

Kimler İntihar Girişiminde Bulunuyor? Bir Âcil Servisin Deneyimleri

Özlem Yiğit*, Seçgin Söyüncü**, Yeliz Berk***

* Uzman Doktor, Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

** Yardımcı Doçent Doktor, Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

*** Araştırma Görevlisi Doktor, Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya

Özlem YİĞİT;

Tel No: +902422496183

E- posta: ozlemyigit@akdeniz.edu.tr

ÖZET

Amaç: İntihar girişiminde bulunanların ilk başvurduğu yerler çoğu zaman hastanelerin âcil servisleri olmaktadır. Bu çalışmada, bir üniversite hastânesinin âcil servisine bir yıl içinde intihar girişimiyle başvuran hastaların demografik özelliklerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi âcil servisine, 01.09.2006 ile 30.09.2007 tarihleri arasında intihar girişimi ile başvuran hastaların dosyaları geriye dönük olarak taranmıştır.

Bulgular: Toplam 90 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 65'i kadın (%72), 25'i erkekti (%28). Hastalar en çok 16-24 yaş grubundaydı (%57). En sık kullanılan intihar girişimi yöntemi aşırı miktarda ilaç alımı idi (79 hasta-%88). 26 hastada (%29) önceden tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık, 15 hastada (%17) ise geçmişte de intihar girişimi öyküsü vardı. Çalışmayan ve alt gelir grubundaki (0-500 YTL) hastalar çoğunlukta idi (53 hasta, %59). Hastaların hepsinden psikiyatri konsültasyonu istendi. Âcil servisteki değerlendirmelerinin ardından 56 hasta (%62) önerilerle taburcu edilirken, 25 hasta (%28) dâhiliye ve/veya yoğun bakım servisine, 2 hasta ise (%2) psikiyatri servisine yatırıldı.

Tartışma ve Sonuç: İntihar girişiminde bulunan hastaların önerilen tedaviye uyumunun çok iyi olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle bu hastaların âcil serviste nasıl değerlendirildiği çok önemlidir. Sebat eden intihar düşünceleri olan, geçmişte intihar girişimi öyküsü bulunan, ciddi depresif ve psikotik belirtiler gösteren ve sosyal desteği yetersiz olan yüksek riskli hastaların mutlaka konsülte edilerek âcil serviste psikiyatri tarafından değerlendirilmesi ve mümkünse hastaneye yatırılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: intihar girişimi, âcil servis, demografik özellikler, psikiyatri konsültasyonu

ABSTRACT

Who Are The Suicide Attempters? A View from an Emergency Department

Objective: Following a suicide attempt, patients usually reach to an emergency department for treatment. The aim of this study is, to determine the demographic features of the suicide attempt patients, who entered to a university hospital emergency department in one-year period, following a suicide attempt.

Method: All attempted suicide patients admitted to Akdeniz University Hospital Emergency Department between 01.09.2006 and 30.09.2007 participated to the study. Demographic features have been extracted from patient's records retrospectively.

Findings: A total of 90 patients were enrolled to the study. Most of the patients were female (65 patients, 72%) and 25 patients were male (28%). Most frequent age group was 16-24 (57%). Common suicide attempt method was drug overdose (79 patients, %88). 26 patients (29%) had a psychiatric disorder diagnosis in the past medical history, and 15 patients (17%) had a previous suicide attempt. Many patients in the study group (53 patients, 59%) were unemployed or earning low payments (0-500 YTL). All patients in the study were received a psychiatry consultation in the emergency department. After all evaluations, 56 patients (62%) were discharged from emergency department, 25 patients (28%) were hospitalized in internal medicine/intensive care unit and 2 patients (2%) were hospitalized in psychiatry department.

Discussion and Conclusion: It is well known that suicide attempters have non-compliance with

recommended aftercare. Therefore the emergency care features of these patients are very important. Current suicidal thoughts, history of attempts, severe depressive and psychotic symptoms and insufficient social supports point out high risk for the patients. These high risk patients should be referred to psychiatric consultation in the emergency department and if possible, they should be hospitalized for observation and treatment.

Keywords: suicide attempt, emergency department, demographic features, psychiatric consultation.

GİRİŞ

Kişinin kendisini ölüme götüreceğini bilerek giriştiği her türlü eylemin, doğrudan veya dolaylı sonucu olarak gelişen ölümlere intihar denir. Önemli bir halk sağlığı problemi olan intihar, CDC'nin (Centers for Disease Control and Prevention) 2003 yılı verilerine göre 10-64 yaş grubunda ilk on ölüm sebebi arasındadır. Genel popülasyonda intihar girişimi epidemiyolojisi ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları, 1970-2000 yılları arasında dünya genelindeki farklı ülkelerde intihar sıklığının 2.6-1100/100.000, yaşam boyu yaygınlığının ise 720-5930/100.000 arasında değiştiğini bildirmektedir (Welch 2001). Türkiye verilerine bakıldığında, Manisa ili kent merkezinde yapılan bir araştırmada intihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %6.6, intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlığı ise %2.3 olarak tesbit edilmiştir (Deveci ve ark. 2005).

İntiharla ilgili terminolojide bazı değişik tanımlamalar bulunmaktadır. Temel olarak intihar girişimleri "ölümle sonuçlanan girişimler" ve "ölümle sonuçlanmayan girişimler" olarak iki gruba ayrılabilir. Ölümle sonuçlanmış intihar olgularının, tamamlanmamış başarısız intihar girişimlerine oranı yaklaşık 1/40'dır (Rund 2004). Ölümle sonuçlanmayan girişimlerden bahsederken, "intihar girişimi" (attempted suicide) terimi Amerikan literatüründe daha yaygınken, Avrupa'da "parasüisid" veya "kasıtlı olarak kendine zarar verme" (deliberate self-harm) terminolojisi daha sık kullanılmaktadır.

İntihar girişiminde bulunan kişilerin ilk başvurduğu ve değerlendirildiği yerler çoğu zaman hastanelerin acil servisleri olmaktadır. Tamamlanmamış intihar girişimiyle acil servise başvurmuş olmak, daha sonra ölümle sonuçlanan intihar girişiminde bulunma olasılığını artıran bir faktördür (Ryan ve ark. 1996). Bu nedenle acil servise intihar girişimi ile başvuran olguların demografik özelliklerinin bilinmesi ve bu kişilere acil servislere uygulanan tedaviler ve psikiyatrik destek önem kazanmaktadır. İntihar girişiminden sonra acil serviste değerlendirilen ve hayatı tehdit eden problemlerin olmadığı saptandıktan sonra taburcu edilen bazı hastalar, bir daha psikiyatraya başvurmayabilir ve gerekli psikiyatrik desteği alamayabilir. Suominen ve arka-

daşlarının (1998) çalışmasında, bilinen majör depresyon tanısı olan hastaların dahi intihar girişiminden önceki ve sonraki dönemde uygun tedavi görmedikleri görülmüştür. Bu gibi hastaların uygun yönlendirme ve desteğinin yapılabileceği ve belki hayatına son vermekten vazgeçirileceği tek yer acil servis olabilir.

Bu çalışmada, bir yıl içinde, bir üniversite hastanesinin acil servisine kasıtlı olarak kendine zarar verme girişimiyle başvuran hastaların demografik özelliklerini ve acil servisteki son tanılarını tanımlamak amaçlanmıştır. Hasta popülasyonunun özelliklerini öğrenmek acil serviste uygulanabilecek tedavi stratejilerini belirlemede ve hastaları yönlendirmede hekimlere yol gösterecektir.

YÖNTEM

Yıllık 50.000 hasta başvurusu olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi acil servisine, 01.09.2006 ilâ 30.09.2007 tarihleri arasında, kasıtlı olarak kendine zarar verme girişimi nedeniyle başvuran hastalar çalışmaya alındı.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Medi-Âcil programı taranarak, belirlenen tarihler arasında, ICD-10 kodlama sisteminde 'kasıtlı olarak kendine zarar verme' ile ilgili olan X60-X84 tanı kodlarını içeren hastaların dosya numaraları belirlendi (Tablo 1).

Belirlenen hastaların arşiv dosyaları geriye dönük olarak tarandı ve bilgiler çalışma formuna kaydedildi. Çalışma formuna, başvuru tarihi, hastanın yaşı, cinsiyeti, medenî hâli, önceden tanı almış psikiyatrik hastalığı olup olmadığı, geçmişte intihar girişimi varlığı, eğitim durumu, gelir düzeyi, acil serviste psikiyatri konsültasyonu istenip istenmediği, konsültasyon istenen hastaların son tanısı ve hasta için acil servisten verilen yatış veya taburculuk kararı kaydedildi.

Toplanan veriler SPSS 11.0 programına aktararak tanımlayıcı istatistiksel analizleri yapıldı.

BULGULAR

Medi-Âcil programından belirlenen tarihler arasında, kasıtlı olarak kendine zarar verme tanı kodunu almış toplam 147 hasta bulundu. Hasta dosyaları incelendiğinde, 27 hastanın tanı kodunun yanlış girildiği, as-

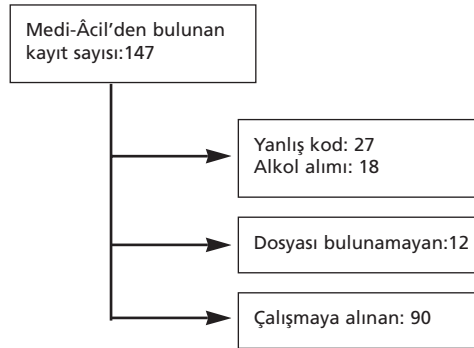
Tablo 1: ICD-10 tanı kodlama sisteminde intihar ile ilgili kodlar

ICD-10 Kodu	Açıklama	X72	Kasıtlı olarak kendini tabanca ile vurma
X60	Kasıtlı olarak opiat olmayan analjezik, antipiretik ve antiromatizmallere mâruzîyet	X73	Kasıtlı olarak kendini tüfek, çifte veya daha büyük silâh ile vurma
X61	Kasıtlı olarak antiepileptik, sedatif-hipnotik, antiparkinsonian ve psikotrop ilâçlara mâruzîyet	X74	Kasıtlı olarak kendini diğer ve tanımlanmamış ateşli silâhlar ile vurma
X62	Kasıtlı olarak narkotik ve hallüsinojenlere mâruzîyet	X75	Kasıtlı olarak kendi kendine patlayıcı maddeler ile zarar verme
X63	Kasıtlı olarak otonom sinir sistemini etkileyen ilâçlara mâruzîyet	X76	Kasıtlı olarak duman, ateş ve alev ile kendi kendine zarar verme
X64	Kasıtlı olarak diğer ve tanımlanmamış ilâçlara mâruzîyet	X77	Kasıtlı olarak buhar, sıcak buhar ve sıcak maddelerle kendi kendine zarar verme
X65	Kasıtlı olarak alkole mâruzîyet ve kendini zehirlleme	X78	Kasıtlı olarak keskin objeler ile kendi kendine zarar verme
X66	Kasıtlı olarak organik çözücüler ve halojenli hidrokarbonlara ve buharlarına mâruzîyet	X79	Kasıtlı olarak künt objeler ile kendi kendine zarar verme
X67	Kasıtlı olarak diğer gazlar ve buharlara mâruzîyet	X80	Kasıtlı olarak yüksekten atlayarak kendi kendine zarar verme
X68	Kasıtlı olarak pestisitlere mâruzîyet	X81	Kasıtlı olarak hareketli bir objeden atlayarak kendi kendine zarar verme
X69	Kasıtlı olarak diğer ve tanımlanmamış kimyasallar ve tehlikeli maddelere mâruzîyet	X82	Kasıtlı olarak motorlu aracın çarpması sonucu kendi kendine zarar verme
X70	Kasıtlı olarak kendini asma, boğma	X83	Kasıtlı olarak diğer tanımlanmamış vasıtalar ile kendi kendine zarar verme
X71	Kasıtlı olarak kendini suda boğma	X84	Kasıtlı olarak tanımlanmamış vasıtalar ile kendi kendine zarar verme

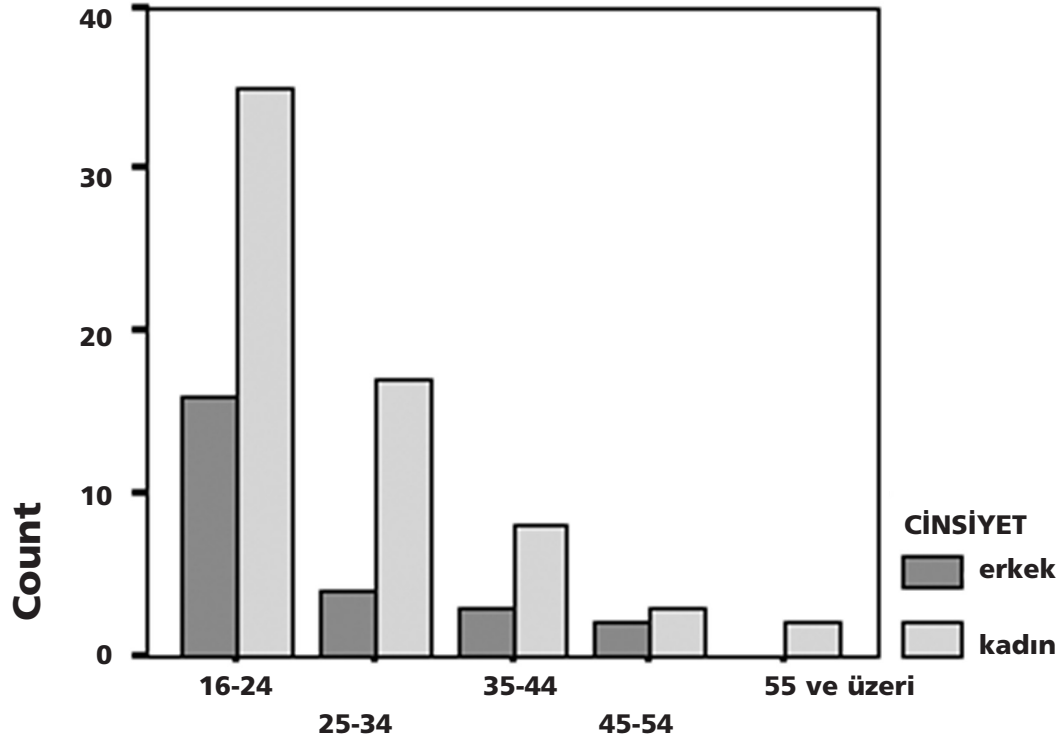
linda intihar girişimi olmadığı bulundu. X65 tanı kodu alan 18 hastanın aşırı alkol alımı nedeniyle âcil serviste bu kodla kaydedildiği ve intihar girişimi bulunmadığı tesbit edildi. 12 hastanın ise dosyaları arşivde bulunmadığı için bilgilerine ulaşılamadı. Kalan 90 hastanın bilgileri çalışma formuna kaydedildi (Şekil 1).

Kasıtlı olarak kendine zarar verme girişimi cinsiyete ve yaş gruplarına göre farklılıklar gösterdi. Hastaların 65'i kadın (%72), 25'i erkekti (%28). Yaş gruplarına göre bakıldığında en çok başvurunun 16-24 yaş grubunda olduğu tesbit edildi (%57) (Şekil 2).

Kasıtlı olarak kendine zarar verme yöntemine bakıldığında, hastaların çoğunluğunun ilâçla kendini zehirlleme yoluyla intihar girişiminde bulunduğu tesbit edildi (79 hasta, %88). Diğer yöntemlere bakıldığında, 4 hastanın bileklerini kestiği, 4 hastanın ateşli silâh kullanarak kendini vurduğu, 2 hastanın yüksek bir

Şekil 1: Hasta Akış Şeması

Şekil 2: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı



yerden atladığı ve 1 hastanın da kendini asma girişiminde bulunduğu görüldü (Tablo 2).

Medenî hâl ve yalnız yâhut âilesiyle birlikte yaşıyor olma durumlarına bakıldığında, hastaların 29'unun evli (%32), 49'unun bekâr (%55), 5'inin ise boşanmış veya dul (%6) olduğu tesbit edildi. Hastalardan 7'sinin (%7) medenî hâli dosya bilgilerinden bulunamadı. Hastaların 59'u âilesi ile birlikte yaşıyordu (%66).

Gelir düzeylerine bakıldığında hastaların çoğunluğunun çalışmayan ve alt gelir grubunda olduğu görüldü (53 hasta, %59). Eğitim durumlarına göre 23 hasta (%26) ilköğretim (ilkokul ve ortaokul) mezunu iken, 38 hasta lise mezunu (%42), 14 hasta ise yüksek okul mezunu veya öğrencisi idi (%15). 15 hastanın eğitim durumu bilgisi dosyalarında bulunamadı (Tablo 2).

Önceden tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık öyküsü 26 hastada (%29) vardı. Bu hastaların 12 tânesinde depresyon, 5 tânesinde psikoz, 4 tânesinde anksiyete bozukluğu, 2 tânesinde dissosiyatif bozukluk, 2 tânesinde obsesif bozukluk, 1 tânesinde de madde bağımlılığı öyküsü bulunmaktaydı. Hastaların 15'inin ise geçmişte de intihar girişiminde bulunduğu tesbit edildi (%17) (Tablo 3).

Ateşli silâhla kendini vurarak intihar girişiminde bulunan bir hasta ve aşırı ilaç alımı olan bir hasta âcil serviste vefat etti. 11 hastanın genel durumu psikiyatrik

görüşme yapmak için uygun olmadığından psikiyatrik görüşmesinin daha sonra yattığı serviste yapılması planlanarak âcil serviste konsültasyon yapılmadan hastaneye yatırıldı. 6 hasta ise psikiyatri konsültanı ile görüşmeyi kabul etmediği ve âcilden kendi isteği ile ayrıldığı için konsülte edilemedi. Kalan 71 hastanın hepsinden âcil serviste psikiyatri konsültasyonu istendi ve psikiyatrik değerlendirmesi yapıldı. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda, 45 hastada impulsif intihar girişimi (%50), 22 hastada depresyon (%24), 2 hastada bipolar bozukluk (%2), 2 hastada şizofreni (%2) ve 1 hastada atipik psikoz (%1) düşünüldü. Âcil serviste yapılan değerlendirmelerinin ardından 56 hasta (%62) âcil servisten tavsiyelerle taburcu edilirken, 25 hasta (%28) tıbbî gereklilikle hastâneye yatırılarak dâhiliye ve/veya yoğun bakım servislerinde izleme alındı, 2 hasta ise (%2) psikiyatri servisine yatırıldı. 6 hasta (%7) tedaviyi kabul etmeyerek âcil servisten doktorların izni olmadan kendi isteğiyle ayrıldı (Tablo 4).

TARTIŞMA

İntihar girişiminde bulunan hastaların genel özelliklerine bakıldığında, başarılı yâni ölümle sonuçlanan intihar olguları ile parasüisidal girişimciler arasında demografik olarak bâzı belirgin farklar göze

Tablo 2: İntihar yöntemleri ve hastaların sosyoekonomik özellikleri

	Hasta sayısı	%
Yöntem		
İlaçla kendini zehirlenme	78	88
Bileklerini kesme	4	4.4
Ateşli silâh	4	4.4
Yüksekten atlama	2	2
Kendini asma	1	1
Cinsiyet		
Kadın	65	72
Erkek	25	28
Medenî hâli		
Evli	29	32
Bekâr	49	55
Dul/Boşanmış	5	5
Gelir düzeyi		
0-500 YTL	53	59
500-1000 YTL	15	17
1000-2000 YTL	7	8
2000 üstü YTL	0	0
Eğitim durumu		
İlkokul	17	19
Ortaokul	6	7
Lise	38	42
Üniversite	14	15

çarpılmaktadır. Ölümle sonuçlanan girişimde bulunan hastalar sıklıkla ileri yaşta, yalnız yaşayan ve kronik fiziksel hastalığı olan erkeklerdir (Spicer 2000). Kadın olmak, genç olmak, fiziksel rahatsızlık yapmayan depresyon, alkol ve madde kullanımı gibi psikososyal hastalıkları olmak daha çok ölümle sonuçlanmayan parasüisidal girişimcilerin demografik özelliklerindendir (Petronis ve ark. 1990). Kadınlar erkeklerden 3 kat daha fazla intihar girişiminde bulunurlar, ancak erkeklerin intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma olasılığı 4 kat daha fazladır (Doshi ve ark. 2005). Kadınların daha fazla girişimde bulunmasının yanı sıra, erkeklerin muhtemelen olay yerinde ölmesi ve âcil servise getirilememesi de âcile başvuran intihar girişimi olgularının daha çok kadınlar olmasını açıklamaktadır. Bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunan hastaların %72'si kadın, %28'i erkekti.

İntihar girişiminde seçilen yöntem de cinsiyete göre değişmektedir. Erkeklerin aşırı ilaç alımı veya bileklerini kesme gibi yöntemler yerine daha ölümcül olan ateşli silâhlarla kendini vurma ya da kendini asma gibi yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür (Edwards

Tablo 3: Hastaların eski psikiyatrik öyküsü

	Hasta sayısı	%
Geçmişte intihar girişi		
Var	15	17
Yok	72	80
Bilinen psikiyatrik hastalık		
Var	26	29
Yok	58	64

Tablo 4: Âcil serviste değerlendirilen hastaların taburculuk/yatış kararları ve tanıları

	Hasta sayısı (%)
Psikiyatri konsültasyonu	
Var	71 (79)
Yok	19 (21)
Genel durumu kötü	11
Kendisi kabûl etmeyen	6
Vefat	2
Psikiyatri konsültasyon tanısı	
İmpulsif girişim	45 (50)
Depresyon	22 (24)
Bipolar bozukluk	2 (2)
Psikoz	3 (3)
Âcil servisteki sonuç	
Taburcu	56 (62)
Dâhiliye servisine yatış	25 (28)
Psikiyatri servisine yatış	2 (2)
İzinsiz terk	6 (7)

2001). Kadınların ateşli silâhları tercih etmemelerinin tek nedeni daha ölümcül olmaları değildir. Denning ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında aynı düzeyde ölüm niyeti olan kadın ve erkeklerle bakıldığında kadınların daha az acı veren "temiz" yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür. Kadınların seçtikleri intihar yönteminin dış görünüşlerinde hasar yaratmasını istemedikleri için, ateşli silâh kullansalar bile başlarına ateş etmedikleri, bunun da mortalitenin azalmasına katkıda bulunduğu söylenmiştir (Kposowa 2006). Yine kadınların erkekler kadar silâhlarla ilgilenmemeleri ve daha az silâh sâhibi olmaları da bu yöntemi daha az kullanmalarının bir diğer nedenidir (Conner 2003). Bizim çalışmamızda da hastaların seçtikleri intihar yöntemine bakıldığında, ateşli silâh kullananların hepsinin erkek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda âcile intihar girişimi ile gelen hastaların yaşlarına bakıldığında en çok 16-24 yaş grubunda (%57) oldukları görülmüştür. Bu da genel literatür-

le uyumlu beklenen bir sonuçtur. Doshi ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında âcil servise intihar girişimi ile başvuran hastalar en çok 15–19 yaş grubundadır. Bu yaşlarda intihar, ölüm nedenleri içinde kazalar ve cinayetlerden sonra üçüncü sırada gelmektedir (Mitchell ve ark. 2005). Ergen ve genç erişkinlik dönemindeki kişiler hayatla ilgili yoğun stres duyguları, kendine güvensizlik, başarısız olma korkusu ve kendilerine rol model bulamamak gibi sorunlarla karşı karşıya kalmakta ve bâzı gençlerde bu baskılar intihar girişimlerine yol açmaktadır (Meehan ve ark. 1992).

Hastanın bilinen bir psikiyatrik bozukluğunun olması intihar girişimi riskini artıran bir faktördür. Özellikle depresyon varlığı belirgin risk artışına yol açmaktadır (Cheng ve ark. 2000, Warman ve ark. 2004, Edelson 2006). Bizim çalışmamızda önceden tanı konmuş psikiyatrik bozukluk öyküsü olan 26 hastada (%29) pozitif bulunmuştur ve bu hastaların %46'sında (12 hasta) tanı konmuş psikiyatrik hastalık depresyondur.

İntihar girişiminde bulunan hastaların yaşam koşulları da risk artışını belirlemede önemlidir. Sosyoekonomik göstergelere bakıldığında özellikle işsizliğin belirgin risk artışına yol açtığı bulunmuştur (Lewis 1996, Platt 1984). İşsizlik ve düşük ücretlerle çalışma özellikle erkeklerde intihar girişimi açısından daha güçlü etkiler göstermektedir (Qin ve ark. 2003). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da intihar girişiminin ekonomik bağımsızlığı olmayan ev hanımı gibi kişilerde daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (Çayköylü ve ark. 1997). Bizim çalışmamızda da en çok intihar girişiminin gelir düzeyi 0–500 YTL olan hasta grubunda (%59) olduğu tesbit edilmiştir.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumlarına bakıldığında daha çok lise ve üniversite düzeyinde olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin daha iyi şartlarda yaşayabileceği ve ekonomik olarak daha fazla kazanabilecekleri öngörüsüyle bakılırsa bu durum bir çelişki olarak görülebilir. Ancak bu çelişkiyi hastaların yaş ortalamalarıyla açıklamak mümkündür. Çalışmamızdaki hastaların çoğunluğunun 16–24 yaş grubunda olduğu düşünülürse, bu gruptaki kişilerin büyük bir bölümü ya lise ya da üniversite öğrencisidir. Dolayısıyla hâlen kendi hayatını kazanamayan, ekonomik olarak âileye bağımlı durumdadırlar.

Hastaların medenî hâl ve yalnız veya âilesiyle birlikte yaşıyor olması da intihar riskini belirleyen etmenlerdendir. Yapılan araştırmalarda evlilerde intihar girişiminin diğer tüm gruplardan daha düşük olduğu tesbit edilmiştir. Evlilerde rölâtif risk 1.0 iken, bekârlarda 1.9, boşanmışlarda 2.8, eşi ölenlerde 2.9'a kadar çıkmaktadır (Smith ve ark. 1988). Medenî durumun ortaya çıkardığı intihar girişimi riski cinsiyete göre de farklılık göster-

mektedir. Genç beyaz erkeklerin eşi öldüğünde intihar riski 17 kat artarken, genç kadınlarda bu artış oranı daha düşük olmaktadır (Luoma ve ark. 2002). Evliliğin intihar girişimine karşı olan 'koruyucu' etkisinin daha çok geleneksel âile yapısının korunmaya çalışılmasından ve çocuk sahibi olmaktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle genç bayanlarda küçük çocuğunun olması intihardan vazgeçiren önemli bir etkindir (Qin ve ark. 2003). Türkiye'de de geleneksel âile yapısının halen önemli ve yaygın bir yaşam biçimi olmasından dolayı, son 10 yılda intihar girişimleri artmasına rağmen dünya geneline göre halen alt sıralarda yer almaktadır (Deveci ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda hastaların %55'inin bekâr, %5'inin ise dul veya boşanmış olduğu tesbit edilmiştir.

Geçmişte intihar girişiminde bulunmuş olmak daha sonradan yeniden intihar girişiminde bulunma riskini artıran bir etmendir (Ryan ve ark. 1996). Goldstein ve arkadaşlarının (1991) araştırmasında intihar girişimlerinin yinelenme oranının %25 olduğu, bunların da %30'unun ölümle sonuçlandığı gösterilmiştir. Özellikle erkeklerde girişimi izleyen ilk yıl içinde tekrar intihar girişiminde bulunma riski daha yüksektir (Suokas ve ark. 2001). Bizim çalışmamızda hastaların %17'sinde geçmişte intihar girişimi öyküsü bulunuyordu.

İntihar girişiminde bulunan hastaların daha sonra önerilen tedaviye uyumunun çok iyi olmadığı bilinmektedir (Suominen ve ark. 2004). Bu nedenle âcil serviste intihar girişiminde bulunmuş olan hastanın nasıl değerlendirildiği çok önemlidir. Girişimin ölümcül olup olmadığına karar vermek için predispozan faktörler, risk faktörleri ve koruyucu faktörler birlikte değerlendirilmelidir. Predispozan faktörler uzun süreli ve değişmez iken, risk faktörleri daha akut olan stresler veya rahatsızlık yaratan durumlardır. İyi bir sosyal destek ve âile gibi faktörler de koruyucu faktörlerdir. Hastanın risk düzeyi değerlendirirken yargılamayan, açık uçlu sorular sorularak, düşünceleri ve duyguları hakkında bilgi edinilmeye çalışılmalıdır. Hâlen devam eden intihar düşünceleri ve plânları olması, geçmişte intihar girişimi öyküsü bulunması, ciddi depresyon, psikotik belirtiler, alkol veya madde kullanımı, sebat eden stres faktörleri ve yetersiz sosyal destek olması hastanın yüksek risk altında olduğunu düşündürür (Mitchell ve ark. 2005). Suokas ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışma, intihar girişiminde bulunan hastalardan psikiyatri konsültasyonu istenmesinin olumlu etki yaptığını söylemektedir. Özellikle yüksek riskli hastaların mutlaka konsülte edilerek âcil serviste psikiyatri tarafından değerlendirilmesi ve mümkünse hastâneye yatırılması gereklidir. Bizim çalışmamızda, genel durumu psikiyatrik görüşme için uygun olmayan 11 hasta ile psikiyatri konsültanı ile görüşmeyi kabûl etmeyen ve âcil ser-

visten tedaviyi reddederek ayrılan 6 hasta dışında, âcil servise intihar girişimi ile başvuran hastaların hepsinden psikiyatri konsültasyonu istenmiştir.

SONUÇ

İntihar girişiminde bulunan hastaların büyük çoğunluğu, hemen girişim öncesinde ölmeyi düşünmüş ve girişimde bulunmuş kişilerdir. İmpulsif girişim olarak adlandırılan bu plânsız önceden tasarlanmamış durum girişimin çoğunlukla başarısız sonlanmasının da nedenidir. Hastaların çoğunda, girişim öncesinde yaşanan tolere edilemeyen bir durum veya düşünce-den kaçma isteği hâkimken, yine oldukça büyük bir bölümünde sâdece kontrolünü kaybetme söz konusudur. Az sayıda hastada ise çevresindeki bir kişiyi cezalandırmak veya suçlu hissetmesine yol açmak girişimin nedenidir (Mitchell 2006). Bizim çalışmamızda, psikiyatri konsültasyonu sonrası hastaların %50'sinin impulsif girişimde bulunduğu düşünülmüştür. Hastaların %56'sı âcil servisten taburcu edilmiş, %25'i medikal nedenlerle dâhiliye servisine ve yoğun bakıma yatırılmış, %2'si ise psikiyatri servisine yatırılmıştır.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı retrospektif olarak verilerin değerlendirilmesidir. Hasta dosyalarındaki eksik bilgiler bâzı hastaların eğitim durumu, gelir düzeyi gibi bilgilerine ulaşamamamıza yol açmıştır. İntihar girişimi olmasına rağmen, yanlışlıkla farklı bir ICD-10 tanı kodu girilmiş olan hastalar varsa bu hastalarda değerlendirme dışında kalmıştır.

KAYNAKLAR

- Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, et al (2000) Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*; 177: 360-365.
- Conner KR, Zhong Y (2003) State firearm laws and rates of suicide in men and women. *Am J Prev Med*; 25: 320-324.
- Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ ve ark. (1997) Özkıym girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*, 5: 37-42.
- Denning DG, Convell Y, King D, et al (2000) Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav*; 30: 282-288.
- Deveci A, Taşkın O, Dünder PE ve ark. (2005) Manisa ili kent merkezinde intihar düşüncesi ve girişimi yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 16: 170-178.
- Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, et al (2005) National Study of US Emergency Department Visits For Attempted Suicide and Self-Inflicted Injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med*; 46: 369-375.
- Edelsohn GA, Gomez JP (2006) Psychiatric emergencies in adolescents Gail. *Adolesc Med*; 17: 183-204.
- Edwards MJ, Holden RR (2001) Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *J Clin Psychol*; 57: 1517-1534.

- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, et al (1991) The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*; 48: 418-422.
- Kposowa AJ, McElvain JP (2006) Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 41: 435-443.
- Lewis G, Sloggett A (1998) Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*; 317: 1283-1286.
- Luoma JB, Pearson JL (2002) Suicide and marital status in the United States 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health*; 92: 1518-1522.
- Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, et al (1992) Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*, 149: 41-44.
- Mitchell AM, Garand L, Dean D, et al (2005) Suicide assessment in hospital emergency departments. Implications for patient satisfaction and compliance. *Top Emerg Med*; 27: 302-312.
- Mitchell AJ, Dennis M (2006) Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emerg Med J*; 23: 251-255.
- Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, et al (1990) An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 25: 193-199.
- Platt S (1984) Unemployment and suicidal behaviour a review of the literature. *Soc Sci Med*; 19: 937-115.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB, et al (2003) Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*; 160: 765-772.
- Rund DA, Hutzler JC (2004) Behavioral Disorders: Emergency Assessment, Suicide. *Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide VI*. Ed. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. New York: The McGraw-Hill Companies, 1814-1816.
- Ryan J, Rushdy A, Perez-Avila CA, et al (1996) Suicide rate following attendance at an accident and emergency department with deliberate self harm. *J Accid Emerg Med*; 13: 101-104.
- Smith JC, Mercy JA, Conn JM (1988) Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health*; 78: 78-80.
- Spicer RS, Miller TR (2000) Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*; 90: 1885-1891.
- Suokas J, Lönnqvist J (1991) Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scand*; 84: 545-549.
- Suokas J, Suominen K, Isometsä E, et al (2001) Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 104: 117-121.
- Suominen KH, Isometsä ET, Henriksson MM, et al (1998) Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. *Am J Psychiatry*; 155: 1778-1780.
- Suominen KH, Isometsä ET, Lönnqvist JK (2004) Attempted suicide and psychiatric consultation. *European Psychiatry*; 19: 140-145.
- Warman DM, Forman EM, Henriques GR, et al (2004) Suicidality and psychosis: beyond depression and hopelessness. *Suicide and Life-Threat Behav*; 34: 77-86.
- Welch SS (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*; 52: 368-375.