 15-19 yaş grubunda olduğu görüldü. Şiddet içeren yöntemlerin ise en sık (30,4) 20-24 yaş aralığında tercih edildiği tespit edildi. Hastaların yaşları ve kullandıkları yöntem arasında anlamlı fark saptandı. ($P<0,05$)

Vakaların mevsimlere göre dağılımına baktığımızda 78 vaka kış mevsiminde; (Aralık-Ocak-Şubat), 77 vaka ilkbahar mevsiminde (Mart-Nisan-Mayıs), 72 vaka yaz mevsiminde (Haziran-Temmuz-Ağustos), 68 vaka sonbahar mevsiminde(Eylül-Ekim-Kasım) geldiği görüldü. Vakaların aylara ve mevsimlere göre dağılımı grafikte gösterilmiştir. (Grafik 4). Mevsimlere göre vakaların şiddet içeren ve içermeyen olgular arasında anlamlı istatistik fark saptanmadı. ($p>0,05$)



Grafik 4: Vakaların Aylara ve Mevsimler Göre Dağılımı

Vakaların başvuru saatlerinde ise en sık 18:00-24:00 arası hasta başvuru olduğu görüldü (n= 129). Bunu 00:00-06:00 saatleri arası takip etti. (n=72) En az başvuru ise 06:00-12:00 saatleri arasında olduğu görüldü. (n= 24) 12:00-18:00 saatlerinde ise 70 vaka acil servis başvurdu. Hastaların saatlere göre başvurusu sıklığı çizgi grafikde gösterildi. (Grafik5) Başvurulan saat dilimleri ile vakaların cinsiyetleri ve seçtikleri intihar yöntemleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. (p>0,05)



Grafik 5: Vakaların Başvuru saatlerine göre dağılımı

Vakaların hastaneye başvuru süreleri incelendiğinde 114 hastanın 1-3 saat aralığında, 86 hastanın ilk 1 saatte 54 hastanın 3-6 saat aralığında 24 hastanın 6-12 saat aralığında 17 hastanın da 12 saatten sonra acil servise başvurdukları görüldü. Girişim sonrası başvuru saatleri açısından yöntem ve cinsiyet arasında anlamlı istatistiksel bağ görülmedi. ($p>0,05$)

Hastaların meslek özellikleri incelendiğinde hastaların %29,5'inin çalışmadığı %43,7'sinin öğrenci olduğu %7,8'inin özel sektörde ve %5,1'inin kamuda çalıştığı tespit edildi. %13,9 vakanın meslek özellikleri tespit edilemedi.

Hastaların medeni durumlarında ise 189 bekar, 94 evli, 7 eşinden boşanmış ve 5 te eşi vefat etmiş vakalar olarak tespit edildi.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde ise 44 vakanın (%14,9) lise mezunu 24 vakanın(%8,1) ortaokul mezunu 18 vakanın(%6,1) ilkokul mezunu 17 vakanın(%5,8) üniversite mezunu ve 7 vakanın(%2,4) yüksek lisans mezunu olduğu görüldü. 50 vakanın eğitim durumları tespit edilemedi. Toplam vakalarda 134 hastanın(%45,3) halen öğrenciliğine devam ettiği ve sadece 1 hastanın da (%0,3) okur yazar olmadığı görüldü. Aktif olarak eğitim hayatına devam eden vakaların %40,3 ünün üniversite %40,3 ünün lise %19,4 ünün ise ortaokul öğrencisi olduğu tespit edildi.(Tablo 7) Vakaların büyük çoğunluğunu oluşturan öğrencilerde mevcut okuduğu okulun tercih edilen yöntem üzerinde anlamlı fark saptanmadığı görüldü.

	Eğitim Durumu						Halen Öğrenci Olanların Mevcut Devam Ettiği Okul		
	OkurYazar Olmayan	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	Ortaokul Öğrencisi	Lise Öğrencisi	Üniversite Öğrencisi
Erkek	0	4	6	20	7	4	6	15	17
Kadın	1	14	18	24	10	3	20	39	37
Toplam	1	18	24	44	17	7	26	54	54

Tablo 7: Eğitim Durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı

Vakaların intihar girişiminde kullandıkları yöntem ile eğitim durumu, medeni durum ve meslek özellikleri arasında anlamlı istatistiksel ilişki görülmedi. ($P>0,05$)

Cinsiyeti bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde; medeni durum, eğitim durumu ve meslek özellikleri bağımsız değişken olarak alındığında meslek özelliklerinin intihar girişiminde bulunan hastalarda cinsiyet üzerinde etkili olabileceği anlamlı olarak saptanmıştır. ($p<0,05$) Erkeklerin %17,9'u kadınların %40,5'i meslek sahibi değildir. İş sahibi olmayan erkeklerin intihara daha yatkın olabileceği sonucu çıkarılabilir.

Hastaların yaşının bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde bağımsız değişkenler olarak medeni durum ve meslek özellikleri kullanıldı. Her iki değişkenin de intihar girişiminde bulunan hastalarda istatistiksel olarak yaş üzerinde belirleyici etkisi olabileceği görüldü. 40 yaş altı vakaların %27,4 ünün işsiz; %65,4 ünün evli olmadığı görüldü. Bu verilerden genç ve işsiz olmanın intiharın risk faktörü olacağı düşünülebilir.

Çalışmadaki vakaların 236 (%80) tanesinde ilk intihar girişimi olduğu saptanırken 39 (%13,2) hasta da ise çoklu girişim denemeleri olduğu tespit edildi. Sadece 3 tane vakanın ailesinde daha önceden suisidal girişim öyküsü olduğu görüldü. (Tablo 8) Çoklu girişim olan vakalarda cinsiyet veya hastaların kullandıkları yöntem arasında anlamlı fark saptanmadı. ($P>0,05$)

		ÖncekiGirişim		Toplam
		var	yok	
Cinsiyet	ERKEK	15(1)	69	84
	KADIN	24(2)	167	191
Toplam		39	236	275

Tablo 8: Hastaların önceki girişim öyküsü; parantez içindeki veriler hastaların aile de girişim sayısı olanları göstermektedir

Vakaların %38,6'sında önceden bilinen psikiyatrik hastalık tanısı bulunurken %54,2 sinde özgeçmişinde psikiyatrik hastalık yoktu. %7,2 hastanın hastalık özgeçmişine ulaşamadı. Çalışmaya alınan 39 hastada(%13,2) psikiyatrik olmayan ek hastalıklar tespit edildi. Psikiyatrik tanısı olan hastaların %70,1'i iki kalem ve daha az, % 7'si iki kalemden psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı.Psikiyatrik tanısı olan hastaların %22,8'si ise ilaçlarını kullanmamaktaydı. Tüm hastaların %10,5 i psikiyatrik ilaç kullanmayıp diğer medikal ilaçlar kullanmaktaydı. İlaç alımı yöntemiyle intihar girişiminde bulunan hastaların %72,7 si kendi düzenli kullandığı ilaçları ile girişimde bulunduğu görüldü. (Tablo 9) Psikiyatrik ilaç kullanan ve psiktrop ilaçlar ile intihar eden hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. ($p<0,05$)

		Girişim Kendi Reçeteli İlacıyla mı?		Toplam
		Evet	Hayır	
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	81	15	96
	Kullanmıyor	18	141	159
Toplam		99	156	255

Tablo 9: İlaç içerek intihar girişimde bulunan hastaların ilaçları edinme yöntemleri

“Vakaların % 38 i sigara %20 si alkol %2,4 ü madde kullanmaktaydı. (Tablo 10) Alışkanlıkların kullanılan intihar yöntemi üzerindeki etkilerine bakıldığında sigara(p=0,007) ve alkol(p=0,014) kullanımının anlamlı olduğu görüldü.

	Sigara	Alkol	Madde
Erkek	68(%23)	46(% 15,3)	6(%2,06)
Kadın	44(% 15)	14(%4,7)	1(%0,34)
Toplam	112(%38)	60(%20)	7(%2,4)

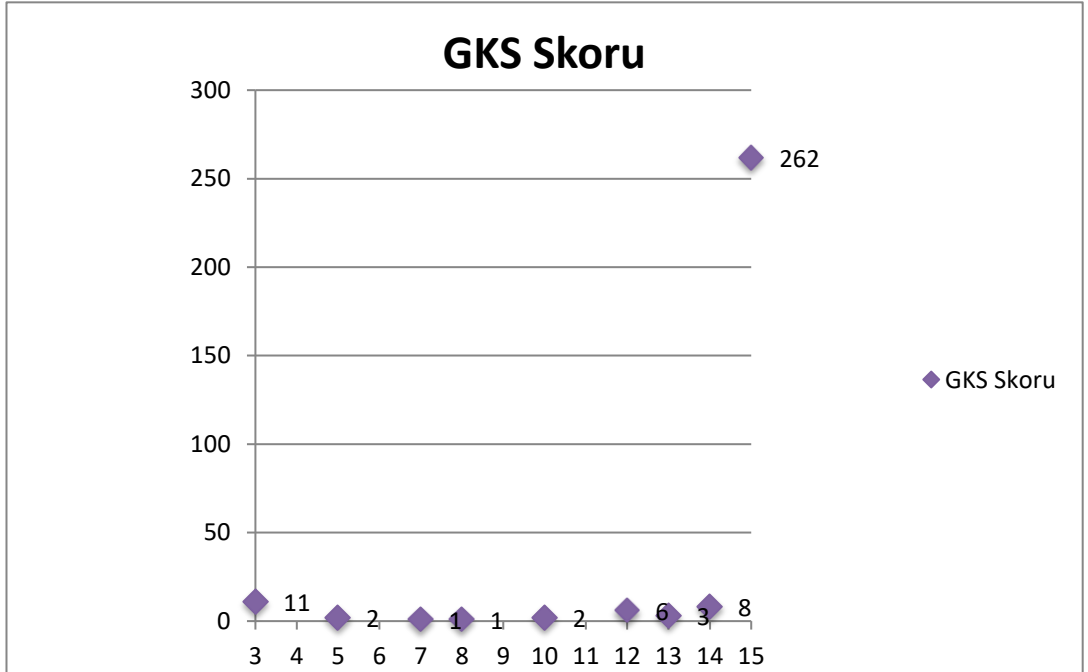
Tablo 10: Sigara, Alkol, Madde Kullanımı

Hastaların 33 tanesi (%14,9) tedavi reddi yapıp medikal takibi reddederken; 29 tanesine (%9,8) servis yatışı 199 tanesine (%67,5) yoğun bakım yatışı yapıldı. 20 (%6,7) hasta ise acil serviste takibi yapıldıktan sonra taburculuğu yapıldı. 12 hasta acil servisten 7 hasta yattıktan sonra yoğun bakımdan olmak üzere 19 tanesi(%6,4) çeşitli ihtiyaçlara binaen (yoğun bakım, kapalı servis vs.) dış merkeze sevk edildi. 2'si acil serviste 8'i yoğun bakımda olmak üzere 10 hasta (%3,4) ise exitus oldu. . Çalışmamızdaki 295 hastanın toplamda 223 tanesi (75,3) hastaneden taburculuğu yapıldı. 11 hasta ise yatışı yapıldıktan sonra servis takibindeyken tedavi ret yaptıkları görüldü. (Tablo 11)Çoklu girişim ve eksitus sayıları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. Tedavi reddi yapan hastalarda psikiyatrik hastalık özgeçmişinin önemli olmadığı saptandı. Hastaların kullandığı yöntem içeriğiyle sonuçları karşılaştırıldığında kullanılan yöntemleri sonuçlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05).

		Sonuç				Total
		Taburcu	Exitus	Sevk	Tedavi ret	
Yöntemi	İLAC İÇİMİ	202	1	14	41	258
	ASI	2	1	2	1	6
	KOROZİV İÇİMİ	7	2	0	0	9
	YÜKSEKTEN ATLAMA	1	1	1	0	3
	TARIM İLACI İÇİMİ	2	1	1	2	6
	KESİCİ ALET	6	0	1	0	7
	ATEŞLİ SİLAH	2	4	0	0	6
Toplam		222	10	19	44	295

Tablo 11:Hastaların kullandığı yonteme göre sonuç tablosu

Hastaların başvuru anındaki Glaskow Koma Skalaları (GKS) %88,5 (n:261) hasta 15 olarak saptandı. %11,5 (n:34) hastanın daha az puan aldığı görüldü. 11 hasta acil servise GKS puanı 3 olarak giriş yaptığı görüldü. (Grafik 6)



Grafik 6: Hastaların başvuru anında Glasgow Koma Skalası skorları

Hastaların %74,2 sine (n: 219) acil serviste veya yattığı serviste psikiyatri konsültasyonu istendiği görüldü. %25,8 hastaya ise psikiyatri konsültasyonu istenmedi.

Vakaların tümünden alınan tam kan sayımı sonuçları incelendiğinde ortalama hemoglobin değeri 13,6 g/dl ($\pm 2,0$) olarak hesaplandı. Vakaların %20,3 ü (n:60) anemik¹ değerlerdeyken %79,7'si (n:235) normal sınırlardaydı. Anemik vakaların %83,3 (n:50) ü kadın cinsiyete sahipti. Hastaların ortalama MCV değerleri 84,1 fL($\pm 7,9$) ; ortalama HCT değerleri %40,6($\pm 6,2$) saptandı. Vakalarda ortalama nötrfil değerleri $7,27 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($\pm 4,01$) ortalama lenfosit değerleri $2,3 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($\pm 2,5$) ortalama monosit değerleri $0,7 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($\pm 0,9$) hesaplandı. Ortalama trombosit sayısı $265,4 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ($\pm 183,0$) ortalama MPV 8,6 fL ($\pm 1,1$) bulundu. Kontrol grubunda bulunan hastaların tam kan sayımı parametrelili Tablo 11'da gösterilmiştir.

Vakaların anemi durumu ile sonuçları karşılaştırıldığında exitus olan vakaların anemik olduğu istatistiksel olarak anlamlı görüldü. ($p < 0,05$) Çalışmaya alınan vakalarla ile kontrol grubu karşılaştırıldığında Hb, Hct, Mcv, Plt, Mpv. Mon, Lym sayıları arasında anlamlı fark görülmedi. Nötrofil sayısında ise intihar girişimde bulunan vakalarda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. ($p < 0,05$) Vakaların kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında NMR, NLR ve MLR'nin anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. ($p < 0,05$)(Tablo 12)

¹ Türk Hematoloji Derneği verilerince Hb değeri erkekler için 13,0 gr/dl'nin kadınlar için 12 gr/dl'nin altı anemik kabul edilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Hb	Hastalar	295	13,573	1,9973	0,1163
	Kontrol Grubu	197	13,982	11,0496	0,7872
Mpv	Hastalar	295	8,605	1,1085	0,0645
	Kontrol Grubu	197	8,499	0,9262	0,0660
Plt	Hastalar	295	265,45	183,011	10,655
	Kontrol Grubu	197	258,71	61,063	4,351
Mon	Hastalar	295	0,727	0,8519	0,0496
	Kontrol Grubu	197	0,636	0,2360	0,0168
Hct	Hastalar	295	40,600	6,2239	0,3624
	Kontrol Grubu	197	40,336	5,7132	0,4071
Mcv	Hastalar	295	84,088	7,8624	0,4578
	Kontrol Grubu	197	84,238	8,3740	0,5966
Neu	Hastalar	295	7,278*	4,0131	0,2337
	Kontrol Grubu	197	5,513*	2,2895	0,1631
Lym	Hastalar	295	2,315	2,4922	0,1451
	Kontrol Grubu	197	2,298	0,8981	0,0640

Tablo 12: Hastaların ve kontrol grubunun tam kan sayımı parametreleri. * işareti belirtilen değerlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu göstermektedir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
PLR	Hastalar	295	145,7956	119,52813	6,95920
	Kontrol Grubu	197	129,6536	70,54657	5,02624
MLR	Hastalar	295	0,3765*	0,38155	0,02221
	Kontrol Grubu	197	0,3090*	0,16292	0,01165
NMR	hastalar	295	12,8689*	12,08997	0,70391
	Kontrol Grubu	197	9,7417*	7,35430	0,52397
NLR	Hastalar	295	4,3752*	4,67707	0,27231
	Kontrol Grubu	197	2,9031*	2,58344	0,18406

Tablo 13: Hastaların PLR, MLR, NLR ve NMR sonuçları. * işareti belirtilen değerlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu göstermektedir.

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

İntihar önemli bir halk sağlığı problemi ve dünya genelinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (37). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biri intiharlardır(128). Ülkemizde de TÜİK verilerine göre 15-29 yaş aralığında travmadan sonra ikinci önde gelen sebep olarak dikkat çekmektedir. (9) İntihara bağlı ölümlerin son yirmi yılda ergen ve erken erişkinlik grubunda belirginleşmesi dikkat çekicidir. Bu durum intihar davranışını batılı ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu düzeyine getirmiştir(150). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek hastalara uygun psikiyatrik tanı ve tedavi yaklaşımının sunulmasına katkıda bulunmanın amaçlandığı bu çalışmada her farklı bilimsel disiplinin farklı görüşler belirterek açıklamaya çalıştığı intihar olgusu, sosyo-ekonomik ve demografik değişkenler perspektifinde değerlendirilmeye çalışılmıştır. Son olarak da, araştırma sonucunda elde edilen bulgular ışığında öneriler sunulmuştur.

Çalışmalarda genç yaş ve kadın hasta olmanın intihar için risk faktörü olduğu belirtilmiştir.(36) Yapılan birçok çalışmada bunu destekler niteliktedir. Dilbaz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada intihar girişiminde bulunan 2775 kişide kadınların erkeklere oranını 2.17 olarak bulmuşlardır. (151) Bizim çalışmamızda da genel literatür ile paralellik göstererek %67,1 kadın %32,1 erkek hasta yer almıştır. Çok merkezli bir çalışmada Kerkhof ve Arensman birlikte intihar girişiminin kadınlarda 15-24 yaş grubunda, erkeklerde ise 25-34 yaş grubunda daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (152). Bizim çalışmamızda ise her iki cinsiyette de 15-24 yaş grubunda daha yüksek tespit edilmiştir. Kadınların erkeklere göre intihar girişimi riskinin yüksek olması kadının toplumdaki yeri ve konumu ile ilişkili olabilir. Kadınlar sıkıntılarını ve başkalarına tepkilerini ifade etmek için intihar girişimini bir yol olarak seçebilmektedir.

İntihar girişimi için kullanılan yöntemler kabaca şiddet içeren ve içermeyen olarak ikiye ayrılabilir. Literatürde şiddet içermeyen yöntemlerin daha fazla tercih edildiği; şiddet içeren yöntemlerin ise daha fazla erkek cinsiyette tercih edildiği

görülmüştür. Alptekin ve ark.(153) yaptıkları çalışmada her iki cinste de intihar girişimlerinde ilaç ve toksik madde alımı ilk sırayı almaktaydı. Şenol ve ark (45) yaptıkları çalışmada başvuran hastaların tümünde ilk sırada intihar yöntemi ilaç iken tamamlanmış girişimlerde ilk sırayı yüksekten atlama yöntemi almaktaydı. Barr ve ark.(154) yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunan vakaların kullandıkları yöntemlerde ilk sırada ilaç alımı gelmekteydi. Henderson ve ark. (155) yaptıkları çalışmada intihar yöntemlerinde erkeklerde ası, kadınlarda ise ilaç aşırı doz alımının ilk sırada olduğu gösterilmiştir. Zihlerl ve Zalar(156) Slovenya’da yaptıkları çalışmada tamamlanmış intiharlar da en sık kullanılan yöntemin ası olduğunu belirtmişlerdir. Nader ve ark. (157) Avusturyadaintihar şekillerinin incelendiği çalışmada vakaların %46’sının intihar şekli olarak ası yöntemini seçtiği bu yöntemi %16 ile ilaç alımı, %14,9 ile ateşli silah yaralanması takip etmektedir. Tuan ve ark. (158) yaptığı çalışmada Vietnam’da intihar vakalarının %99’unda intihar şekli olarak ilaç alımı, %1 vakanın da keskin cisimle temas ile girişimde buldukları gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise ilaç alımı en çok kullanılan intihar yöntemi olduğu göze çarpmaktaydı. Bu vakaların 1 tanesi hariç tamamlanmamış girişimlerdi. Tamamlanmış intiharda ise ilk sırada ateşli silah ile kendine zarar verme bulunmaktadır. Bunu yüksekten atlama ve ası yöntemi izlemektedir. Şiddet içeren yöntemlerin ise erkek cinsiyette kadın cinsiyete istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla tercih ettiği göze çarpmaktadır. Bunun nedenini ilaçlara ulaşabilmenin kolay, yöntemin ucuz ve ağrısız olması olarak söylenebilir. İntihar girişimlerinin çoğunda ölümün temel gaye değil kişinin içinde bulunduğu duruma dikkat çekmek olduğunu göz önüne alınca ilaç alma yönteminin tercih edilme nedenini açıklayabiliriz. Erkek cinsiyetin tamamlanmış intihar konusunda daha kararlı olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda literatürlerle genel olarak uyumlu olarak bulunmuştur.

Literatürde intihar girişimi ve mevsimsel değişim arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Woo ve arkadaşlarının yaptığı derlemeye göre intihar girişimlerinin çoğunlukla ilkbahar ve yaz aylarında görüldüğü tespit edilmiştir(59) Bizim çalışmamızda ise istatistiksel olarak mevsimler arasında anlamlı fark olmamakla beraber en çok vaka kış mevsiminde sonrasında ise ilkbahar mevsiminde başvurmuştur. En az vaka ise sonbahar mevsiminde başvurmuştur. İntihar

girişimlerinin daha çok bu mevsimlerde olması, insan davranışını dolayısıyla intihar davranışını etkileyebilecek güneş ışığı, sıcaklık, nem, çevre kirliliği, alerjenler gibi çevresel etmenlerden kaynaklı olabilir.

Literatürdeki çalışmalarla uyumlu biçimde intihar amaçlı ilaç alımı olan hastaların %43,7 oran ile çoğunluğu 18:00-24:00 saat aralığında acil servise başvurmuştur. (68)(159)Bu durum hastaların intihar için daha çok aile bireylerinin evde olduğu veya sosyal hayatlarında daha kalabalık ortamlarda buldukları saatleri tercih ettiklerini ve intiharı ölüm amaçlı değil de daha çok ilgi çekmek için kullandıklarını gösterebilir.

Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında göre hastaların %58,3 ü ilk 1-2 saatte hastaneye başvurmuştur.(160)Yeşil ve arkadaşlarının yaptığı zehirlenme vakalarının incelendiği çalışmada hastaların %38,7 sinin 1-4 saat içinde acil servise başvurduğu gözlenmiştir. (161)İlaç alımı sonrası acil servise başvuru süreleri değerlendirildiğinde çalışmamızdaki hastaların %43 ü 1-3 saat aralığında acil servise başvurmuştur. %29 u ilk 1 saatte başvurmuş; %18,3 hastada 3-6 saatte başvurmuştur. Bu oran literatürdeki birçok çalışmayla uyumludur. Bu durum hastaneye başvuru zamanı açısından ulaşımın zor olduğu 24:00-06:00 saatleri aralığındaki intihar oranlarının az olması ve daha uzak ilçelerden ve çevre illerden ayaktan başvuran veya sevk alınan hastaların geliş sürelerinin uzaması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızdaki vakalarda % 64,1 ünün bekar %31,8 inin evli %4,1 hastanın da dul(boşanmış veya eşi vefat etmiş) olduğu görüldü. Hastaların cinsiyetler arasında medeni durumu açısından anlamlı fark görülmedi. Yalvaç'ın çalışmasında (71) olguların %52 sinin bekar olduğu; Güloğlu'nun yaptığı çalışmada (162) %55 inin bekar olduğu; Kekeç ve ark. yaptığı çalışmada (163)bekar oranının %57 olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda literatür ile genel olarak uyumlu görülmele beraber bekar oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi yıllar içerisinde artan intihar oranındaki artışa paralel olarak bekar bireylerdeki intihar

oranının artması gösterilebilir. Ayrıca evli olmanın getirdiği artan sorumlukların intiharı engelleyici bir etken olduğu düşünülebilir.

Hastaların meslek özellikleri incelendiğinde %29,5'inin çalışmadığı, %43,7'sinin öğrenci olduğu %7,8'inin özel sektörde, % 5,1'inin kamuda çalıştığı görülmüştür. Ayrıca öğrenci olan vakaların %40,3'ünün üniversite % 40,3'ünün lise %19,4'ünün ortaokul öğrencisi olduğu görülmüştür. Yani görüldüğü üzere vakaların büyük kısmı gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Görüldüğü üzere bireyin çalışma yaşamına katılmaması intihar riskini arttırmıştır. Çalışmamızda eğitim durumlarında ise %14,9 vakanın lise mezunu % 8,1 vakanın ortaokul mezunu olduğu %5,8 vakanın üniversite mezunu olduğu %2,4 vakanın yüksek lisans mezunu olduğu, %0,3 vakanın ise okuryazar olmadığı görülmüştür. Literatürde meslek özellikleriyle ilgili çok fazla veri bulunmamakta fakat istatistiksel olarak ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharlarında artmakta olduğu bildirilmiştir (68). Türkiye'de intihar girişimlerinin ekonomik olarak inaktif olan ev hanımı ve öğrenci gibi bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (70). Akgöl Gül'ün çalışmasında(113) kadınların %31.7'sinin, erkeklerin %35.6'sının ilkokul mezunu olduğu ve Kubalı'nın çalışmasında (164) %62.7'sinin ilköğretim ve altı düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Yine literatürde öğrenciler üzerinde ayrıntılı vakalar bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda lise ve ortaokul öğrencilerinin sayıca fazla olması intihar düşüncesinin ve uygulamaya geçirme yaşının oldukça düşmüş olduğunu göstermektedir. Yaş olarak ergenliği de içeren bu dönemde eğitim sistemine düşüncesinde koruma amaçlı programlar planlanması gerektiği gerçeği ortaya çıkmaktadır.

Yapılan birçok çalışmada demografik özellikler açısından vakaların bekâr olması, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik intihar girişimini üzerinde bağımsız birer risk faktörü olduğu belirtilmiştir. İntihar vakalarının evli ya da bekâr olması değişkenlik göstermekle beraber literatürde yalnız yaşamının intihar için daha fazla risk faktörü oluşturduğu görülmektedir (165).

Hastalarda cinsiyetin bağımlı değişken olarak aldığımız lojistik regresyon analizinde, cinsiyetin intihar girişimi üzerinde ki etkisinde ve meslek belirleyici olarak saptanmıştır. Hastaların yaşlarını bağımlı değişken olarak aldığımız regresyon analizinde ise yaşın hastalarda ki intihar girişimi üzerindeki etkisinde eğitim durumu ($p=0,002$), meslek($p=0,006$) ve medeni durum($p=0,000$) belirleyici olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Göktekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim durumu($p=0,034$) ve meslek ($p=0,005$) belirleyici olarak görülmüş olup çalışmamızın verileri örtüşmektedir.(166)

Çalışmamızda %80 vakada ilk intihar girişimi olduğu saptanmıştır. %13,2 vakada çoklu girişim denemeleri tespit edilmiştir. Vakaların %1 inde birinci ve ikinci derece yakınlarında suisid girişimi olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Ruenson ve arkadaşlarının, Brent ve arkadaşlarının, Egeland ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda (167)(91)(168) ailesinde intihar girişimi olanlarda intihar riski yüksek tespit edilmiş. Bizim çalışmamızda ise sade %1 hastada ailesinde intihar öyküsü tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak aile dışı sebeplere bağlı ve dikkat çekme amaçlı yapılan girişimlerin çokluğu ve toplumumuzun intihara bakış açısı olabilmektedir. İntihar ile ölüm kişinin yakınları tarafından hoş görülmediğinden anamnezde gerçek bilgiler verilmemekte ve vakaların aile öyküsü oranının literatüre göre düşük kalmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki olguların %38,6 sinde daha önceden bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Olguların %13,2 sinde psikiyatrik olmayan diğer medikal hastalıklar mevcuttu. Tüm olguların %32,2 si 2 kalem veya daha az psikiyatrik ilaç %3,4 ü iki kalemden daha fazla psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı. İlaç alımı yöntemiyle intihar eden vakaların %72,7 si kendi reçeteli düzenli kullandığı ilaçlar ile girişimde bulunmuştu. Önceden bilinen psikiyatrik tanısı olanların %84'ünün psikotrop ilaç kullanarak girişimde bulunduğu görülmüş ve diğer psikiyatrik hastalığı olmayan olgulara göre oranın istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada intihar amaçlı ilaç alımlarında en sık kullanılan ajanların antidepressanlar/antipsikotikler olduğu belirtilmiştir.(169)(170)(171)Göktekin'in çalışmasında (172) intihar girişiminde bulunan bireylerin %23.3'ünün, Kubal'nın çalışmasında (164) % 2'sinin öncesinde

psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda önceden psikiyatrik tanısı olanlarının diğer çalışmalara göre daha yüksek çıkmasının sebebi günümüzde artık psikiyatri başvurularının artması; diğer branş hekimleri tarafından psikiyatrik tanılarının daha sık konulmaya başlaması ve ilaçların reçetesiz şekilde daha kolay edinilmesi sayılabilir. Çalışmamızın son senesinin de içinde olduğu 2017 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan düzenlemeyle psikiyatrik ilaçların tamamı reçeteye tabi olmuştur ve edinilmesi tüm hekimlerin kontrolüne, 2018 yılı Eylül ayı itibaren ise sadece Psikiyatri hekimlerinin kontrolüne verilmiştir . Literatürde vakaların diğer medikal hastalıkları hakkında yeterli veri bulunamamıştır. Ama genel toplum yüzdesine göre oranının daha düşük olduğu düşünülebilir. Çalışmamızdaki hastaların genel olarak genç yaş grubunda olması nedeniyle daha az kronik hastalık görüldüğü düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların %38 i sigara %20 sinin alkol %2,4 ünün madde kullanımını olduğu görülmüştür. Alkol, sigara ve madde bağımlılığının intihar riskinde artışa yol açtığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.(173) Göktekin'in yaptığı çalışmada sigara %58,4 alkol %19,4 madde kullanımı %6,3 olarak verilere yansımıştır. (172) . Yapılan yurtdışı kaynaklı çalışmalarda özellikle alkol ve madde kullanımının daha yüksek olduğu görülmekte. Muhtemelen toplumumuzun inançları gereği bu oran ülkemizde ve çalışmamızda diğer yurtiçi literatürlerle benzer şekilde daha düşük olarak saptanmıştır. Literatürlerden farklı olarak bizim çalışmamızda sigara içenlerin oranı daha düşük saptanmıştır. Sebepleri arasında kadın cinsiyetin daha fazla yer alması ve son yıllarda sigaraya karşı alınan önlemlerin işe yaradığı düşünülebilir. Herhangi bir bağımlılığın intihar riskinde artışa yol açtığı düşünüldüğünde bağımlılıkla mücadelenin intihar riski ve sayısı üzerinde anlamlı düşüş yapması beklendiği söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların %67,5 ine yoğun bakım yatışı yapılmıştır. %9,8 i servis yatışı yapılmıştır. %22,4 hastanın acil serviste takibi yapıldıktan sonra taburculuğu yapılmıştır.%14,9 hasta acil servisten veya yattığı servisten takip süresini tamamlamayı reddederek tedavi reddi yapmıştır. Toplam vakaların %75,3 ü hastanemizden taburculuğu yapılmıştır. %6,4 hasta ise kapalı servis ihtiyacına binaen veya yoğun bakım yeri ihtiyacı nedeniyle başka merkeze sevk edilmiştir. %3,4 hasta

ise merkezimizde eksitus olmuştur. Tedavi reddi yapan hastalarda psikiyatrik özgeçmişle istatistiksel anlamlı bir bağlantı saptanmamıştır. Hastaların kullandığı intihar yönteminin sonuçlar üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Alkan'ın çalışmasında(174) yatış oranı servise %11,1 yoğun bakıma %4,4 acil servisten taburculuğu %85 saptanmıştır. Doğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %47,4 ü acil servisten taburcuğu yapılmış %52,6 sı yatırılarak tedavi verilmiştir. (175) Tountas' ın yaptığı çalışmada (176) ise yoğun bakım yatışı sadece %2,1 olarak ortaya çıkmıştır. Göktekinin çalışmasına göre(172) ise %36,7'si şifa ile taburcu olduğu, %43,1'inin yatış olduğu, %4,9'unun sevk edildiği, %4,9'unun acili izinsiz terk ettiği, %9,7'sinin tedaviyi ret ettiği ve 1 (%0,7) hastanın ilaç alımı sonucu exitus olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda literatüre göre yoğun bakım yatışları oranı yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Hastanemiz çalışma sistemi olarak acil serviste uzun süre hasta takibi yapılmaması, zehir danışma hattı önerisi sonucu ilaç alımı ile intihar eden çoğu hastanın monitörize takibe ihtiyaç duyması ve intihar yöntemlerinin son yıllarda daha da şiddetlendiği söylenebilir. Merkezimizin bölgenin en önemli 3. Basamak sağlık merkezi olması ve ciddi vakaların sevk edilmesi, ambulans veya sevk ile başvurunun çok yoğun ayaktan başvurunun daha az olması, artan girişim sayıları ve şiddetlenen yöntemler nedeniyle çalışmamızda eksitus oranı literatürden daha yüksek saptandığı söylenebilir. Tedavi ret oranları ise literatürle uyumlu saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların Glasgow Koma Skalaları incelenmiş %88,5 hastanın 15 puan; %11,5 hastanın daha düşük puanlarda acil servise başvurduğu tespit edilmiştir. %3,7 hastanın ise acil servise GKS skoru 3 puan olarak giriş yaptığı görülmüştür. Ortalama GKS skoru 14,29 hesaplanmıştır. Hastaların sonuçları ve başvuru GKS skoru incelendiğinde özellikle eksitus olanlarda anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde bu konuda çalışmalar sınırlıdır. Özhasenekler'in yaptığı çalışmada (177) ilaç intoksikasyonu ile başvurışuda ortalama GKS 10,48 saptanmış; Chan'ın yaptığı çalışmada (178)GKS 8 ve altının kritik öneme sahip olduğu belirtilmiştir. Acil servise başvuran intihar girişimi vakalarında mortalite taraması

olarak GKS'nin kullanılabilir olduğu düşünülmektedir. Ancak üzerinde daha fazla çalışma yapılması gereken bir konu olduğu göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda yer alan vakaların %74,2 sine acil serviste veya yattığı serviste psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Alkan'ın çalışmasında (174) ilaç alımı olanların %33'ü psikiyatri ile konsülte edilmiştir. Göktekin'in(172) çalışmasında ise %39 hasta psikiyatri konsültasyonu istenmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. İngiltere'de 2004 yılında acil servislerde gerçekleştirilmiş bir araştırmada intihar girişimi için geleneksel risk faktörleri olan ilaç bağımlılığı, psikiyatrik takip ve dahaönceden kendini zehirleme öyküsü gibi durumların psikososyal destek veya uzmantakibine alınma ile daha yüksek düzeyde ilişkide olduğu görülmüştür. Araştırmayakatılan hasta grubunun yaklaşık %15'inde 6 ay içinde tekrar zehirlenme girişimimedana gelmiştir. Çalışmada ayrıca kendini zehirlemeden sonra aktif olarak takibealınan intihar girişimini tekrarlama riskini düşürdüğü bulunmuştur. Bu yüzden taburculuk öncesi muhakkak psikiyatri görüşü istenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Vakaların tümünden alınan tam kan sayımı sonuçları incelendiğinde ortalama hemoglobin değeri 13,6 g/dl olarak hesaplanmıştır. Vakaların %20,3 ü anemik değerlerdeyken %79,7'si normal sınırlardaydı. Anemik vakaların %83,3 ü kadın cinsiyete sahipti. Hastaların ortalama MCV değerleri 84,1 fL; ortalama HCT değerleri %40,6 saptanmıştır. Vakalarda ortalama nötrofil değerleri 7,27 $10^3/\mu\text{L}$ ortalama lenfosit değerleri 2,3 $10^3/\mu\text{L}$ ortalama monosit değerleri 0,7 $10^3/\mu\text{L}$ hesaplandı. Ortalama trombosit sayısı 265,4 $10^3/\mu\text{L}$ ortalama MPV 8,6 fL bulunmuştur. Vakaların anemi durumu ile sonuçları karşılaştırıldığında exitus olan vakaların anemik olduğu istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür. Çalışmaya alınan vakalarla ile kontrol grubu karşılaştırıldığında Hb, Hct, Mcv, Plt, Mpv. Mon, Lym sayıları arasında anlamlı fark görülmemiştir. Neu sayısında ise suisit girişimde bulunan vakalarda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Vakaların kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında MLR, NLR ve NMR'nin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde suisit vakalarının genelinde çok fazla tam kan sayımı parametreleri çalışması yapılmamıştır. Ragolsky'nin çalışmasına (179) göre intihar düşüncesi olan hastalarda

kontrol grubuna göre trombosit sayısı anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir. Hidese ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (180) ise demir eksikliği anemisi ve depresyon arasında bağ görülmüş. Bizim çalışmamızda ise anemi ve trombosit sayısının intihar girişimiyle ilişkisi görülmemiştir. Özyurt ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Plt, Mpv, NLR ve PLR'nin anlamlı şekilde depresif hastalarda yüksek çıktığı görülmüş. (181) Kayhan ve arkadaşlarını yaptığı bir çalışmada major depresyonlu hastalarda PLR değerinin anlamlı şekilde yüksek çıktığı görülmüş.(182) Bizim çalışmamızda anlamlı şekilde yüksek çıkan nötrofil sayısı ve NMR'nin girişime bağlı inflamasyon yanıtı sonucu ortaya çıkabileceği düşündürmektedir. Bu parametrelerin ve oranlarının psikiyatrik hastalıklarla olan ilişkisini araştıran çalışmalar sürdürülmektedir ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ÖZET

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızın amacı hastanemiz acil servisine başvuran intihar girişiminde bulunan hastalarının demografik özelliklerini ve laboratuvar özelliklerini tespit ederek alınabilecek önlemleri belirlemek.

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi 20.04.2015 ile 20.04.2018 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne intihar girişimi sebebi ile başvuran 295 hastanın ve 197 kontrol grubunun demografik özellikleri ve tam kan sayımı parametreleri geriye dönük olarak ortaya konuldu. Her olgu için cinsiyet, yaş aralıkları, girişimde kullanılan yöntemler, medeni durum, eğitim durumu, meslek özellikleri, psikiyatrik ve diğer tıbbi hastalık özgeçmişi, kullandığı ilaçlar, önceki girişimi ve ailede girişim öyküsü, başvurunun saat-ay-mevsim zamanlarına göre ayrımı, taburculuk-yatış-exitus durumu ve tam kan sayımı parametrelerine bakıldı.

Bu vakaların 198'si (%67,1) kadın 97'si (%32,9) erkek olarak tespit edildi. Olgular 13-83 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 26,5 (+-13,4) olarak hesaplandı. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde en sık 15-19 yaş aralığında başvuru olduğu görüldü.

Vakaların 273'si (%92) şiddet içermeyen 23'ü (%8) şiddet içeren yöntemleri tercih ettiği görüldü. Şiddet içermeyen yöntemleri tercih eden hastaların 258 tanesinin ilaç içerek intihar girişiminde bulunduğu görüldü. Şiddet içeren yöntemleri erkek hastaların daha çok tercih ettiği görüldü.

Vakaların aylara ve mevsimlere göre dağılımına bakıldığında en çok 78 (%26,4) vakanın kış mevsiminde en az ise 68 (%23) vakanın sonbaharda geldiği görüldü. 34 vaka ile en fazla Aralık ayında en az 17 vaka ile Ekim ayında başvurunun olduğu görüldü.

Olguların başvuru saatlerinde ise 129 (%43,7) hastanın 18:00-24:00 arasında başvurduğu görüldü. Hastaneye başvuru sürelerinde ise 114 (%38,6) hastanın 1-3 saat aralığında hastaneye ulaştığı görüldü.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinde ise %73,2 olgunun meslek sahibi olmadığı (işsiz-öğrenci) olduğu hesaplandı. %68 hastanın evli olmadığı (bekar-dul) görüldü. Vakaların 134 (%45,3) tanesinin halen aktif eğitim hayatına devam ettiği bunların çoğunluğunun üniversite öğrencisi olduğu görüldü. Hastaların eğitim durumlarında ise en çok %14,9 ile lise mezunlarının oluşturduğu hesaplandı.

Çalışmamızdaki vakaların 39 tanesinin ikinci veya fazla girişimiyle acil servise başvurduğu görüldü. Çoklu girişimlerde kadın cinsiyetin daha çok ön planda olduğu görüldü. Olguların 114(38,6) tanesinde önceden psikiyatrik hastalık olduğu görüldü. Bu hastaların 105 tanesi aktif olarak psikiyatrik endikasyonlarla ilaç kullandığı görüldü. İlaç alımı ile intihar girişiminde bulunan ve psikiyatrik hastalık öz geçmişi olan hastaların girişimde bulunurken sıkça kendi reçeteli ilaçlarını kullandığı görüldü.

Vakaların %38'inin sigara %20'sinin alkol %2,4 ünün madde kullanmakta olduğu görüldü

Hastaların 44 (%14,9) tanesi tedavi reddi yaptığı görüldü. 199 (67,5) yoğun bakım 29 (%9,8) servis yatışı yapıldı. 10 hasta (%3,4) merkezimizde exitus oldu. 19 (%6,4) hasta çeşitli sebeplerle sevk edildi

Olguların 262 tanesi GKS skoru 15 olarak acil servise giriş yaparken 11 tanesi GKS skoru 3 olarak acile giriş yaptı. GKS skoru 3 olarak başvuran 11 hastanın 6 tanesi exitus olduğu görüldü.

219 hastaya psikiyatri konsültasyonu istendi.

Vakaların tam kan sayımı parametreleri incelendiğinde %20,3 vakanın anemik olduğu görüldü. Şiddet içeren yöntemleri kullanan hastaların arasında anemik vakalarla çok karşılaşıldı. Hastaların nötrofil sayılarının kontrol grubuna göre yüksek saptandı. Vakaların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında NMR, NLR ve MLR 'nin daha yüksek olduğu hesaplandı.

Sonuç olarak bölgemizde belirgin şekilde artış gösteren intihar girişimi vakalarının azaltılmasında risk faktörlerinin tekrar değerlendirilip toplum bilinçlendirmesi yapılmasının ve intihar sayısında azalma sağlanabilmesi için topluma psikososyal desteğin verilmesinin önemi vurgulandı.

ABSTRACT

Analysis of Suicide Attempts in Emergency Department of Suleyman Demirel University Medical Faculty Hospital

The aim of our study was to determine the demographic characteristics and laboratory features of patients who attempted suicide in the emergency department of our hospital.

The demographic characteristics and complete blood count parameters of 295 patients and 197 control group who applied to Suleyman Demirel University Hospital Emergency Department due to suicide attempt between 20.04.2015 and 20.04.2018 were evaluated retrospectively. Gender, age ranges, methods used in the intervention, marital status, educational status, occupational traits, psychiatric and other medical illness history, medications used, previous intervention and family history hospitalization-exitus status and complete blood count parameters were examined.

Of these cases, 198 (67.1%) were female and 97 (32.9%) were male. The mean age was 26.5 (+ -13.4) years. When the distribution according to age groups was examined, it was observed that most of the patients were in the 15-19 age group.

It was observed that 273 (92%) of the cases preferred non-violent methods (23%). It was observed that 258 of the patients who preferred non-violent methods attempted suicide by taking drugs. It was observed that male patients preferred more violent methods.

According to the distribution of cases according to months and seasons, 78 (26.4%) cases were seen in the winter and 68 (23%) cases were in the autumn. In October, there were 34 cases with at least 17 cases.

129 (43.7%) patients applied between 18:00-24:00 hours in the admission hours. 114 (38.6%) patients were admitted to the hospital within 1-3 hours.

In the socio-demographic characteristics of the patients, it was calculated that 73.2% of the patients did not have a profession (unemployed-students). 68% of the patients were unmarried (single-widow). 134 (45.3%) of the cases were still active in education and the majority of them were university students. In the educational status of patients, it was calculated that high school graduates formed with 14.9%.

It was seen that 39 of the cases in our study applied to the emergency department with the second or more attempts. It was seen that the female gender was more prominent in multiple interventions. It was seen that 114 (38.6%) of the cases had a previous psychiatric disorder. It was seen that 105 of these patients used drugs with active psychiatric indications. Patients who attempted suicide with drug intake and who had a history of psychiatric illness frequently used their own prescription drugs when attempting.

It was seen that 38% of the cases used cigarette and 20% alcohol and 2.4% used substance.

44 (14.9%) of the patients were found to be refused treatment. 199 (67.5) intensive care services were performed in 29 (9.8%) patients. 10 patients (3.4%) died in our center. 19 (6.4%) patients were referred for various reasons

While 262 of them had GCS score of 15, they entered the emergency room and 11 of them had GCS score and 3 of them entered the emergency room. Out of 11 patients who presented with a GCS score of 3, 6 were found to be exitus.

219 patients were asked for psychiatric consultation.

When complete blood count parameters were examined, 20.3% of the cases were anemic. Anemic cases were encountered among the patients using violent methods. Neutrophil counts of the patients were higher than the control group. It was calculated that the cases had higher NMR, NLR and MLR compared to the control group.

In conclusion, it was emphasized that the importance of giving sociological and physiological support to the community in order to decrease the number of suicidal attempt and to decrease the number of suicidal attempts.



Kaynakça

1. Saxena S, Krug EG, Chestnov O, World Health Organization, Editörler. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva: World Health Organization; 2014. 89 S.
2. Weis MA. *Suicide. A handbook of psychiatry*, S.Arieti (Ed). New York: Basic Books Inc. Publishers, 1974: 743-765.
3. Uluduz DU, Uğur M. Bir vaka dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium* 2001; 39: 19-25.
4. Lonnqvist JK. *Suicide: epidemiology and causes of suicide*. New Oxford Textbook of Psychiatry. Gelder MG, López-Ibor pez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). Oxford:Oxford University Press, 2000: 1033– 1039.
5. Yanturalı S. Acil serviste intihar düşüncesi olan hastaya yaklaşım. *Acil Tıp Dergisi* 2000; 3: 246-253.
6. Kerkhof AJFM, Arensman E. *Attempted suicide and deliberate self harm: epidemiology and risk factors*. Gelder MG, Lopez JJ, Andreasen N (ed). *New Oxford Text Book of Psychiatry First ed*. Leiden University Press and World Health Organization, 2000: 1039-1045.
7. Morgan HG. *Deliberate self harm: a follow up study of 279 patients*. *British Journal of Psychiatry* 1976; 128: 361-368.
8. Alev Peker Seçim; *Acil Servise İntihar Girişimi İle Başvuran Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin incelenmesi Ve Beck Skorlarının Acil Serviste Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi*; Uzmanlık Tezi AYDIN 2016.
9. Türkiye İstatistik Kurumu, *İntihar İstatistikleri, 2015* [Internet]. [Kaynak 07 Nisan 2018]. Available At: [Http://Www.Tuik.Gov.Tr/PrehaberBultenleri.Do?id=21516](http://www.tuik.gov.tr/PrehaberBultenleri.do?id=21516).
10. World Health Organization, *World Health Organization, Department Of Mental Health And Substance Abuse. Public Health Action For The Prevention Of Suicide: A Framework*. [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization;2012 [Kaynak 26 Nisan 2018].
11. Taştan, Z., *Yusuf Atılgan'ın eserlerinde intihar*. Milli Eğitim, 2007. Guz(176).
12. Shneidman, E. and W. John, *Definition of Suicide*. 1985(New York:).
13. Eyüboğlu, İ., *Türk dilinin Etimoloji Sözlüğü*. İstanbul: Sosyal Yayınlar, 1998.

14. Ucan, O., *Türkiye’de İntihar Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13).*
15. Durkheim, E. and Ö. Ozankaya, *Toplumbilimsel inceleme intihar. çeviren. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1986.*
16. Uluduz, D. and M. Uğur, *Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi.YeniSymposium, 2001. 19-25(39).*
17. Sağınç, H., et al., *Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000. 78-82(1).*
18. Fish, K., *Suicide awareness at the elementary school level.. J Psychosoc Nursing, 2000. 20-23(38).*
19. Üstün, B., *Özkıyım ve hemşirelik yaklaşımı. Türk Hemşireler Dergisi, 1992. 9-11(42).*
20. Mercan, S., *intihar. çevrimiçi erişim, 2007.*
21. Eskin, M., *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme. Bölüm 1:Tanım ve Anlama, 2003. 3-28(Ankara).*
22. Haukka, J., et al., *Determinants and outcomes of serious attempted suicide. A nationwide study in Finland, 1996-2003.Am J Epidemiol, 2008. 1155-1163(167).*
23. Aslan, Ş., et al., *Suicide attempts with amitriptyline in adults:a prospective, demographic, clinical study. Turk J Med Sci, 2011. 243-249(41): p. 2. .*
24. Haran, S. and O. Aydın, *Depresyon, umutsuzluk, sosyal beğenirlik ve kendini kurgulama düzeyinin intihar girişimleri ile ilişkisi.. Kriz Dergisi 1995. 247-251(3).*
25. Sayıl, I. and D.-O. H., *Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998. Crisis. 2002: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.. 11-16(23).*
26. Sağınç H, K.N., Akyuz G, Doğan O., *Yatarak Tedavi Goren Hastalarda İntihar Oykusunun Araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000. 83-88:(1).*
27. Maris, R., AL. Berman, and v.a. JT. Maltzberger, *How Are Suicides Different. Assessment and Prediction of Suicide. New York:Guilford Pres, 1992. 65-87.*
28. Roy, A., S. BJ, and S. VA, *Comprehensive Textbook of Psychiatry,. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, Psychiatric emergencies 2000. 2031-2040(7).*

29. Organization WH, Others. *Preventing Suicide: A Resource For Media Professionals*. 2000 [Kaynak 26 Mart 2017]; Available At: [Http://Apps.Who.Int/Iris/Handle/10665/67604](http://Apps.Who.Int/Iris/Handle/10665/67604).
30. Dumais, A., et al., *Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression?. Am J Psychiatry*, 2005. 1375-1378(162).
31. Heeringen, C., et al., *Prefrontal 5-HT2a receptor binding index, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. J Affect Disord*, 2003. 149 158(74).
32. Diekstra, R. and Acta, *Suicide and the attempted suicide: an international perspective. Psychiat Scand*, 1989. 80(1-24).
33. Mann, J., A. Apter, and J.e.a. Bertolote, *Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA*, 2005. 2064-2074(224).
34. Enstitüsü, T.B.D.İ., *Türkiye İstatistik Yıllığı. Ankara, Hekimler Yayın Birliği*, 2008.
35. Welch, S., *A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population. Psychiatric Serv*, 2001. 368-375(52).
36. Özgüven HD, Sayıl I. *Suicide attempts in Turkey: results of the WHOEURO multicentre study on suicidal behaviour. Can J Psychiatry* 2003; 5: 48.
37. Mgaya E, Kazaura RM, Outwater A, Kinabo L. *Suicide in the dar es salaam region, Tanzania, 2005. J Forensic Leg Med* 2007; 30: 2-5.
38. Bridge, A., T. Goldstein, and A. Brent, *Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006. 327-94(47).
39. Murray, B. and K. Wright, *Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 2006. 157- 64(13): p. 2.
40. Ceylan, M. and B. Yazan, *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri,Anksiyete Bozuklukları*. 2000. 43-66(Bölüm 2).
41. Depp, C. and D. Jeste, *Bipolar disorder in older adults. a critical:review. Bipolar Disord* 2004. 343-367(6).
42. Leboyer, M., et al., *Age at onset in bipolar affective disorders Bipolar Disord. a review.*, 2005. 111-118(7).
43. Kaplan, H., B. Sadock, and K.a. Sadock's, *Synopsis of Psychiatry(9th ed).. Williams and Wilkins, Philadelphia* 2003. pp 534-536.

44. O., U., *Türkiye'de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Kriz Dergisi, 2005. 15-26(13).*
45. Senol V, Ünalın D, Avsarogulları L, İkizceli I. İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6: 19-29.*
46. Ambade, V., V. Godbole, and G. Kukde, *Suicidal and homicidal deaths: A comparative and circumstantial approach.e. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2007. 253-60(14).*
47. Jacobs, D.G.v.a., *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association., 2003.*
48. Berecz, R., M. Caceres, and A.e.a. Szlivka, *Reduced completed suicide rate in Hungary from 1990 to 2001: Relation to suicide methods. Journal of Affective Disorders, 2005. 235-38(88).*
49. Kapur, N.a.G., L., *Introduction to suicide and self-harm. Psychiatry Res, 2006. 259- 62(5).*
50. Lotrakul, M., *Suicide in Thailand during the period 1998–2003. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2006. 90-95(60).*
51. Koroğlu, E., *Psikiyatrik Acil Durumlar. Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 1999. 425- 443(2).*
52. Kamil, A., D. Veli, and D. Said, *Adıyaman'da intihar girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2006. 150-156(7).*
53. Arpi, D., E. Boudreaux, and N.e.a. Wang, *National Study of US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. Annals of Emergency Medicine, 2005. 369-75(46).*
54. Kanchan, T. and G. Menezes, *Suicidal poisoning in Southern. India: Gender differences. Journal of Forensic and Legal Medicine., 2007. 1-8(30).*
55. Jamison, K.R., *Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yay., 2004.*
56. Yılmazçetin, C.E., S. Taner, and K. Ögel, *İstanbul Örneğinde Ergenlerde Riskli Davranışların Yaygınlığı ve Sosyodemografik Etkenlerle İlişkisi., 2001.*
57. Aktepe, E., S. Kandil, and M. Topbaş, *Çocuk Ve Ergenlerde İntihar Davranışı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005. 88-97(2): p. 4.*
58. A, C. and Ö. H, *Türkiye'de 15-24 Yaş Grubu İntiharlar (1974-2001). IX. Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri 2005.*

59. Woo J-M, Okusaga O, Postolache TT. *Seasonality Of Suicidal Behavior. Int J Environ Res Public Health.* 14 Şubat 2012;9(12):531–47.
60. Köknel, Ö., *Genel ve Klinik Psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevi, 1989. İstanbul.*
61. Kapusta, N.a.S., G., *Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. The Journal of Men's Health & Gender, 2004. 1(2-3): p. 197- 202.*
62. Fernquist, R., *Race/Ethnicity, Age, Sex, And Suicide. MEducation,, 2001. 6(18).*
63. EK., M., *Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience Research, 2001. 310–23(1).*
64. Skegg, K., *Self-Harm. Lancet, 2005. 1471-83(366).*
65. Moscicki, E., *Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience, 2001. 310–323(1).*
66. Ekingen E, Goktekin MC, Ardic S, Alatas OD. *Retrospective Analysis Of Suicide Attempt With Analgesics. Eurasian J Emerg Med. 11 Aralık 2015;14(4):172–6.*
67. Eskin, M., *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme:Risk Etmenleri. Ankara 2003. 133-222(Bölüm5).*
68. Sayıl, I. and D.-O. H., *Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998. Crisis., 2002: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour.1116(23).*
69. Schmidtke, A., et al., *Attempted suicide in Europe: rates,trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters duringthe period 1989-1992. Acta Psychiatr Scand, 1996. 327-338(93).*
70. Çayköylü, A., et al., *Özkiyum girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özelliklerve tanı dağılımı.. Kriz Dergisi, 1997. 37-42(5).*
71. Yalvaç Dh. *İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyo-Demografik Ve Klinik Etkenlerle ilişkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D,Uzmanlık Tezi, Malatya, 2006.*
72. Wax, P., *Historical Principles and Perspectives. In: Golgfrank LR, Flomenbaum Ne; Lewin NA,, 2002. 1-17(7th ed).*
73. Amdur, M., J. Doull, and C. Klassen, *Cassaret and Doull's Toxicology. New York: Macmillan Pres, 1991.*
74. N, Y., *İntiharın Norobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2001. 5-15(4).*

75. Burns A, G.E., Moore T., A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 1-10- 44(30).
76. Cheng, H. and D. Lester, *The economy and suicide in Japan, 1985–2000. Percept Mot Skills*, 2006. 102:338.
77. Mufson L, N.Y., Warner V., *The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. J Affect Disord* 2002. 61-69(71).
78. Mufson, L., Y. Nomura, and V. Warner, *The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. J Affect Disord* 2002. 61-69(71).
79. Ge, X., et al., *The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent-child closeness. Dev Psychopathol*, 2009. 621- 635(21).
80. Deveci, A., O. Aydemir, and S. Mızrak, *İntihar girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. Kriz Dergisi* 2005. 1-9(13).
81. A., R., *Genetic influences on suicide risk. Clinical Neuroscience Research*, 2001. 324-30(1).
82. D.İ.E., *İntihar İstatistikleri. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü, (1980- 1996).*
83. Alptekin, K., *1974-1999 Yılları Arasında Türkiye’de Tamamlanmış İntiharların Coğrafi Yerleşim Birimlerine ve Cinsiyetlere Göre Dağılımı. Ankara, T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.*
84. Sır, A., *Diyarbakır’da özkıym ve özkıym girişimleri: Adli kayıtların incelenmesi.. Türk Psikiyatri Dergisi, 1999. 50-57(10).*
85. Bağlı, M., *Batman intiharları bağlamında özgürlüğün ve geleneksel toplumsal yapının kentsel kurgusu. Kriz Dergisi* 2004. 21-40(12).
86. Sayıl, I., et al., *Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde İntihar Davranışı Üstüne Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Rapor 2001, 2001.*
87. Şafii, M., et al., *Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. American Journal of Psychiatry*, 1985. 142(9).
88. Zonda, T., *Crisis. A longitudinal follow-up study of 583 attempted suicides, based on Hungarian material, 1991. 48-57(1): p. 12.*
89. Brent, D., et al., *Suicide in adolescent with no apparent psychopathology. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993a. 494-500(32).

90. Kesebir, S., D. Gülpek, and M. Noyan, *Özkiyim Girişimlerinin Doğası. Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002. 88-96(3).
91. Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 45: 1045-1050.
92. Rygnestad, T., *A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988. 389-394(72).
93. Cullberg, J., D. Wasserman, and C. Stefansson, *Who commits suicide after a suicide attempt? Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988. 598-603(77).
94. Brent, D., et al., *Adolescent psychiatric inpatients' risk of attempt upon sixmonthfollow-up J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1993b. 95-105(32).
95. Pfeiffer, C., et al., *Suicidal children grown up: Demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempts. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 1991. 609-616(30).
96. Bile-Brahe, U. and G. Jessen, *Repeated suicidal behavior: A two-year followup. Crisis*, 1994. 77-82(2): p. 15.
97. Kreitman, N. and P. Casey, *Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. Br J Psychiatry*, 1988. 792-800(153).
98. Ridgway, S., *Suicide Prevention Awareness Month MediaInformation. Tennessee Suicide Prevention Network*, 2004.
99. Doksat, M.K., *İntiharlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi SürekliTıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 1999*. 169-172.
100. Goldsmith, S., et al., *Reducing Suicide A National imperative. The National Academies Press*, 2003. 309-08321(0): p. 4.
101. Paracıkoğlu, V., I. Sayıl, and H. Özgüven, *Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir izleme çalışması:Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa çok merkezli intihar davranışı izlem çalışması sonuçları. Kriz Dergisi*, 2004. 1-17(12).
102. Rudd, M., *Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk. American Psychological Association*, 2006: p. 355-367.
103. Kaplan, H.I., et al., *Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed*, 2005. 2442-2453.
104. Tuzer, T., G. Bayam, and V.v.a. Bitlis, *İntihar girişiminde yontem secimini etkileyen faktorler.. Kriz Dergisi*, 1995. 257-59(3).

105. Roy, A., *Genetic influences on suicide risk. Clinical Neuroscience Research*, 2001. 324-30(1).
106. Nestor, D., Kapusta and Gernot Sonneck. *Suicides of men in Austria: an epidemiological analysis over a 30-year period. JMHG*, 2004. 197-202(1).
107. Burns, A., E. Goodall, and T. Moore, *A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000–2005. Journal of Forensic and Legal Medicine*, 2007. 1-10(30).
108. Starkuviene, S., R. Kalediene, and J. Petrauskiene, *Epidemic of suicide by hanging in Lithuania: Does socio-demographic status matter? Public Health.*, 2006. 769-75(120).
109. Suchard, J., et al., *Chemical and Biological Weapons. In USA, The McGraw- Hill Companies*, 2002. 1527-51(7 th edition).
110. Krenzelok, E., M. Allswede, and R. Mrvos, *The poison center role in biological and chemical terrorism. Vet Human Toxicol* 2000. 297-300(42).
111. Hoffmann, R., et al., *Poison Information Centers and Poison Epidemiology USA. Hofman RS, eds. Golgfrank's Toxicologic Emergencies, In: Golgfrank LR*. 2002. 1747-52(7 th edition).
112. *Dictionary, O.E., Oxford, Clarendon Pres.*
113. *Sultan Tuna AKGÖL GÜR Acil Servise Ğntihar GiriĞimi Nedeni Ğle Yapılan BaĞvuruların Demografik ve Klinik Özellikleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Tıpta uzmanlık tezi, Erzurum, 2012.*
114. SeydaoĞlu, G., *Zehirlenme Epidemiyolojisi. Nobel Kitapevi*, 2004. 19-38.
115. Poklins, A., *Introduction to Forensic Sciences. 2 nd ed. Florida: CRC Forensic Toxicology*, 1997.
116. Bystrzycki, A. and J. Coleridge, *Drug-and poison-related deaths in Victoria during 1997. Emergency Medicine. William and Wilkins*, 2000. 303-309(12).
117. *Lapatto-Reiniluoto, O., Acute poisonings: Epidemiology and gastrointestinal decontamination. Helsinki Hakapaino* 2001. 1 1 - 4.
118. Kurt, I., et al., *Adnan Menderes üniversitesinde izlenen zehirlenme olguları. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004. 5(3)(37 - 40).
119. Roy, A. and N. Segal, Sarchiapone M. *Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. Am J Psychiatry*, 1995. 1075–1076(152).
120. McGuffin, P., A. Marusic, and A. Farmer, *What can psychiatric genetics offer suicidology? Crisis.*, 2001. 61–65(22).

121. Brent, D. and J. Mann, *Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 2005. 13–24(133).
122. Mann, J., D. Brent, and V. Arango, *The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. Neuropsychopharmacology*, 2001. 467-477(24).
123. Oquendo, M. and J. Mann, *Neuroimaging findings in major depression, suicidal behavior and aggression. Clin Neurosci Res*, 2001. 377-380(1).
124. Tondo, L. and R. Baldessarini, *Suicide: Causes and Clinical Management*. 2003.
125. Gulliem, E., et al., *Relationship between attempted suicide, serum cholesterol level and novelty seeking in psychiatric inpatients.. Psychiatr Res*, 2002. 83- 88(112).
126. Roy, A., *Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 2000. 2031-2040(7).
127. Suominen, K., E. Isometsa, and H.e.a. Heila, *General hospital suicides—a psychologic alautopsy study in Finland. General Hospital Psychiatry*, 2002. 412– 16(24).
128. Yüksel N, *İntiharın nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi* 2001; 4: 5-15.
129. Nickel, C., et al., *Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. Pediatr Int.*, 2006. 374-81(48): p. 4.
130. Ekici, G., H. Savaş, and S. Cıtaç, *Tamamlanmış İntiharlarda İki Onemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin Of Clinical Psychopharmacology*, 2001. 168- 73(11).
131. Ak, M., K. Özmenler, and A. Özşahin, *İntihar girişimi ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkinin major depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2008. 33-41(11).
132. Holmstrand, C., A. Nimeus, and L. Traskman-Bendz, *Risk Factors of future suicide in suicide attempters - a comparison between suicides and matched survivors.. Nord J Psychiatry*, 2006. 162-167(60).
133. Tidemalm, D., S. Elofsson, and C. Stefansson, *Predictors of Suicide in A Community-Based Cohort of Individuals with Severe Mental Disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005. 595-600(40).
134. Cheng, A., A. Mann, and K. Chan, *Personality Disorder and Suicide. A Case Control Study. Br J Psychiatry*, 1997. 441-446(170).
135. Tel, H. and S. Uzun, *İntihar girişimi ile acil sevisse başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2003. 151- 158(4).

136. Bakım, B., B. Ozcelik, and O. Karamustafaloğlu, *Psikiyatrik Bozukluklarda Gözlenen İntihar Davranışları Düşünen Adam. Psikiyatri ve Norolojik Bilimler Dergisi*, 2007. 38-47(20).
137. Sayıl, I. and O.E. Berksun, *Depresyon ve İntihar. Psikiyatri Dnyası*, 1998. 52- 56(2).
138. Alper, Y., *Depresyonun psikodinamiği. I Sayıl (ed): İntihar'da. İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları* 2002. 39-46.
139. Ateşçi, F., et al., *İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinciEksen Tanıları. Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2002. 22-27(5).
140. Read, G., *Trends in an adolescent and young adult parasuicide population presenting at a psychiatric emergency uni: A descriptive study. International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1997. 249-269(9).
141. O, D.I., R. Farmer, and J. Catalan, *Explaining suicide: The views of survivors of serious suicide attempts. British Journal of Psychiatry*, 1996. 780-786(168).
142. Mitchell, A., et al., *Effective communication with bereaved child survivors of suicide. J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 2006. 130-6(19): p. 3.
143. Chen, J., M. Dunne, and P. Han, *Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. J Adolesc Health*, 2006. 544-9(38): p. 5.
144. Kırkpınar, İ. and A. Nazan, *Şizofrenide İntihar. Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001. 47-52(2).
145. Nakaya, N., N. Kikuchi, and T.e.a. Shimazu, *Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men:the Ohsaki Study. Alcohol* 2007. 503-10(41).
146. Roy, A., *Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and newfindings. Journal of Affective Disorders*, 2003. 267-71(77).
147. Crombie, K., D. Pounder, and P. Dick, *Who takes alcohol prior to suicide?. Journal of ClinicalForensic Medicine*, 1998. 65 -68(5).
148. Roy, A., et al., *Serum cholesterol, suicidal behavior and impulsivity in cocaine- dependent patients. J. Psychiatry Research.*, 2001. 243-47(101).
149. Cander, Başar. *Acil Tıp Temel Başvuru Kitabı*. Konya : İtanbul Tıp Kitabevler, 2016. 978-605-4949-73-1.
150. Dilsiz A, Dilsiz F. *İntihar girişimlerinde belirtilen nedenler. Kriz Dergisi* 1993; 1:124- 129.
151. Dilbaz N, Sengül CB, Çetin MK, Sengül C, Okay T, Yurtkulu F, Duman T. *Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi* 2005; 13: 1-10.

152. Kerkhof AJFM, Arensman E. *Attempted suicide and deliberate self harm epidemiology and risk factors.* Gelder MG, Lopez JJ, Andreasen N (ed). *Ne Oxford Text Book of Psychiatry First ed.* Leiden University Press and World Health Organization, 2000: 1039- 1045.
153. Alptekin K, Duyan V, Demirel S. *Adıyaman'da intihar girişimleri.* *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 150-156.
154. Barr W, Leitner M, Thomas J. *Self-harm or attempted suicide? Do suicide notes help us decide the level of intent in those who survive?* *Accid Emerg Nurs* 2007; 15: 122-.
155. Henderson JP, Mellin C, Patel F. *Suicide-A Statistical analysis by age, sex and method.* *J Clin Foren Med* 2005; 12: 305-309.
156. Ziherl S, Zalar B. *Risk of suicide after attempted suicide in the population of Slovenia from 1970 to 1996.* *Euro Psych* 2006; 21: 396-400.
157. Nader IW, Pietschnig J, Niederkrotenthaler T, Kapusta ND, Sonneck G, Voracek M *Suicide seasonality: complex demodulation as a novel approach in epidemiologic analysis.* *Plos One* 2011; 6: 17413.
158. Tuan VN, Dalman C, Le TC, Thiem V, Nguyen NV, Tran, Allebeck P. *Suicide attempt in a rural area of Vietnam: incidence, methods used and access to mental health care.* *Int J Ment Health Syst* 2010; 4: 3.
159. Atli A, Uysal C, Kaya M, Bulut M, Gunes M, Karababa I, Vd. *Assessment Of Admission To The Emergency Department Due To Suicide Attempt: Sanliurfa Sample.* *J Mood Disord.* 2014;4(3):110.
160. Ayaz T, Bilir Ö, Ersunan G, Şahin OZ, Yavaş Ö, Rakici H *İntihar amaçlı ilaç zehirlenmelerin değerlendirilmesi; Konuralp Tıp Dergisi* 2015;7(1):53-56 .
161. Yeşil O, Akoğlu H, Onur Ö, Güneysel Ö. *Acil Servise Başvuran Zehirlenme Olgularının Geriye Dönük Analizi.* *Marmara Med J.* 2008;21(1):026-032.
162. Güloğlu C. Şervan G. Mehmet Ü. *Acil servise başvuran özkıyım olgularının kullandığı yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi.* *Tur J Em Med* 2009; 9: 109-114.
163. Kekeç Z, Yıldırım C, Gökizceli G, Gönül A, Sözüer E. *Özkıyım girişimi nedeni psikiyatrik morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle ilişkisi (Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1:157161.*
164. Kubalı Z. *Ankara İlinde Bir Kamu Hastanesi Acil Bölümünde İntihar Girişim Vakalarının Öncelenmesi.* G.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
165. Shafii M, Carrigan S, Whittinghill JR, Derrick A. *Psychological autopsy completed suicide in children and adolescents.* *Am J Psyc* 142; 9: 1985.

166. Göktekin MÇ, Ateşçelik M, Gürger M, Yıldız M, Kara B. Elazığ'da intihar girişimi nedeni ile acil servise başvuran hastaların incelenmesi. 9. Ulusal Acil Tıp Kongresi Poster Bildirimi, Antalya 2013; S:168.
167. Runeson BS, Beskow J, Waern M. The suicidal process among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 35-42.
168. Egeland J, Sussex J. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254: 915-918.
169. Zehirlenmelerinin İAİ. Değerlendirilmesi. [Kaynak 19 Mayıs 2017]; Available At http://Www.Konuralptipdergi.Duzce.Edu.Tr/Dokumanlar/Sayi7-1/10_KTD-2015-7-1.Pdf.
170. Ozayar E, Degerli S, Gulec H, Sahin S, Dereli N. Retrospective Analysis Of Intoxication Cases In The ICU. Dahili Ve Cerrahi Bilim Yoğun Bakım Derg Turk J Med Surg Intensive Care. 01 Aralık 2011;2(3):59-62. .
171. Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E, Vd. Voluntary Self-Poisoning As A Cause Of Admission To A Tertiary Hospital Internal Medicine Clinic In Piraeus, Greece Within A Year. *BMC Psychiatry*. 2001;1(1):4.
172. Gökhan F. İntihar Girişimi Nedeniyle 1 Haziran 2006-31 Mayıs 2011 Yılları Arasında Sağlık Bakanlığı Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Devlet Hastanesi Acil Servis'ne Başvuran Olguların İncelenmesi uzmanlık tezi, Uzmanlık tezi, Kırşehir, 2011.
173. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 383-392.
174. Acil Servise Madde Alımı Ve İntihar Amaçlı İlaç Alımı İle Başvuran Hastaların Retrospektif Olarak İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniv. Tıp Fakültesi 2017.
175. Sari Dogan F, Ozaydin V, Varisli B, Incealtin O, Ozkok Z. The Analysis Of Poisoning Cases Presented To The Emergency Department Within A One-Year Period. *Turk J Emerg Med*. Aralık 2014;14(4):160-4.
176. Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E, Vd. Voluntary Self-Poisoning As A Cause Of Admission To A Tertiary Hospital Internal Medicine Clinic In Piraeus, Greece Within A Year. *BMC Psychiatry*. 2001;1(1):4.
177. Özhasenekler RA, Karaman H, Kavak GÖ, Tüfek A, Yıldırım Z, Çelik F, Vd. Özkayım Amaçlı İlaç İntoksikasyonlu Hastalarımızın Demografik Özellikleri, Glaskow Koma Skalası Ve Revize Travma Skoru'nun Mortalite İle İlişkisi. *RTS*. 2012;6(1.20):0-03.
178. Chan B, Guadry P, Gratton-Smith TM, McNeil R. The Use of Glasgow Coma Scale in Poisoning. *J Emerg Med*, 1993; 11: 579-82.
179. Micha Ragolsky, Hady Shimon ,Hadar Shalev,Abraham Weizman, Eitan Rubin Suicidal Thoughts Are Associated with Platelet Counts in Adolescent Inpatients <https://doi.org/10.1089/cap.2012.0057>.

180. Shinsuke Hidese, Kenji Saito, Shinya Asano, Hiroshi Kunugi Association between iron deficiency anemia and depression: A web-based Japanese investigation 10.1111/pcn.12656.
181. Increased neutrophil-lymphocyte ratios in depressive adolescents is correlated with severity of depression. Gonca Özyurt, Nagihan Cevher Binici. 268 426 431, İzmir Türkiye : Elsevier, 2018.
182. Relationships of Neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios with severity of major depression. Fatih Kayhan, S. Şule Gündüz, Sevde Afife Ersoy, Ali Kandeğer, Bilge Burçak Annagü. Konya-Turkey : Elsevier, 2017. 247 332 335.
183. Kumar P, Chandra K, Varshney A. Clinical Study Of Acute Poisoning: A Retrospective Study. J Evol Med Dent Sci. 2014;3(61):13509–13517.
184. Ozayar E, Degerli S, Gulec H, Sahin S, Dereli N. Retrospective Analysis Of Intoxication Cases In The ICU. Dahili Ve Cerrahi Bilim Yoğun Bakım Derg Turk J Med Surg Intensive Care. 01 Aralık 2011;2(3):59–62.
185. Tountas C, Sotiropoulos A, Skliros SA, Kotsini V, Peppas TA, Tamvakos E, Vd. Voluntary Self Poisoning As A Cause Of Admission To A Tertiary Hospital Internal Medicine Clinic In Piraeus, Greece Within A Year. BMC Psychiatry. 2001;1(1):4.
186. Sari Dogan F, Ozaydin V, Varisli B, Incealtin O, Ozkok Z. The Analysis Of Poisoning Cases Presented To The Emergency Department Within A One-Year Period. Turk J Emerg Med. Aralık.
187. Eskin, M., İntihar; Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme,. Çizgi Yayınevi, Ankara,, 2003. 47.
188. Sayar, K., İntihar ve İnanç Sistemleri Yeni Symposium. 2002. 100-104(3): p. 40.
189. Vijayakumar, L. and K. Nagaraj, Suicide and Suicide Prevention in Developing Countries, Disease Control Priorities Project. 2004.
190. Sayıl, I., et al., Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınlar, 2000: p. no:6.
191. Altındağ, A., B. Özdemir, and M. Yanık, Şanlıurfa 'da ateşli silahla intiharlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005. 240-244(6).