TC.

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ZEHİRLENME HASTALARINDA ÖZKIYIM RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Azade SARI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yard. Doç. Dr. Zeynep KEKEÇ

ADANA- 2006

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen başta değerli hocalarım olmak üzere, tüm acil servis çalışanlarına teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR I
İÇİNDEKİLER II
TABLO LİSTESİ III
ŞEKİL LİSTESİ IV
ÖZET VI
ABSTRACT VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 Özkıyımın tanımı 3
2.2 Özkıyım Epidemiyelojisi 5
2.3 Özkıyım Psikolojisi 7
2.4 Özkıyım Yönteminin Etkinliğini Belirleyen Faktörler 8
2.5 Özkıyım Üzerinde Sosyolojik Teoriler 8
2.6 Sınıflandırma 9
2.7 Özkıyımın Belirleyicileri 10
2.8 Bir Özkıyım Yöntemi Olarak Zehirlenme 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 22
4. BULGULAR 23
5. TARTIŞMA 38
6. SONUÇ 50
7. KAYNAKLAR 54
8. EK 61
9. ÖZGEÇMİŞ 67

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Özkıyım için risk faktörleri: Sosyodemografik farklılıklar 11
Tablo 2. Özkıyımın klinik belirleyicileri 12
Tablo 3. Ruh sağlığı bozukluklarında özkıyım girişimi sıralaması 16
Tablo 4: Farklı yöntemlerle özkıyım girişimleri sonucu ölüm oranlarının karşılaştırılması 18
Tablo 5: İlaçlara bağlı ölümlerin Türkiye'deki dağılımı 20
Tablo 6: Toksidromlar 21
Tablo 7: Acil servise başvuran zehirlenme hastalarının cinsiyet ve yaş dağılımları 23
Tablo 8: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularının cinsiyetlerine göre medeni durumları 24
Tablo 9: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında özkıyım nedenleri ile medeni durumlarının karşılaştırılması 24
Tablo 10: Olguların cinsiyetleri ile eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 25
Tablo 11: Hastaların eğitim düzeyleri ve özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması 26
Tablo 12: Hastaların aylık gelirleri ve kendi ifadelerine göre maddi durumları 26
Tablo 13: Maddi durum değişikliği ile özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması 27
Tablo 14: Özkıyım amaçlı kullanılan zehirlenme etkenleri ve grupları 28
Tablo 15: Hastaların çoklu madde alımı ile özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması 30
Tablo 16: Hastaların özkıyım nedenleri ile özkıyım saatlerinin karşılaştırılması 31
Tablo 17: Vakaların özkıyım nedenleri ile psikiyatrik hastalık öykülerinin karşılaştırılması 33
Tablo 18: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularının ilaç kullanım süreleri 33
Tablo 19: Hastaların alkol kullanım sıklığı 34
Tablo 20: Hastaların eğitim düzeyleri ile sigara kullanımlarının karşılaştırılması 34
Tablo 21: Hastaların aile bireyleriyle olan ilişkileri 35
Tablo 22: Hastaların arkadaş / komşularıyla olan ilişkileri 35
Tablo 23: Hastaların cinsiyetlerine göre özkıyım nedenleri 36
Tablo 24: Hastaların yaş ortalamaları ve özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması 36
Tablo 25: "Tekrar özkıyım girişiminde bulunmayı düşünür müsünüz?" sorusuna yanıtlar 37

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında eğitim durumları 25
Şekil 2: Çoklu madde kullanımı ve cinsiyet dağılımı 29
Şekil 3: Hastaların özkıyım girişiminde bulundukları saat aralıkları 30
Şekil 4: Psikiyatrik hastalık tanıları 32

ÖZET

Zehirlenme Hastalarında Özkıyım Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Özkıyım davranışı, ölüm-yaşam ikileminde ölümden yana tavır almak olarak tanımlanır. Zehirlenme, bir canlı organizmanın işlevlerini olumsuz yönde etkileyen bir madde ile karşı karşıya gelmesidir.

Acil servislerde özkıyım amaçlı zehirlenme vakalarına sıklıkla rastlanmaktadır. Bu grup hastalarda özkıyıma yol açan etkenlerin belirlenmesi ve bu etkenleri giderici önlemlerin alınması, özkıyım girişimini azaltacağı gibi bu insanların yaşam kalitesini de yükseltecektir. İleriye dönük olarak planlanan bu çalışma fakülte etik kurul onayı alındıktan sonra Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 1Ekim 2005- 30 Kasım 2005 tarihleri arasında başvuran, 14 yaşından büyük 146 hasta değerlendirilerek yapıldı. Bu hastaların 112'si özkıyım amaçlı zehirlenme olguları iken, 34'ünde ise zehirlenme kazara gerçekleşmişti. Özkıyım amaçlı zehirlenme hastalarından 38'i anket çalışmamıza katılmayı kabul etmediği için çalışmaya 45'i (%60,8) kadın, 29'u (%39,2) erkek toplam 74 hasta alındı. Bu hastalara önceden hazırlanan ve özkıyım girişimine yol açabilecek epidemiyelojik ve sosyodemografik faktörlerin yer aldığı anket formu uygulandı. İstatistiksel verilerin analizinde "SPSS for Windows" paket programının 14.0 numaralı versiyonu kullanıldı.

Özkıyım girişiminde etkili faktörler değerlendirildiğinde; en yüksek oranda (%33,7) görülen hazırlayıcı etkenin, genç yaş grubunda (19,68±4,67) kişiler arası ilişki problemleri, orta yaş grubunda (39,22±14,36) ise maddi nedenler olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların ortak özellikleri değerlendirildiğinde çoğunluğu genç yaş grubunda, bekar ve bayan idi. En fazla depresyon olmak üzere %25,7'sinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Yüzde 41,9'u özkıyım yöntemi olarak çoklu madde alımı ile zehirlenme yolunu seçmişti. Hastaların tamamı Acil Gözlemde takip ve tedavi edilerek taburcu edildi. Özkıyım amaçlı başvuran tüm hastaların acil serviste psikiyatrik değerlendirilmeleri yapıldı.

Karşılaşılan problemlerde çözüm yolunun bulunamaması durumunda özkıyım girişimi hem bir alternatif çözüm yolu, hem de kendini ifade etme şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişiler arası yaşanan problemler ve maddi problemler, bu girişimlerin en önemli nedenleri gibi görülmektedir. Bu kişilere yardımcı olabilmenin ve tekrar özkıyım girişiminden korumanın yöntemi, özkıyım girişimi nedeniyle başvuran her hastanın tedavisi tamamlandıktan sonra psikiyatri kliniği ile görüşmesinin sağlanmasıdır.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Özkıyım, Zehirlenme

ABSTRACT

Evaluation of Suicide Risk Factors in Poisoning Patients

Suicide is defined as to prefer death in death-life dilemma. Poisoning is being faced by any agent that impacts functions of humanbodies negatively.

Posioning patients who committed suicide are frequently seen in emergency departments. In such patients determining the factors that contribute suicide attempt and their prevention will decrease committing suicide as well as increasing life quality. This prospective study has been approved by the medical faculty's ethical commitee. The study was performed between October 01th, 2005- November 30th, 2005. One hundred and fourty six patients, of which 112 poisoning patients attempted suicide and 34 patients were poisoned accidently, who were older than 14 years old and who admitted to the emergency department included in this study. Thirty eight patients were excluded because of refusing to answer questionaire. Fourty five (60.8%) female, 29 (39.2%) male, totally 74 patients were included in the study. These paitents were asked questions, previously prepared, about epidemiologic and sociodemographic factors that may influence suicide behaviour. We used "SPSS 14.0 for Windows" for statistical analysis.

Among the factors influencing suicide behaviour, the most common seen was (33.7%) the relationship problems in the young age groups (19.68± 4.67) and financial problems in middle age groups (39.22± 14.36). Most of our patients were young and single females. Twenty five point seven percent of the patients have psychiatric diagnosis, mostly depression, in their medical history. Fourty one point nine percent of poisoning patients preferred multiple drug ingestion as method of suicide. All of patients has admitted and treated in Emergency Observation Unit and then discharged. All patients who commit suicide were consultated with psychiatry clinic in emergency department.

Suicide behaviour is an alternative solution as well as the way of expressing oneself when there is no solution to the problems that were faced. The problems that experienced between people and financial problems seems like the most important reason in this attempt. The way to help and protect these people from repeated suicide attempts is referring all patients to psychiatric clinic when they were admitted at emergency department.

Key Words: Emergency Department, Suicide, Poisoning

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çeşitli nedenlerden dolayı acil servise özkıyım girişimi ile başvuran hastaların doğru bir şekilde değerlendirilmesi, onlarla iyi bir iletişim kurulmasına ve onların güvenlerinin kazanılmasına bağlıdır. Acil serviste ilk değerlendirme ve zehirlenmenin tedavisi yapıldıktan sonra hangi hastaların psikiyatri kliniğine yatırılıp profesyonel destek alacaklarının saptanması ve hangi hastaların tedavi sonrası taburculuklarının yapılacağına karar vermek önemlidir.[1] Bunun tespiti için özkıyım amacıyla zehirlenme olgularında epidemiyelojik ve sosyodemografik faktörlerin araştırılması gereklidir.

Özkıyım davranışı, ölüm-yaşam ikileminde ölümden yana tavır almak olarak tanımlanırken özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimi ve özkıyım olmak üzere üç grupta değerlendirilebilir.[2]

Acil servislerde, özkıyım düşünceleri veya girişimi nedeniyle başvuran hastalara oldukça sık rastlanmaktadır. Acil servis doktorları için özkıyım düşüncesi şikayeti ile başvuran hastaların bu düşüncelerini eyleme dönüştürüp dönüştürmeyecekleri veya kendilerini öldürme isteklerinde ciddi olup olmadıklarını tespit etmek oldukça zordur.[2] Özkıyım riskini değerlendirebilmek için hedefimiz, kişinin duygu ve düşüncelerine yönelik bilgi elde etmek olmalıdır. Son zamanlardaki özkıyım düşünceleri, niyeti, planları ve atakları, ailede özkıyım girişimi öyküsü, şiddete maruz kalma öyküsü, psikiyatrik hastalık varlığı, yeni başlayan veya öncesinden devam eden tedavi yöntemleri ve tedaviye yanıtlar, yaşamsal stres faktörleri, alkol ve madde bağımlılığı, psikotik semptomlar ve kişinin yaşadığı bölge ve sosyal desteği gibi değerlendirilmesi gereken birçok etken vardır.[3]

Hastanın değerlendirilmesinde önemli noktalardan birisi hastanın güvenliğinin sağlanmasıdır. Bunun için Acil Tıp ve Psikiyatri Birliği'nin kılavuzu yararlı olabilir. Bu kılavuza göre hastalar acil, ciddi ve düşük riskli olarak üç sınıfa ayrılır.[4]

Belirgin psikiyatrik hastalığı ve özkıyım düşüncesi olanlar acil sınıfına girerler ve bunlar kesinlikle hastaneye yatırılmalıdırlar. Bazen bu hastaların sürekli gözlem altında tutulmaları gerekir; ancak hastaya bu durumun, özkıyım girişimi nedeniyle kendisini cezalandırmak için değil de, kendi güvenliği için gerekli olduğu

açıklanmalıdır. Hekim hastayı yatırdıktan sonra, özkıyım girişimini tekrarlamasını engellemek için hastayı profesyonel yardım almaya ikna etmelidir.[1]

Ciddi risk altındaki kişileri de hastaneye yatırmak ve psikiyatrik destek sağlamak gereklidir. Eğer hastada psikiyatrik bir hastalık yoksa, özkıyım girişimi hastanın diğer kişilerle olan problemli ilişkilerinin düzelmesine neden olmuşsa ileri tedavi gerekli olmayabilir. Yine de sosyal destek yetersiz olursa her zaman için bir tedavi seçeneği olduğu hastaya bildirilmelidir.[5] Eğer hasta özkıyım düşüncesini inkar ediyorsa hastanın ailesiyle görüşülerek hastanede yatırılmasının mı, eve gönderilmesinin mi yararlı olacağına karar verilmelidir.[1]

Özkıyım girişimine nasıl tek faktör etken değilse, özkıyım girişimini önlemek için de tek faktör yeterli değildir. Hekim, özkıyım için risk faktörlerini değerlendirirken ilk olarak hastanın sıkıntısının derecesini belirlemelidir. Hastaya ılımlı bir yaklaşım, bilgi almak ve hastanın güvenini kazanmak için oldukça önemlidir.[6]

Özkıyıma yol açan etkenlerin belirlenmesi ve bu etkenleri giderici önlemlerin alınması, özkıyım girişimini azaltacağı gibi bu insanların yaşam kalitesini de yükseltecektir.[2]

Özkıyım için seçilen çok çeşitli yöntemler olmakla birlikte, bu amaçla zehirleyici bir ajanın kullanılmasına acil servis başvurularında sıklıkla rastlanmaktadır. Özkıyıma yol açan risk etkenlerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada, acil servise zehirlenme yoluyla özkıyım girişimi nedeniyle başvuran hastaları epidemiyelojik ve sosyodemografik faktörler açısından değerlendirmeyi planladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Özkıyımın Tanımı

Özkıyım düşüncesi veya girişimi nedeniyle acil servise başvuran hastalarla sıklıkla karşılaşılmaktadır.[7]

Günlük pratikte özkıyım ile eş anlamlı olarak bazı terimler kullanılmaktadır. "Suisid" terimi latince "suicidum" kelimesinden gelir ve "kendini öldürme anlamındadır. Türkçede "özkıyım" olarak da adlandırılır. Halk arasında ise sıklıkla intihar veya canına kıyma gibi kelimeler kullanılmaktadır.[7]

Özkıyım girişimi veya kendi kendine zarar verme terimleri ölüme sebep olmadan kendi kendilerine acı vermek; kendilerini zehirlemek veya zehirlemeye çalışmak olarak tanımlanır. Bu davranışlar sıklıkla duygusal karmaşada oluşur ve bir şekilde birbirleriyle bağlantılıdır, ama öldürücü sonuçlara yol açmaz. Çok doğru bir görüş olmasa da hastaların birçoğu kendilerini öldürmek istemez.[8] Bu yüzden "kendine zarar vermeyi düşünmek" terimi, kişinin kendisine acı verici bir düşünceyi içermeyen davranışları tanımlamak için kullanılır.[9] Bununla birlikte öldürücü olan ve öldürücü olmayan özkıyım davranışları arasında oldukça sıkı bir ilişki vardır; kendini öldüren birçok insanın öncesinde özkıyım girişimi veya kendine zarar verme düşüncesi vardır. Bu yüzden Kreitman ve arkadaşları[10] kişinin kendini öldürme eğiliminden çok, özkıyım eğiliminin bir derecesini tanımlamak için "parasuisid" terimini kullanmıştır. Yine de "kendine zarar verme düşüncesi" ve "parasuisid" terimleri biraz kafa karıştırır, çünkü pratikte her ikisi de kendisini gerçekten öldürmek isteyen, ama girişimde bulunmayan kişileri kapsar.[8] İngiliz terminolojisinde ise "parasuisid", kendini öldürmekten çok, dikkati çekmek için yapılan eylem olarak tanımlanmaktadır.[11]

Bunların dışında tıbbi terminolojide özkıyım ile ilişkili olarak çeşitli terimler kullanılmaktadır:

Kronik suisidal davranış: Kişinin tekrarlayıcı şekilde kendine karşı yıkıcı, yaralayıcı eylemlerde bulunmasıdır. Alkolik karaciğer hastalığı olan bir kişinin aşırı derecede alkol almaya devam etmesi örneğinde kronik suisidal davranış vardır.[7]

Gizli suisid: Kişinin kendine karşı yaptığı yıkıcı, yaralayıcı bir eylemi kaza olarak yansıtmasıdır. Depresyonu olan bir kişinin tek başına iken trafik kazası yapmasının altında özkıyım düşüncesinin olması buna örnek olarak verilebilir.[7]

Sessiz suisid: Şiddet unsuru olmadan yavaş yavaş kendini öldürme eylemi olarak tanımlanır. Kişinin temel tıbbi tedavisine uymaması veya kendini aç bırakması buna örnek olarak verilebilir. Bu durum en sık yaşlılarda görülür ve tanı sıklıkla atlanılır.[12]

Özkıyım öncesinde genellikle yıllar süren özkıyım davranışı, planları ve/veya uyarıları vardır. Özkıyım girişiminde bulunanların yaklaşık yarısında öyküde bir özkıyım girişimi vardır. Erkeklerin ilk özkıyım girişimlerinde genellikle ölüm oranı yüksektir. Bu nedenle özellikle erkeklerde özkıyım düşüncesi varlığında özkıyımı engelleme çalışmalarına daha erken başlanılmalıdır.[13] Özkıyımın başarılı bir şekilde engellenmesi, özkıyım niyetinin varlığının erken dönemde tespiti ve erken müdahele ile olur.[14]

Özkıyım girişimi, risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşur. Kişinin, stres faktörleri ve yaşamındaki koruyucu faktörlerin varlığına veya yokluğuna bağlı olarak özkıyım girişimine eğilimi artar. Özkıyım düşüncesinin belirginleşmesi, risk faktörlerinin yoğunlaşması ve koruyucu faktörlerin zayıflaması anlamına gelir. Örneğin yakın birisinden ayrılma, hem bir stres faktörü olarak hem de sosyal desteğin zayıflaması sonucu özkıyıma eğilim yaratabilir.[13]

Özkıyım düşüncesi olan kişi son aşamada seçeceği yönteme karar verir. Bu aşamadan sonra kişiye müdahele şansımız sınırlıdır. Bu seçeneği etkileyen ana faktör "imkan"dır. Ası, tüm dünyada ulaşılması en kolay ve bu nedenle en yaygın olan özkıyım yöntemidir. Birçok ülkede kolaylıkla silah ruhsatı alınabilmesi özkıyım eğilimi olan kişiler ve çevresindekiler için tehlikeli bir durum yaratabilir. Genç insanlara silah ruhsatı verilmesinin önlenmesi özkıyım oranında azalmayı sağlayabilir.[13]

Özkıyım eyleminde ölüm riski; ölüm niyetinin ciddiyetine, eylem ile oluşturulan zararın derecesine ve yöntemin ne kadar hızla ölüme yol açmasına göre değişkenlik gösterir. Ateşli silahlar, ciddi karbon monoksit zehirlenmesi ve ası, ölüm riski yüksek olan özkıyım yöntemleridir. Yüksekten atlama veya hareket halindeki

bir aracın önüne atlama da oldukça zarar verici yöntemlerdir. Zehirlenme ve bilek kesisi, uygun bir müdahele ile hastanın kurtarılması için bize zaman sağlayan, diğerlerine göre daha avantajlı yöntemlerdir.[13]

"İmitasyon" (taklit yoluyla özkıyım girişimi) bir kültür, toplum, kurum veya basında açıkça belirgin olan bir modelden özgül bir özkıyım yönteminin öğrenilmesi anlamına gelir. Duygusal açıdan insanları etkileme potansiyeli yüksek olan bir özkıyım modeli ayrıntılı olarak görsel ve işitsel basın araçlarında sunulursa taklit riski ortaya çıkar.[15] Taklidin, özkıyım yönteminin seçiminde özellikle de okullarda, hastanelerin psikiyatri servislerinde ve gençlerde görülen özkıyım üzerine arttırıcı bir etkisi olabilir. Taklidin en iyi bilinen örneği Avrupa'da yaklaşık 200 yıl önce birçok kişi tarafından okunan Goethe'nin "Genç Werther'in Acıları" adlı eseridir. Sevdiği kız tarafından reddedildikten sonra kendisini öldüren kahramanın özkıyımı birçok kişi tarafından taklit edilmiş ve bu durum birçok Avrupa ülkesinde kitabın toplatılmasına neden olmuştur. Bu "Werther etkisi" ayrıca Marilyn Monroe'nun ölümünden sonra tekrar ortaya çıkmıştır; bunu takip eden on gün içinde özkıyım oranı yaklaşık %10 artmıştır.[13] Özkıyım haberlerini sunarken eylemin tekrar tekrar gösterilmemesi, uzun röportajların yapılmaması, teknik ayrıntıların açıklanmaması, özkıyımın olağan bir olaymış gibi anlatılmaması, özkıyımın kişisel problemler ile bir başa çıkma yöntemi olarak sunulmaması ve özkıyım kurbanlarının birer kahraman olarak gösterilmemesi gerekmektedir.[16]

Genellikle özkıyımın araştırmacılar üzerinde bir etkisi vardır. Özkıyım sadece aile bireylerini içeren tehdit edici bir olay değil; aynı zamanda özkıyım girişiminde bulunan kişinin yakın çevresindeki insanları da etkileyen bir olaydır. Özkıyım girişimi sonrası mücadele edilmesi gereken durumlar yas, utanma ve suçluluk duygularıdır. Acilen travmatik olay paylaşılmalı, sosyal destek sağlanmalı ve eğer gerekliyse sosyal desteğe özkıyım girişiminden sonra en az altı ay devam edilmelidir.[13]

2.2 Özkıyım Epidemiyelojisi

Dünyada her yıl bir milyondan fazla insan özkıyım girişiminde bulunur; bu, toplam ölüm oranının yaklaşık %1-2'sini kapsar. Özkıyım, özellikle de genç erişkinlerde erken ölümlerin önde gelen nedenlerindendir. Birçok Batı ülkesinde

özkıyım nedeniyle ölüm, trafik kazalarından daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) istatistiklerine göre 1995 yılında tüm dünyada tamamlanmış özkıyım oranı 16/100.000'dir. Bu, her yıl 1/6.000 insanın özkıyım girişiminde bulunduğu anlamına gelir.[12] Adolesanlarda özkıyım girişimi ve özkıyımı tamamlama oranı 200:1 iken,[17] bu oran erişkinlerde 8:1- 33:1'dir.[18]

Avrupa, Birleşik Devletler ve Avustralya'da 1960 ve 1970'li yıllarda ilaç doz aşımı ve kendi kendine zarar verme niyetlerinden dolayı hastanelerde tedavi edilen insan sayısında belirgin bir artış olduğu belirtilmiştir. Birçok çalışmada 1980'lerde özkıyım girişiminde bulunan kişi sayısında bir durgunluk gözlenmiştir.[19,20] Bazı bölgelerde 1990'ların başında bu sayılar artmıştır.[21] Genel olarak hastanelerde, özkıyım girişiminde bulunan ve tedavi edilen kişilerin tam sayısı yine de problemin boyutunu yeterli derecede yansıtmamaktadır. Ölüm oranları yüksek olan özkıyım girişimleri en sık Doğu Avrupa ülkelerinde görülmektedir. Tüm dünyada yaşlı insanlarda özkıyım girişimi oranı genç yaş gruplarından daha fazladır.[13] Bu durum Avustralya ve Yeni Zelanda'da farklıdır; buralarda son 20 yıldır yaşlılardaki özkıyım girişimi oranı gittikçe düşmektedir. Bu durum, muhtemelen ileri yaş gruplarında hastalıkların erken teşhis ve tedavisi ve iyi bir sosyal güvencelerinin olması nedeniyle açıklanmıştır.[22] Yaşlılarda fiziksel hastalıklar ve duygusal semptomlar sık görülebilir. Ancak önemli olan bu duygusal semptomların fiziksel bir hastalığa bağlı olup olmadığının saptanması ve ona göre tedavi edilmesidir. Ayrıca fiziksel hastalıklara bağlı olarak kullanılan ilaçlar da duygusal yan etkilere yol açabilirler. Yaşlılarda alkol ve madde bağımlılığı da sıktır ve bu bağımlılık, altta yatan herhangi bir probleme işaret edebilir.[5]

Genel olarak özkıyım girişimi oranı genç yaş gruplarında (15-24 yaş) düşüktür; ancak son 20-30 yıl içinde birçok Batı ülkelerinde özellikle de genç erkeklerde özkıyım oranı gittikçe artmaktadır. Günümüzde genç erişkin erkeklerde özkıyım oranı hemen hemen orta yaşlı erkeklerle aynıdır. Alkol kötüye kullanımının özkıyım oranında artışın olası nedenlerinden birisi olduğu düşünülmektedir. Genç erişkinlerde özkıyım için diğer risk faktörleri okul problemleri, ailede özkıyım öyküsü, zayıf iletişim ve stresli yaşam biçimidir.[13] Annelik, kadınlarda özkıyım girişimine karşı koruyucu bir faktör olmakla birlikte, doğum sonrası dönem depresyonu özkıyım girişimi riskini artırmaktadır.[23,24]

Bilim adamlarının özkıyım ile ilgili yaptıkları çalışmaların sonuçları aşağıda özetlenmiştir;[13]

● Toplumda genel olarak özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimleri oldukça sıktır.

● Genç erişkinlerde özkıyım oranı yüksektir ve birçok ülkede de hızla yükselmeye devam etmektedir.

● İşsizlik, Avrupa'da özkıyım için ana risk faktörüdür.

● Öldürücü özkıyım yöntemlerine psikotropik veya analjezik ilaçlar, silahlar ve motorlu araçlarla kolaylıkla ulaşabilmektedir.

● Yüksek oranda alkol tüketimi ve artan madde kötüye kullanımı özkıyım oranını artırmaktadır.

● Depresyon ve şizofreni gibi ana psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmemesi veya düzensiz tedavi edilmesi olumsuz bir etkendir.

● Görsel ve işitsel iletişim araçları tarafından özkıyım modellerinin yansıtılması olumsuz bir etkendir

Bu bulgular, toplumda hızlı büyüme ile eş zamanlı devam eden değişikliklerin dengesizliğe neden olması sonucu, toplum gelişiminin tamamlanma sürecinin bozulduğunu göstermektedir. Bir grup insan bu gelişimden olumsuz olarak etkilenmekte ve bu gruptaki kişilerde özkıyım girişimi riski artmaktadır.

2.3 Özkıyım Psikolojisi

Özkıyım için erken psikolojik teoriler kişi kavramına odaklanmıştır. Bunun klasik bir örneği Freud'un teorisidir; depresyonda kendi kendine zarar verici davranışlar, sevilen bir objenin kaybı veya reddedilmesi sonucu oluşturulan saldırgan davranışları temsil eder.[13]

Özkıyım ile ilgili daha sonraki psikodinamik düşünceler kişinin başkalarıyla olan ilişkilerine yönelmiştir. Özkıyım; kötü anne, ayrılık, bilinç durumunda değişiklik ve kontrol kaybı olan durumlara uyumda başarısızlık, narsist davranışı dışa vurma ve utanma duygusunu taşıyamama, karmaşık iç dünyada kontrolü yeniden ele geçirme çabası gibi olaylara karşı saldırgan bir davranış olarak görülür. Gelişimsel ve uyumla ilgili olaylardaki başarısızlık olumsuz bir iç döngüsü oluşturur ve depresyon, umutsuzluk, şiddet, anksiyete, utanma ve suçluluk duygularına neden olur. Genel olarak bilinmektedir ki tüm özkıyım davranışlarının özünde ortak bir

neden olarak psikolojik yıkım bulunmaktadır; kişi, daha fazla acıya dayanamadığı zaman özkıyım girişiminde bulunur. Yeni psikolojik teorilere göre özkıyımın çok yönlü nedenleri ve özkıyıma eğilim yaratan ve özkıyımı tetikleyen faktörler arasında etkileşim vardır.[25]

2.4 Özkıyım Yönteminin Etkinliğini Belirleyen Faktörler

Özkıyım girişimleri, ölüm niyetinden yardım için ağlamaya kadar değişkenlik gösteren çok farklı davranışları içerebilir. Bu davranışlar ani karar verilip uygulanmış veya uzun dönemde iyi planlanmış olabilir ve farklı fiziksel sonuçlar doğurabilir. Öldürücülük derecesi ve sonuçların tıbbi olarak ciddiyet derecesi, niyete, seçilen yöntemin hazırlığına, uygulayan kişinin yöntem hakkındaki bilgisine ve beklentilerine ve bazen başkalarının müdahelesi gibi diğer faktörlerin varlığına bağlıdır.[8]

Öldürücü olmayan özkıyım davranışlarında gerçek niyeti değerlendirmek sıklıkla güçtür. Psikiyatri kliniğine yatırılma korkusu veya psikolojik savunma mekanizmaları nedeniyle insanlar bazen ölme isteklerini inkar ederler veya saklarlar. Bazen ise yardım alabilmek amacıyla ölüm niyetlerini abartabilirler. Kişinin kullandığı ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması örneğinde olduğu gibi bazen de özkıyım girişiminde bulunan kişiler gerçekte ölmek istemedikleri halde oldukça öldürücü, kendi kendilerine zarar verici durumlarla karşı karşıya gelebilirler. Bunun aksine kendi kendilerine hafif zarar veren veya kendilerini hafif zehirleyen kişiler ölmeyi gerçekten istedikleri halde yöntemin öldürücülüğü hakkında yetersiz bilgiye sahip iseler ciddi bir zarar gelişmeden kurtulabilirler. Bu nedenlerden dolayı eylemi gerçekleştiren kişinin seçtiği yöntem, öldürücülüğü veya niyeti değerlendirmede güvenilir değildir.[8]

2.5 Özkıyım Üzerinde Sosyolojik Teoriler

Klasik toplum bilimi, özkıyımı bireysel değil sosyal bir olay olarak görür. Özkıyım girişiminde can alıcı noktayı kişinin ahlaki eğilimi oluşturur. Ahlaki eğilim, özkıyım kurbanının yaşadığı veya içinde bulunduğu toplumdaki değeri anlamına gelir. Özkıyımlar, toplum ve birey arasındaki ilişkinin bir bozukluğu veya bulgusu

olarak görülür. Durkheim[13], 1897'de özkıyım üzerine yaptığı bir çalışmasında dört temel tip tanımlamıştır:

Anomik özkıyım: Bu grupta güçsüzlük nedeniyle toplum tarafından daha fazla idare edilemeyen veya dışlanan bireyler yer alır. İşsiz ve alkolik olmaları nedeniyle toplum tarafından dışlanan bireyler bu gruba örnek olarak verilebilir.

Altruistik özkıyım: Toplumun, kişinin kendi yaşamını sonlandırması için güçlü bir etkisinin olduğu durumu yansıtır; Titanik gemisinin kaptanının özkıyım girişimi bu gruba bir örnektir.

Egoistik özkıyım: Diğer kişilerin kontrolüne veya düşüncelerine bağımlı olmayan bireysel bir karar ile uygulanan özkıyım girişimidir.

Fatalistik özkıyım: Toplumda kader olduğu kesin olarak ispat edilmiş katı toplum kuralları sonucu uygulanır. Toplum tarafından köle olarak görülen bir kişinin özkıyım girişiminde bulunması buna örnek olarak verilebilir.

Ayrıca özkıyımda, sosyal faktörlerin ortak etkilerini daha çok vurgulayan yeni teoriler de vardır. Sosyal izolasyon kavramı özkıyımın sosyo-ekolojik ve sosyo-psikiyatrik geçmişinin anlaşılmasında klinik olarak oldukça yararlıdır.[26,27]

2.6 Sınıflandırma

Özkıyım girişiminde bulunan kişiler üç grupta sınıflandırılabilir: "ılımlı" tip, "şiddetli" tip ve ikisinin arasındaki "karışık" tip.[8]

Ilımlı tip: Bu gruptakiler sıklıkla, şiddet içermeyen yöntemleri takiben hafif fiziksel yaralanmalara yol açarlar. Bunlar genellikle birileriyle birlikte yaşayan, yaşları genç, olan ve ciddi özkıyım niyeti olmayan kişilerdir.

Şiddetli tip: Daha çok zor yöntemleri tercih eden ve kendilerinde ciddi fiziksel hasara neden olan kişiler bu grupta yer alırlar. Bu kişiler ileri yaşta (40 yaşın üstü), kendi kendilerini teşvik eden, sıklıkla yaşadıkları belli bir yerleri bulunmayan, önceden özkıyım girişimi öyküsü olan, depresif, ilaç bağımlısı, fiziksel hastalıkları olan ve önceden psikiyatrik tedavi alan kişilerdir. Özkıyım girişimini tekrarlama riski en fazla şiddetli tipe uyan kişilerdedir.

Karışık tip: Bu gruba uyan kişiler her iki tipin de özelliklerini taşıdıklarından bunun ayrımı güçtür.

2.7 Özkıyımın Belirleyicileri

2.7.1 Özkıyımın Nörobiyolojik Tanımlayıcıları

Özkıyım girişiminde bulunan hastaların yakınlarında, ailesinde özkıyım girişimi öyküsü olmayanlara göre özkıyım riski daha yüksektir. Mevcut ruh sağlığı bozukluklarından bağımsız olarak özkıyım davranışında ailesel geçiş olabilir.[13]

Evlat edinilen gruplarla yapılan çalışmalarda aile içindeki özkıyımlarda ailesel veya çevresel faktörlerden çok, genetik faktörler belirleyicidir. Evlat edinilmiş ve özkıyım girişiminde bulunmuş kişilerin biyolojik akrabalarında özkıyım sıklığı, evlat edinilmiş ve özkıyım girişiminde bulunmayanların biyolojik akrabalarından daha yüksektir. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde birlikte özkıyım riski, özkıyım girişimi ve özkıyım düşüncesi çift yumurta ikizlerinden daha yüksektir.[28]

Genellikle özkıyımın tek bir nedeni yoktur. Özkıyım girişiminde birçok belirleyici etken ve risk faktörleri bulunmaktadır (Tablo 1 ve 2).[13] Risk faktörleri kültürel, sosyal, mesleki, psikolojik, biyolojik ve hatta genetiktir.

Tablo 1. Özkıyım için risk faktörleri: Sosyodemografik farklılıklar

Etken	Değişken
Cinsiyet	Erkek
Yaş	İleri yaş
Sosyokültürel durum	Düşük
Eğitim durumu	Düşük
Medeni durum	Bekar, ayrılmış, boşanmış, dul
Sosyal durum	Tek başına yaşama
İş durumu	İşsiz, emekli, garanti altında olmayan iş
Ekonomik durum	Düşük (erkekler için)
Meslek	Çiftçi, bayan doktor, öğrenci, denizci
Özel alt gruplar	Öğrenciler, mahkumlar, göçmenler, mülteciler, dini mezhep üyeleri
Özel kurumlar	Hastaneler, hapishaneler, ordu
Bölge	Kentsel-kırsal yerleşimin düzensiz olduğu bölgeler
Mevsim ve zaman	İlkbahar ve sonbahar, haftasonu, akşamları, yıldönümleri
Yaşam olayları	Kayıplar ve ayrılıklar, suçlar gibi kötü yaşam olayları
Sosyal destek	Düşük
Sosyal bütünlük	Yok

Tablo 2. Özkıyımın klinik belirleyicileri

Etken	Risk faktörleri
Aile öyküsü	Özkıyım davranışı, ruh sağlığı bozuklukları
Ruh sağlığı bozuklukları	Herhangi bir bozukluk, depresyon, madde kullanımı, kişilik bozuklukları, şizofreni
Psikiyatri birimleriyle iletişim	Herhangi bir iletişim, son zamanlardaki iletişim, taburculuk sonrası dönem, psikotropik ilaçlar
Psikiyatrik semptomlar	Ümitsizlik, savunmasızlık, depresif veya psikotik semptomlar, anksiyete, sinirlilik, içe kapanıklılık
Özkıyım davranışı	Öncesindeki özkıyım girişimleri, özkıyım düşünceleri, ölme isteği, indirekt jestler
Bedensel sağlık durumu	Kanser, AIDS, inme ve epilepsi gibi ciddi fiziksel hastalıklar; kalıcı hastalıklar
Özkıyım yöntemleri	Öldürücü yöntemlere kolayca erişebilme

2.7.2 Özkıyım Kurbanlarının Temel Özellikleri

Özkıyım riski yüksek olan insanlar genellikle orta yaşlı veya yaşlı, sosyoekonomik durumları düşük, zayıf, bekar erkeklerdir ve ailelerinde ruh sağlığı bozuklukları ve özkıyım öyküsü olduğu dikkat çekmiştir. Genellikle bunlar tek başlarına yaşayan ve sıklıkla işsiz veya işleri tehlikede olan kişilerdir. Son dönemlerde belirgin bir yaşam stresi ve sosyal ilişkilerinde zayıflamanın varlığı, özkıyım kurbanlarında sık görülen özelliklerdir. Birçoğunda depresyon ve beraberinde de madde bağımlılığı veya kişilik bozuklukları vardır. Hemen tüm yaşlı kurbanlarda beraberinde bedensel bir hastalık veya kalıcı bir sakatlık bulunur. Birçoğu özkıyım düşünceleri nedeniyle daha önceden psikiyatri kliniklerine başvurmuş, ama düzenli psikiyatrik tedavi almamış ve yarısı daha önce özkıyım girişiminde bulunmuş kişilerdir.[13]

2.7.3 Özkıyımda Kültürel Faktörler

Kültür, toplumda yaşam ve ölüm arasındaki ve aynı zamanda özkıyıma gidiş yönündeki temel davranışları belirler. Yüzlerce yıl önce birçok Avrupa ülkesinde

özkıyım yasadışı idi.[13] Din de, aynı zamanda kişiler ve toplum arasında ana bütünleştirici bir güçtü. Modern laik bir toplumda din, birçok birey için özkıyım girişimi düşüncesinden koruyucu bir faktördür. Özkıyımın kültürel geçmişi nesiller boyunca aktarılan derin bir yapıdır. Kültürel faktörler aynı zamanda, göçmenlerde daha belirgin olan özkıyım davranışlarındaki ani değişikliklerden de korur; göçmenlerin özkıyım tarzları ve oranları kendi kültürleri ile göç ettikleri bölgenin kültürü arasında bir yerlerdedir.[29]

2.7.4 Yaşam Olayları ve Sosyal Destek

Olumsuz yaşam olaylarının fazlalığı ve son dönemlerdeki stres faktörlerinin varlığı özkıyım öncesinde sıklıkla yaşanan karakteristik özelliklerdir. Genellikle olayların toplam etkisi yıkıcıdır ve tek bir olumsuz yaşam olayından çok daha önemlidir. İş problemleri, aile içi uyuşmazlık, bedensel hastalıklar, maddi sıkıntı, işsizlik, eşinden veya arkadaşından ayrılma, ailede ölüm ve hastalıkların varlığı özkıyım girişimi öncesinde en sık görülen olumsuz etkenlerdir. Bedensel hastalıklar ve emeklilik, yaşlı erkeklerde özkıyım girişiminin önde gelen nedenlerinden iken; ayrılık, maddi sıkıntılar, iş problemleri ve işsizlik genç erkeklerde daha sıktır. Ciddi sakatlığa yol açan bedensel hastalıklar, özellikle buna depresyon belirtileri de eşlik ediyor ise, yaşlı erkek hastalarda özkıyım için çok önemli bir risk faktörüdür. Son dönemdeki olaylarla ilişkili olan özkıyım girişimleri, genellikle erkeklerde daha sık görülür. Başarısızlık veya istenilen sosyal durumun elde edilememesi erkeklere ait özel stres faktörlerindendir.[13]

Özkıyım girişimi, özkıyıma zemin hazırlayan olumsuz yaşam olayları ve kişinin kendi davranışları ile ilişkilidir. Kişilik özellikleri, hatta ruh sağlığı bozuklukları sıklıkla kurbanın karşılaştığı zorlukları açıklar. Alkol bağımlısı erkeklerde görülen özkıyım girişiminde diğer stres kaynakları işsizlik ve maddi sıkıntılar iken; depresif, alkol bağımlısı olmayan erkek kurbanlarda yaşam stresi daha çok bedensel hastalıklar ile ilişkilidir. Olumsuz olaylar ve tek başına yaşamanın alkol bağımlısı erkeklerde özkıyım girişimi oranını artırıcı etkisi vardır. Özkıyım girişiminde bulunmuş alkol bağımlısı kişilere ve yakın çevresindekilere mümkün olan tüm sosyal destek sağlanmalıdır.[13]

Bayanlarda psikososyal stres olayları özkıyım ile daha az bağlantılıdır. Depresyon ve kişiler arası ilişkilerin kötü olması, bayanlarda özkıyım girişimini daha sık tetikleyen bir etkendir.[30,31]

2.7.5. Sosyodemografik Özellikler

Yalnız yaşayan veya boşanmış insanlar WHO çalışmalarına sık konu olan özkıyım girişimcileridir.[32] Hollanda'nın batısında bir bölge olan Leiden'de özkıyım girişimleri boşanmış kadınlarda ve boşanmış erkeklerde en yüksektir, evlilerde ise bu oran oldukça düşüktür.[33] Genel topluma oranla eğitim düzeyi düşük, işsiz ve bedensel hastalığı olan kişilerde özkıyım girişimi oranı belirgin bir şekilde yüksektir.

Sosyoekonomik yıkım, psikiyatrik problemlere ve özkıyım girişimi düşüncesine yol açabilir.[34,35] Aslında özkıyım girişimi riski, sosyoekonomik durumun çok iyi veya çok kötü olduğu durumlarda yüksektir ve bu risk ani değişiklikleri (azalma veya artma yönünde) takiben artmaktadır. Ayrıca eğitim düzeyleri yüksek veya düşük bireylerde özkıyım girişimi riskinin az olduğu belirtilmiştir.[36]

2.7.6 Cinsiyet ve Yaş

Yapılan tüm çalışmalarda bayanlarda özkıyım girişimi oranının erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Ortalama olarak bayanlarda oran erkeklere göre 1,5 kat daha fazladır. Amerika'da yaklaşık her iki saate bir 15-24 yaş arası genç erişkinlerde özkıyım girişimi olmaktadır. Ancak bu genç erişkinlerde ölümle sonuçlanan özkyım girişimi oranı 200:1 iken,[17] bu oran tüm toplumda 8:1- 33:1'dir.[18] Genç yaş grubunda özkıyım; kazalar ve ev kazalarını takiben ölüm nedenlerinden üçüncü sırada yer alır.[1]

Amerika'da yaşlı bireylerde özkıyım girişimi oranı oldukça yüksektir. Altmışbeş yaşın üzerinde özkıyım girişimi oranı tüm toplumdan %50 daha yüksektir. Yaşlılarda özkıyım düşüncesi sıklığı değişkenlik göstermekle birlikte, bu kişiler özkıyım düşüncelerinin olduğunu gençlerden daha az kabul ederler.[37,38] Epidemiyelojik çalışmalara göre gençlerde özkıyımı kabul etme oranı %16 iken,[39] bu oran yaşlılarda %6'dan daha düşüktür.[40]

Yaşlılarda özkıyım için risk faktörleri genç erişkinlerden farklılık göstermektedir; bu grupta çoğunlukla yakın zamanda sevdiği birisinin kaybı, fiziksel

hastalıkların varlığı, sağlık durumunun zayıf olması, kontrol edilemeyen ağrı veya kronik hastalık, sosyal izolasyon ve yalnızlık, sosyal yaşamlarında belirgin bir değişiklik ve sıklıkla tanısı konulamayan depresyon özkıyıma eğilimi arttırmaktadır.[1]

2.7.7 Ruh Sağlığı Bozuklukları ve Özkıyım

Birçok psikiyatrik durum çocukluk çağı ve genç yaş özkıyım girişimleri ve tamamlanmasıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kızlarda depresyon özkıyım için tek başına çok ciddi bir risk faktörü olmakla birlikte, özkıyım girişiminde bulunan erkekler manik atak, düşünce bozuklukları, madde bağımlılığı ve saldırganlık gibi çok çeşitli psikiyatrik tanı ve semptomlara sahip olma eğilimindedirler. Ailesinde özkıyım öyküsü olan erkeklerde, kızlara göre özkıyım düşüncesi ve girişimi daha erken yaşlarda başlamaktadır.[41]

Zihinsel bozukluklar ve demans haricindeki tüm ruh sağlığı bozukluklarında özkıyım riski artmıştır. İşlevsel zihinsel bozukluklarla birlikte madde bağımlılığı da varsa özkıyım riski iki kat artar; ayrıca tek başına madde bağımlılığında özkıyım riski organik bozukluklara göre iki kat fazladır.[13] Çocukluk çağı ve gençlik dönemindeki özkıyım risk faktörleri arasında madde bağımlılığı; önceki özkıyım girişimleri ve depresyondan sonra üçüncü sırada yer alır. Özellikle genç kızlarda sık bir durum olan intravenöz madde kullanımı hem bir risk faktörü hem de özkıyımı tamamlama yöntemidir.[41] Özkıyım girişimine en çok neden olan etken daha öncesinde özkıyım öyküsünün varlığıdır. Bu durumda özkıyım riskini normalden 40 kat arttırmaktadır (Tablo 3).[13] Anoreksia nevroza ve majör depresyonda risk 20 kat ve diğer duygu durum bozuklukları ve psikozda ise 10- 15 kat artmıştır. Anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde bağımlılığında özkıyım riski düşük seviyelerdedir, ama beklenen değerden beş- on kat artmıştır. Madde bağımlılığında risk, maddenin cinsine bağlıdır; alkol, haşhaş ve nikotin bağımlılarında risk diğerlerine göre oldukça düşüktür.[42] Ancak bir merkezi sinir sistemi baskılayıcısı olarak alkol; depresyon ve anksiyetenin etkilerini şiddetlendirir ve karar verme yeteneğini bozar.[41] Başka bir kaynağa göre ise alkol bağımlılığı özkıyım girişimi riskini tek başına %19-27 oranında artırmaktadır. Alkol bağımlısı olan hastalarda birçok risk faktörü tespit edilmiştir. Bu risk faktörleri depresyon atağı, sosyal desteğin zayıflığı, işsizlik, tek başına yaşama, ciddi hastalıklardır.[43] Alkol veya madde bağımlısı olan kişiler ayrıca

altta yatan bir depresif veya diğer psikiyatrik hastalığı bu madde ile tedavi etme niyetinde olabilirler.[5]

Tablo 3. Ruh sağlığı bozukluklarında özkıyım girişimi sıklığının sıralaması

1. Öncesinde özkıyım girişimi
2. Anoreksia nevroza
3. Majör depresyon
4. Duygudurum bozuklukları
5. Reaktif psikoz
6. Bipolar bozukluk
7. Distimi
8. Şizofreni
9. Anksiyete bozuklukları
10. Kişilik bozuklukları
11. Madde bağımlılığı

2.7.8 Ailesel Faktörler

Özkıyım nedeniyle ölen gençlerin karışık bir aile özgeçmişleri olduğu görülmektedir. Boşanmayı takiben ailenin dağılması olumsuz bir etken olarak kabul edilir. Özellikle birinci dereceden akrabalarda özkıyım öyküsünün varlığı, özkıyım riskinde artışa yol açar. Genç özkıyım risk faktörleri arasında önde gelen nedenlerden birisi de aile öyküsünde madde bağımlılığı, şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon olmasıdır.[41]

2.7.9 Stres Faktörleri ve Son Dönem Tetikleyiciler

Öldürücü yöntemlere kolayca erişebilme ve cinsel travma öyküsü, aile içi şiddete maruz kalma ve ailede özkıyım öyküsü genç özkıyımları için diğer risk faktörleridir. Gençlerde özkıyım girişimini tetikleyen olaylar; akranları tarafından reddedilme, utandırıcı olaylar ve duygusal yönden hayal kırıklığına uğrama nedeniyle bozulan ilişkiler; akademik yaşamda karşılaşılan güçlükler, göç ve yetersiz

aile desteğidir. Gelişimsel olarak bu gibi krizlere maruz kalan gençler aile bireylerinden çok, akranlarından destek bulma eğilimindedirler. Aynı yaştaki akranlar bu gibi krizlerde yeterli desteği sağlayamayabilir veya kişiyi yanlış yönlendirebilirler. Kendi yaş grubundaki kişiler, özkıyım riskini fark edemeyerek veya özkıyıma eğilimi arttıran bir yaklaşımla yanıt vererek, gençlerin ümitsizlik nedeniyle özkıyım duygularını daha da şiddetlendirebilirler.[41]

Bazı çalışmalarda, cinsel uyum krizi ve genç özkıyımları arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Tahminlere göre homoseksüel gençlerde ciddi özkıyım girişimleri dört kat daha fazladır.[41]

2.7.10 Özkıyım Girişiminde Kullanılan Yöntemler

Kişinin özkıyım yöntemi seçiminde fizik koşullar, kişinin şiddet öğeleri içeren bir ölüm seçme eğilimi ve ölüm fikrinin ciddiyeti gibi çeşitli faktörler rol oynar.[7] Örneğin yüksek bina ve köprülerin bulunduğu yerlerde yüksekten atlama sık görülürken, ateşli silahların sık bulunduğu bölgelerde ateşli silahlarla özkıyım girişimlerine daha sık rastlanmaktadır. Evde ateşli silah bulunması bağımsız bir risk faktörü olmakta ve genç erişkinlerde özkıyım girişimi riskini 5-10 kat arttırmaktadır.[44] Özkıyım girişiminde kullanılan yöntemlerin ülkeler arasında farklı olması, kolay erişilebilen yöntemlerin farklı olması nedeniyledir.[8]

Özkıyım girişimcilerinin kullandıkları yöntemler genellikle kişiye yönelik zarar verici yöntemler değildir.[8] En sık uygulanan özkıyım girişimi yöntemi ilaç alımıdır (%72); fakat ölüm ile sonuçlanan özkıyım girişimlerinde en sık kullanılan yöntem ateşli silahlardır (%70).[45] En sık kullanılan ilaç grubu ise antidepresanlardır. Trisiklik antidepresanların sık kullanılmaları ve potansiyel ölümcül etkilerinin yüksek olması nedeniyle bu grup ilaçlar ile olan özkıyım girişimleri daha ölümcül seyretmektedir. Fakat son zamanlarda geliştirilen ve antidepresan etkinliği trisiklik antidepresanlar kadar güçlü olan fluoksetin, sertralin ve paroksetin gibi serotonin geri alım inhibitörlerinin potansiyel ölümcül etkileri daha azdır. Bu grup ilaçların kullanıma girmeleriyle ilaç alımı sonucu görülen ölümlerin azalacağı düşünülmektedir.[44]

WHO tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada erkeklerin yüzde 64'ünün, kadınların yüzde 80'inin kendilerini zehirleme yöntemini seçtikleri tespit edilmiştir.

Avrupa ülkelerinde özkıyım girişimi sırasında kullanılan yöntemler farklıdır. Örneğin Macaristan'da erkeklerin yüzde 19'unun, kadınların ise yüzde 15'inin pestisid, herbisid veya diğer toksik kimyasallar ile kendilerini zehirledikleri saptanmıştır. Yaşlı erkeklerin ise genel olarak yüksekten atlama veya hareket halindeki bir aracın önüne atlama yöntemlerini tercih ettikleri görülmüştür. Eylem sırasında veya eylem öncesinde bilinçsiz hale gelmek veya ölüm riskini artırmak amacıyla, bazen özkıyım girişimine bir hazırlık veya bir özkıyım yöntemi olarak alkol alınabilir. Oxford'da yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların yüzde 28'inde alkol ve/veya ilaç kötüye kullanımı tespit edilmiştir.[8]

Özkıyım yöntemlerine yönelik yapılan bir çalışmada ülkeler arası yöntemlerin farklılıkları ve yaş grupları Tablo 4'de izlenmektedir.[46]

Tablo 4: Farklı yöntemlerle özkıyım girişimleri sonucu ölüm oranlarının karşılaştırılması

	Türkiye 1999-2001	Almanya 1989- 1998	Hindistan 1994-2001	US(Ten) 1970-1985	US (LA) 1996- 1997	
Yaş aralığı	11- 19	10-21		*	13-19	11-16
Ası	16 (%29)	14 (%38)		1 (1)	8 (%9)	17 (%38)
Zehirlenme[o]	7 (%13)	3 (%8)		89 (%56)	11 (%13)	5 (%11)
Ateşli silahlar	24 (%43)	3 (%8)		0	64 (%74)	0
Künt travma[oo]	0	9 (%24)		0	0	0
Yüksekten atlama	9 (%16)	6 (%16)		0	1 (%1)	6 (%13)
Termal yaralanmalar	0	0		69 (%43)	0	0
Boğulma	0	0		0	1 (%1)	0
Diğer	0	2 (%5)		0	2 (%2)	0
Toplam	56	37		159	87	46

Ten: Tenesse; LA: Los Angeles
* Sadece <15 yaş ve 15- 20 yaş gruplarına ait veriler
[o] İlaç aşırı dozları ve karbon monoksite bağlı ölümler
[oo] Motorlu araç kazalarına bağlı ölümler

2.8 Bir Özkıyım Yöntemi Olarak Zehirlenme

Kendi kendini zehirleme, özkıyım girişimi için sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. "Zehir" terimi ilk olarak MS 1230 yıllarında İngiliz literatüründe ölümcül karışımlarla hazırlanan ilaç dozu veya yudumunu tanımlamak için kullanılmıştır.[47,48] Buna rağmen zehirler ve zehirlenmenin geçmişi binlerce yıla dayanır.[49]

Zehirlenme, bir canlı organizmanın, işlevlerini olumsuz yönde etkileyen kimyasal ile karşı karşıya gelmesi olarak tanımlanabilir.[49] Zehirleyici etkene maruz

kalma mesleki, çevresel, eğlence sonucu veya tıbbi nedenler ile olabilir. Zehirlenme, zehirli maddenin farklı giriş yolları sonucu vücuda alınması ile gelişebilir; zehir inhalasyon yolu ile, ağız, cilt ve müköz membranlar aracılığıyla sindirim sistemi yolu ile veya enjeksiyon yolu ile alınabilir. Zehirler gaz veya buhar formunda ve tozda asılı olarak havadan kaynaklanabilir. Kostikler veya tahriş ediciler cildi direkt olarak etkileyebilirler veya toksin, cilt boyunca geçip iç yapıları etkileyebilir. Ayrıca tıbbi ilaçların veya suistimal edilen ilaçların damar içi veya cilt altı enjeksiyonları ile parenteral maruziyet de görülür.[50]

Birleşik Devletler'de 2000 yılında zehir merkezlerinde iki milyonun üzerinde kişinin toksik maddeye maruz kaldığı bildirilmiştir. Bunların hemen hemen yarısı altı yaşından küçük çocuklardır. Bazı uzmanlara göre Birleşik Devletlerde ölümlerin en sık üçüncü nedeni zehirlenmelerdir. Zehre bağlı ölümlerin sıklığı 1985- 1995 yılları arasında Birleşik Devletler'de yüzde 300 artmıştır. Her ne kadar bu maruz kalımların çoğu kaza olarak bildirilse de çoğu önlenebilir durumlardır.[50] Son yıllarda acil servise başvuran hastalarda ağız yoluyla olan zehirlenmelerde artış olduğu ve bu hastaların %3-15'inin ölümle sonuçlanan özkıyım girişimini tekrarladıkları ortaya çıkmıştır.[51] Amerika zehir danışma merkezi (AAPCC) raporlarına göre 2002 yılında iki milyon üç yüz seksen bin zehirlenme olgusu rapor edilmiş ve 2001 yılına göre zehirlenme olgularında %4,9 oranında artış olmuştur.[52]

Ülkemizde yılda 150.000 zehirlenme olayının meydana geldiği tahmin edilmektedir.[53] Sağlık bakanlığı verilerine göre 2001 yılında Türkiye'de 11.672 kişi zehirlenme nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmuştur.[54]

Son yıllarda Türkiye'de ilaçlara bağlı ölümlerin oranı artmıştır.[55-57] İlaçlara bağlı ölümlerin araştırılmasında en yararlı yöntem toksikolojik araştırmalar ve otopsilerdir.[58] Bir ülkede ilaç sorunlarının değerlendirilmesinde en önemli nokta ilaçlara bağlı ölümlerinin sayısını tesbitidir.[59,60]

Türkiye'de yapılan bir çalışmada 1997-2001 yılları arasında zehirlenmelere bağlı toplam 3875 ölüm vakası bildirilmiştir. Bunların 374'ü (%9,7) ilaç doz aşımı veya toksisitesine bağlıdır. En yüksek ölüm oranı İstanbul'da (286 hasta; %76,5) bulunmuş, bunu Gaziantep (30 hasta; %8) takip etmiştir. İlaçlara bağlı ölümlerin yaş ortalaması 34 olarak saptanmıştır. Bunların %71,9'u 40 yaşın altındadır. Yapılan bu çalışmanın sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir.[58]

Tablo 5: İlaçlara bağlı ölümlerin Türkiye'deki dağılımı

Özellikler	Ölenlerin sayısı	Ölenlerin yüzdesi
Yaş grupları (yıl)		
15- 19	19	5,1
20- 24	55	14,7
25- 29	78	20,9
30-34	64	17,1
35- 39	53	14,2
40- 44	37	9,9
45- 49	30	8,0
50- 54	19	5,1
55- 59	10	2,7
60- 64	3	0,8
≥ 65	4	1,1
Bilinmeyen	2	0,5
Cinsiyet		
Erkek	323	86,4
Kadın	51	13,6
Yerleşim yeri		
İstanbul	286	76,5
Gaziantep	30	8,0
Antalya	6	1,6
Bursa	5	1,3
Adapazarı	5	1,3
Diğer (22 şehir)	42	11,3
Kalan 54 şehir	0	0,0

Mafenson ve Greensher,[61] belli toksinler sonucu gelişen belirti ve semptomların gruplarını tanımlamak için toksik sendromlar kelimelerinden "toksidrom" terimini türetmişlerdir.[62] Tüm yaşam belirtileri içinde klinik olarak en duyarlı göstergeler tipik olarak nabız ve kan basıncıdır. Başvuru sonrasında hasta değerlendirilirken toksidromlar oldukça yararlıdır. Bununla birlikte alınan veya maruz kalınan maddenin gerçekte ortaya çıkış şekli tanımlanan bu sendromlardan çok farklı bir şekilde de olabilir.[61] Tipik toksik sendromları Tablo 6'da açıklanmıştır.[50]

Tablo 6: Toksidromlar

Toksidrom	Neden olan ajan	En sık bulgular	Ek semptomlar ve ölüm nedeni	Tedavi
Opioid	Eroin Morfin	MSS depresyonu, miyozis, solunum depresyonu	Hipotermi, bradikardi. *Ölüm*; solunum arresti, akut akciğer hasarı sonucu olabilir.	Ventilasyon, nalokson
Sempatomimetik	Kokain Amfetamin	Psikomotor ajitasyon, diyaforez, taşikardi, hipertansiyon, hipertermi	Nöbetler, rabdomyoliz, myokard enfarktüsü. *Ölüm;* nöbetler, kardiyak arrest, hipertermi sonucu olabilir.	Soğutma, benzodiyazepinler ile sedasyon, hidrasyon
Kolinerjik	Organofosfat insektisidler Karbamat insektisidler	Salivasyon, lakrimasyon, diyaforez, bulantı, kusma, ürinasyon, defekasyon, kas fasikülasyonları, güçsüzlük, bronkore	Bradikardi, miyozis/ midriyazis, nöbetler, solunum yetmezliği, paralizi. *Ölüm*; paralizi, bronkore veya nöbetler nedeniyle solunum arresti sonucu olabilir.	Havayolunun korunması ve ventilasyon, atropin, pralidoksim.
Antikolinerjik	Skopolamin Atropin	Bilinç durumunda değişiklik, midriyazis; kuru, kırmızı cilt, üriner retansiyon, barsak seslerinde azalma, hipertermi, kuru müköz membranlar	Nöbetler, aritmiler, rabdomyoliz. *Ölüm*; hiper termi ve aritmiler sonucu olabilir.	Fizostigmin (eğer uygunsa), benzodiyazepinler ile sedasyon, soğutma, destek yönetim
Salisilatlar	Asprin Keklik üzümü yağı	Bilinç durumunda değişiklik, respiratuar alkaloz, metabolik asidoz, tinnitus, hiperpne, taşikardi, diyaforez, bulantı, kusma	Düşük dereceli ateş, ketonüri. *Ölüm*; akut akciğer hasarı sonucu olabilir.	Çoklu doz aktif kömür, potasyum desteği, hemodiyaliz, hidrasyon ile idrarın alkalinizasyonu.
Hipoglisemi	Sülfonilüreler İnsülin	Bilinç durumunda değişiklik, diyaforez, taşikardi, hipertansiyon	Paralizi, konuşma bozukluğu, davranış bozukluğu, nöbetler. *Ölüm;* nöbetler, davranış değişikliği sonucu olabilir.	İntravenöz veya mümkünse oral glukoz içeren solusyonlar, sık kan glukoz ölçümü, oktreotid.
Serotonin sendromu	Meperidin veya dekstrometorfan ve MAOI; SSRI VE TCA; SSRI/ TCA/ MAOI ve amfetaminler; tek başına SSRI	Bilinç durumunda değişiklik, kas tonusunda artış, hiperrefleksi, hipertermi	Aralıklı tüm vücut tremoru. *Ölüm;* hipertermi sonucu olabilir.	Soğutma, benzodiyazepinler ile sedasyon, destek yönetim, teorik olarak yararlı siproheptadin.

MSS: merkezi sinir sistemi; MAOI: monoamin oksidaz inhibitörü; SSRI: seçici serotonin geri alım inhibitörü; TCA: trisiklik antidepresan

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma ileriye dönük bir anket çalışması olarak planlandı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Komitesinin kararı ile bu çalışmanın başlamasına karar verildi. Çalışmaya dahil edilen tüm zehirlenme hastaları acil müdaheleleri yapıldıktan ve toksikolojik açıdan klinik bulgu ve belirtileri düzeldikten sonra bilgilendirilip imzalı onayları alındı.

Hastalar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 1 Ocak 2005-31 Aralık 2005 tarihleri arasında başvuran hasta sayısı 21.412 olup bir yıl içinde başvuran zehirlenme hastalarının toplam hasta sayısına oranı 831/21.412 (0,039)'dur. Bizim çalışmamızda ise 1 Ekim 2005-30 Kasım 2005 tarihleri arasında başvuran hastalar alınmış olup bu süre içinde başvuran toplam zehirlenme hastalarının sayısı 146 idi. Bu hastaların 112'si (%76,7) özkıyım amaçlı zehirlenme hastaları iken 34'ü (%23,3) kazara zehirlenme hastaları idi. Özkıyım amaçlı zehirlenme hastalarından 74'ü anket çalışmamıza katılmayı kabul etti, 38'i ise kabul etmediği için çalışmamıza dahil edilmedi. Çalışmamızda özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında anket formunda belirtilen sorular sonucu epidemiyelojik ve sosyodemografik veriler belirlenip değerlendirildi. Özkıyım amaçlı zehirlenme girişiminde bulunan tüm hastalara acil serviste psikiyatri konsültasyonu istenildi.

İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel verilerin analizinde "SPSS for Windows" paket programının 14.0 numaralı versiyonu kullanıldı. Analizlerde cinsiyet, medeni durum gibi kesikli değişkenlerin birbirleriyle karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Analizlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 alındı.

Özkıyıma eğilim yaratabilecek faktörlerden yaş değişkeninin karşılaştırılmasında genelleştirilmiş doğrusal modeller ailesinden Univariate analizine başvuruldu. Burada çoklu karşılaştırma yapıldı ve çoklu karşılaştırmadan Tamhane test istatistiğine başvuruldu.

4. BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam hasta sayısı 108 idi. Bunlardan 74'ü (%68.51) özkıyım amaçlı zehirlenme iken, 34'ü (%31.49) kazara zehirlenme sonucu başvuran hastalar idi (Tablo 7).

Tablo 7: Acil servise başvuran zehirlenme hastalarının cinsiyet ve yaş dağılımları

	Özkıyım amaçlı zehirlenme hastaları			**Kazara zehirlenen hastalar**		
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam
Hasta sayısı (%)	45 (60.8)	29 (39.2)	74 (100.0)	20 (58.8)	14 (41.2)	34 (100.0)
Yaş ortalaması	22.91	28.41	25.07	31.35	42.43	35.91
Standart sapma	7.83	15.09	11.47	15.43	18.85	17.54
Yaş aralığı	14-45	16-64	14-64	15-59	14-71	14-71

Özkıyım Amaçlı Zehirlenme Olguları

Özkıyım amaçlı başvuran hastalarla ilgili bilgileri içeren anket formlarından 72'sini (%87,3) hastaların kendileri cevapladı, ikisi (%2,7) ise birinci derece hasta yakınlarından alınan bilgilerden yararlanılarak cevaplandırıldı.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaş dağılımları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p= 0,078).

Hastaların oturdukları yerler incelendiğinde; başvuran hastaların 48'inin (%64,9) il merkezinde; 19'unun (%25,7) ilçe merkezinde; altısının (%6) bucak/köyde yaşadıkları saptandı; birinin (%1,4) ise evi yoktu. Son on yıl içinde 74 hastanın dokuzunda (%12,2) göç öyküsü var idi.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde 44'ünün (%59,5) bekar; 21'inin (%28,4) evli olduğu saptandı (Tablo 8).

Tablo 8: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularının cinsiyetlerine göre medeni durumları

	Hasta sayısı (%)				
Cinsiyet	**Bekar**	**Evli**	**Dul**	**Nişanlı**	**Toplam**
Kadın	24 (%53,3)	13 (%28,9)	5 (%11,1)	3 (%6,7)	45 %100,0)
Erkek	20 (%69,0)	8 (% 27,6)	1 (%3,4)	0 (%0)	29 %100,0)
Toplam	**44 (%59,5)**	**21 (%28,4)**	**6 (%8,1)**	**3 (%4,1)**	**74 (%100,0)**

Tablo 9: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında özkıyım nedenleri ile medeni durumlarının karşılaştırılması

Özkıyım nedeni	**Bekar**	**Evli**	**Dul**	**Nişanlı**	**Toplam**
Bir anlık bunalım	9	4	1	0	14
Tartışma/ ayrılık	16	5	2	2	25
Maddi nedenler	1	7	1	0	9
Diğer*	18	5	1	1	26
Toplam	**44**	**21**	**6**	**3**	**74**

* Babasının ölümü
Eşinde kronik hastalık varlığı
Kendisinde kronik hastalık varlığı
Derslerde başarısızlık
Aile içi şiddet
Yalnızlık

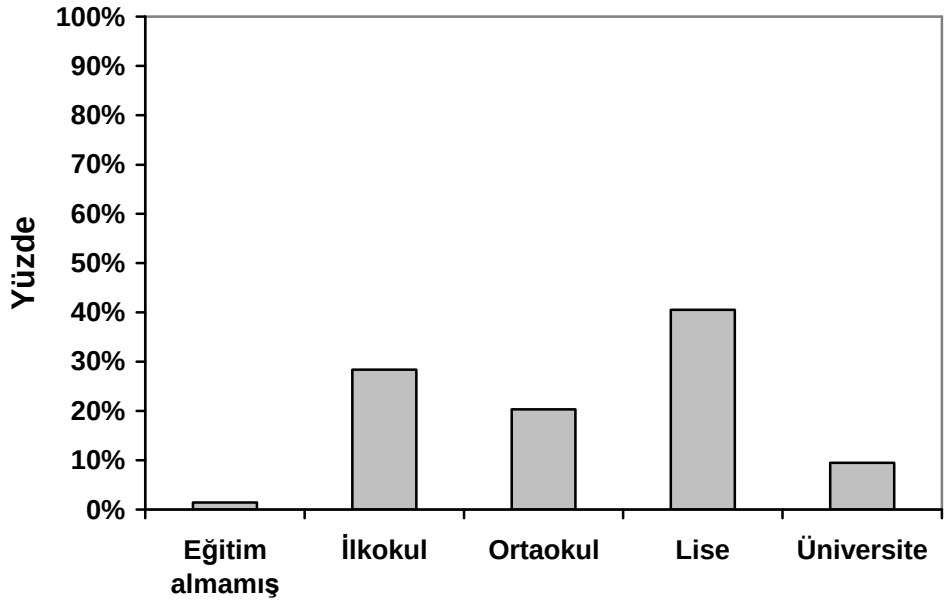
Hastaların özkıyım nedenleri ve medeni durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Hastaların meslekleri sorgulandığında 25 (%33,9) hastanın ev kızı/ev hanımı; 19'unun (%25,7) öğrenci olduğu; 30'unun (%41,8) ise diğer meslek gruplarına (işçi, çiftçi, memur, kuaför, aşçı, serbest meslek, pazarlamacı, hemşire) sahip olduğu öğrenildi. Meslek sahibi olan 30 hastadan dokuzu (%12,2) işsiz; 18'i (%24,3) çalışıyor; üçü (%4,1) ise emekli idi. İşsiz olan dokuz hastadan ikisi (%2.7) bir hafta-bir aydır; dördü (%5,7) bir-altı aydır; kalan üçü ise altı aydan daha uzun bir süredir işsiz idi.

Hastaların evlerinde yaşayan kişi sayısı sorgulandığında 52'sinin (%71,2) evinde beş veya daha az kişi, diğer kalan 22'sinin (%28,8) ise altı veya daha fazla kişi yaşadığı saptandı. Hastalardan 15'i (%20,3) üç kardeş; 12'si (%16,2) dört kardeş; 13'ü (%17,6) ise beş kardeş idi. Geri kalan 34 hasta (%45,9) ise bir, iki veya altı ve altıdan fazla kardeş sayısına sahip idi.

Hastaların oturdukları evlerin oda sayısı sorgulandığında 38'inin (%51,4) üç odalı eve sahip oldukları saptandı.

Başvuran hastaların yedisinin (%10,9) üniversite eğitimi aldığı; 66'sının (%89,1) ise ilk, orta veya lise eğitimi aldığı bulundu (Şekil 1).



Şekil 1: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında eğitim durumları

Tablo 10: Olguların cinsiyetleri ile eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Cinsiyet	Eğitim almamış	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Toplam
Kadın	1	12	11	16	5	45
Erkek	0	9	4	14	2	29
Toplam	**1**	**21**	**15**	**30**	**7**	**74**

Hastaların cinsiyetleriyle eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 11: Hastaların eğitim düzeyleri ve özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması

Özkıyım nedeni	Eğitim almamış	İlköğretim	Lise	Üniversite	Toplam (%)
Bir anlık bunalım	1	5	5	3	14 (18,39)
Tartışma/ ayrılık	0	11	12	2	25 (33,8)
Maddi	0	6	2	1	9 (12,2)
Diğer	0	14	11	1	26 (35,1)
Toplam	**1**	**36**	**30**	**7**	**74 100,0)**

Hastaların özkıyım nedenleri ve eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Hastaların aylık gelirleri sorgulandığında 37'sinin (%50) ortalama aylık gelirinin 500 YTL ve altı; 18'inin (% 24,3) 500–1.000YTL; sekizinin (%10,8) 1.000 YTL'nin üstünde olduğu; ikisinin (%2,7) ise hiç gelirlerinin olmadığı bulundu. Dokuz (%12,2) hasta ise ne kadar gelirleri olduğunu bilmiyordu. Hastaların kendi ifadelerine göre maddi durumları sorgulandığında ise 49'u (%66,2) maddi durumlarını orta dereceli olarak ifade etti. Hastaların aylık gelirleri ve kendi ifadelerine göre maddi durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 12).

Tablo 12: Hastaların aylık gelirleri ve kendi ifadelerine göre maddi durumları

	Kendi ifadelerine göre maddi durumları				
Aylık gelirleri (YTL)	**Çok yoksul**	**Yoksul**	**Orta**	**Zengin**	**Toplam (%)**
<500	6	10	21	0	37 (50,0)
500- 1000	1	2	15	0	18 (24,3)
1000- 1500	0	1	5	0	6 (8,1)
1500- 2000	0	0	0	0	0
>2000	0	0	1	1	2 (2,7)
Hiç yok	2	0	0	0	2 (2,7)
Bilinmiyor	0	2	7	0	9 (12,2)
Toplam	**9**	**15**	**49**	**1**	**74 (100,0)**

Hastaların maddi durumlarında değişiklik sorgulandığında 35'inde (%47,3) maddi durum değişikliği olduğu; 39'unda (%52,7) ise olmadığı bulundu. Değişiklik olan 35 hastanın 32'sinin (%43,2) maddi durumlarında azalma vardı. Maddi gelirlerinde azalma olanların ise 20'sinde (%62,5) azalma son 4 ay içinde idi. Hastaların maddi durum değişikliği ile özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 13).

Tablo 13: Maddi durum değişikliği ile özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması

	Maddi durum değişikliği		
Özkıyım nedenleri	**Evet**	**Hayır**	**Toplam**
Bir anlık bunalım	5	9	14
Tartışma/ ayrılık	10	15	25
Maddi sebepler	7	2	9
Diğer	13	13	26
Toplam	**35**	**39**	**74**

Hastaların maddi durum değişikliği ile özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Özkıyım amaçlı zehirli madde alan hastaların zehirlenme etkenleri değerlendirildiğinde hastalardan 35'inin (%47,6) antikolinerjik, 17'sinin (%23) kolinerjik semptomların görüldüğü zehirlenme etkeni aldıkları saptandı (Tablo 14).

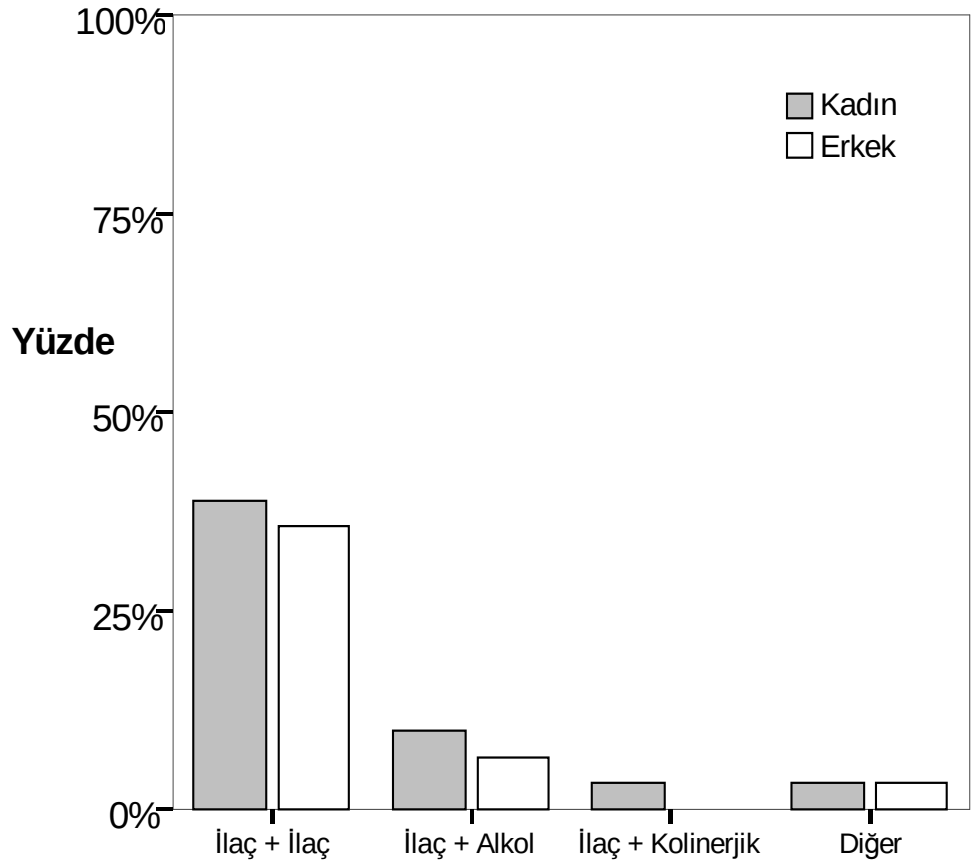
Tablo 14 Özkıyım amaçlı kullanılan zehirlenme etkenleri ve grupları

Zehir grubu	Hasta sayısı	Yüzde
Kolinerjik	17	23
Antikolinerjik	35	47,6
Antibiyotik	8	11
Alkol	5	6,9
Antihipertansif	5	6,8
Sempatomimetik	1	1,4
Diğer*	21	28,6

* Parasetamol, Bali, B vitamini, Non steroid antiinflamatuar ilaçlar, Flukonazol, Dopamin antagonist, Kibrit

Not: Çoklu madde alan hasta sayısı fazla olması nedeniyle, toplam hasta sayısı yüksek olarak görülmektedir.

Hastaların tekli-çoklu madde alımları sorgulandığında 74 hastadan 43'ünün (%58,1) özkıyım için tekli madde aldığı; 31'inin (%41,9) ise çoklu madde aldığı saptandı. Çoklu madde alan 31 hastadan 23'ünün (%31,1) ise ilaç+ilaç aldığı gözlendi (Şekil 2).



Şekil 2: Çoklu madde kullanımı ve cinsiyet dağılımı

Diğer: Alkol+ bali
İlaç+ kibrit

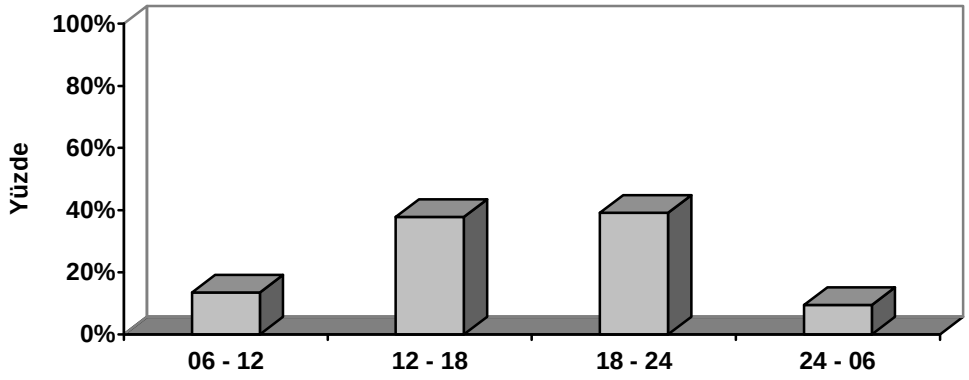
Hastaların aldıkları zehir miktarı sorgulandığında 14 (%18,8) kişinin 30 tabletten fazla aldığı; 13 (%17,6) kişinin 10-20 tablet; 13 (%17,6) kişinin de 20-30 tablet aldığı saptandı. Hastaların özkıyım amaçlı aldıkları zehirleri temin ettikleri yerler sorgulandığında 31 (%41,9) hastanın evde bulunan maddeleri; 17 (%23) hastanın kendi kullandıkları ilaçları; 11 (%14,9) hastanın da ailenin kullandığı ilaçları aldığı bulundu. Hastaların tamamında ağız yoluyla zehirlenme mevcuttu.

Hastalarda çoklu madde alımı ile özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Hastaların çoklu madde alımı ile özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması

Özkıyım nedenleri	Alınan çoklu madde İlaç+ ilaç	İlaç+ alkol	İlaç+ kolinerjik	Diğer	Toplam
Bir anlık bunalım	5	0	1	1	7
Tartışma/ ayrılık	6	3	0	1	10
Maddi nedenler	4	1	0	0	5
Diğer	8	1	0	0	9
Toplam	**23**	**5**	**1**	**2**	**31**

Hastaların özkıyım girişiminde bulundukları saatler değerlendirildiğinde 29'unun (%39,2) saat 18:^{00}-24:^{00}; 28'inin ise (%37,8) saat 12:^{00}-18:^{00}'de özkıyım girişiminde bulundukları saptandı (Şekil 3).



Şekil 3: Hastaların özkıyım girişiminde bulundukları saat aralıkları

Hastaların özkıyım saatleri ile özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05) (Tablo 16).

Tablo 16: Özkıyım nedenleri ile özkıyım saatlerinin karşılaştırılması

	Özkıyım saatleri				
Özkıyım nedenleri	**06- 12**	**12- 18**	**18- 24**	**24- 06**	**Toplam**
Bir anlık bunalım	3	5	6	0	14
Tartışma/ ayrılık	6	8	11	0	25
Maddi nedenler	0	4	3	2	9
Diğer	1	11	9	5	26
Toplam	**10**	**28**	**29**	**7**	**74**

Hastaların özkıyım girişimlerine karar verdikleri zaman sorgulandığında 48'inin (%64,9) buna ani bir şekilde karar verdiği; 23'ünün (%31,1) ise bunu bir süredir planladığı saptandı.

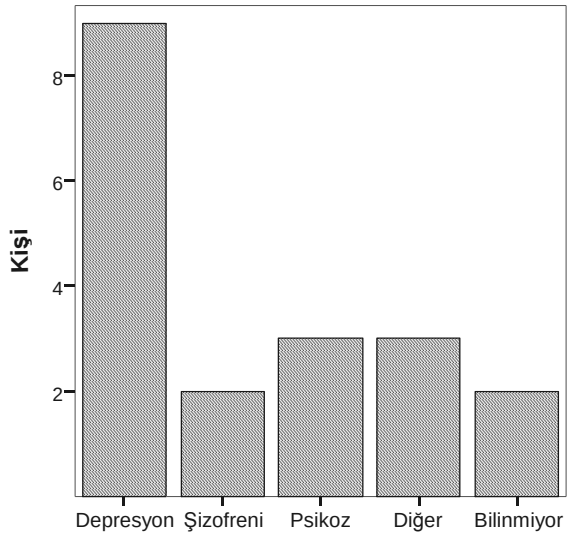
Hastaların 68'inin (%91,9) ailesinde özkıyım girişimi öyküsü yoktu; altısında (%8.1) ise vardı. Ailede özkıyım öyküsü olan kişiler, hastaların birinci dereceden akrabaları idi.

Hastaların özkıyım girişimi öyküleri sorgulandığında 14'ünde (%18,9) öncesinde özkıyım girişimleri olduğu saptandı. Bunların sekizinde (%10,8) bir kere, dördünde (%5,4) iki kere özkıyım girişimi öyküsü vardı. Öncesinde özkıyım girişimi olan hastaların 10'u çoklu madde almış idi.

Hastaların 26'sının (%35,1) herhangi bir kurumun acil servisine 30 dakika içinde başvurduğu, 18'inin (%24,3) ise 30-60 dakika içinde başvurduğu belirlendi. Hastaların 71'inin (%95,9) kliniğimize başvurmadan önce başka bir kliniğe uğradığı öğrenildi. Tüm hastalar Acil Gözlem Servisine yatırıldı; 53'ü (%71,6) bir gün; 14'ü (%18,9) iki gün; kalan yedisi (%9,7) ise üç veya daha fazla gün takip edildi. Hastaların 73'ü (%98,6) şifa ile taburcu edildi; biri (% 1,4) kendi isteği ile taburcu oldu. Çalışma süresince başvuran özkıyım amaçlı zehirlenme olgularından ölen olmadı.

Hastaların sağlık durumları bakımından özgeçmişleri sorgulandığında hastaların 53'ünde (%71,6) herhangi bir hastalık öyküsü yoktu; 16 (%21,6) hastada kronik hastalık öyküsü; dördünde (%5,4) ise sağlıklı iken akut hastalık öyküsü saptandı.

Hastalardan 19’unda (%25,7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Bunlardan 10’unda (%13,5) hastalık son altı aydır; dördünde (%5,4) ise beş yıldan daha uzun süredir vardı. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan 19 hastanın dokuzu (%12,2) depresyon tanısına sahip idi (Şekil 4).



Diğer: Obsesif kompulsif bozukluk
Hiperaktivite
Kronik nevroz

Şekil 4: Psikiyatrik hastalık tanıları

Hastaların psikiyatrik hastalık öyküleri ile özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 17).

Tablo 17: Vakaların özkıyım nedenleri ile psikiyatrik hastalık öykülerinin karşılaştırılması

	Psikiyatrik hastalık öyküsü		
Özkıyım nedenleri	**Var**	**Yok**	**Toplam (%)**
Bir anlık bunalım	3	11	14 (%18,9)
Tartışma/ ayrılık	6	19	25 (%33,8)
Maddi nedenler	4	5	9 (%12,2)
Diğer	6	20	26 (%35,1)
Toplam (%)	**19 (%25,7)**	**55 (%74,3)**	**74 (%100,0)**

74 hastanın 33'ü (%44,6) ilaç kullanmaktaydı; 10'unda (%13,5) antidepresan; 16'sında (%21,6) diğer ilaçların kullanım öyküsü vardı. İlaç kullananların 15'i (%20,3) altı aydan daha uzun süredir ilaç kullanıyordu (Tablo 18).

Tablo 18: Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularının ilaç kullanım süreleri

İlaç kullanım süreleri	**Hasta sayısı**	**Yüzde**
<1hafta	4	5,4
1hafta-1 ay	5	6,8
1-3 ay	5	6,8
3-6 ay	4	5,4
>6 ay	15	50,3
İlacı bırakmış	1	1,4
Toplam	**33**	**44,6**

Hastaların alışkanlıkları sorgulandığında 74 hastadan 40'ının (%54,1) sigara; 20'sinin (%27,1) alkol kullandığı saptandı; kumar oynama alışkanlığı olan hasta yoktu (Tablo 19). Hastaların eğitim düzeyleri ile sigara içimleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 19: Hastaların alkol kullanım sıklığı

Alkol kullanımı	Hasta sayısı	Yüzde
Nadiren	11	14,9
Haftada 2-3 kere	8	10,8
Hergün	1	1,4
İçmiyor	52	70,3
Bırakmış	2	2,7
Toplam	**74**	**100,0**

Tablo 20: Hastaların eğitim düzeyleri ile sigara kullanımlarının karşılaştırılması

	Eğitim düzeyleri				
Sigara	**Eğitimi olmayan**	**İlköğretim**	**Lise**	**Üniversite**	**Toplam (%)**
Hiç içmemiş		14	13	2	29 (39,2)
Bırakmış	1	3	1		5 (6,8)
Halen içiyor		19	16	5	40 (54,1)
Toplam	**1**	**36**	**30**	**7**	**74 (100,0)**

Hastaların alkol kullanımı ve özkıyım girişimi karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Genç erişkinlerde ve bayanlarda (63 hasta) yapılan aile içi şiddet varlığı değerlendirildiğinde 58 (%78,4) hasta aile içi şiddete maruz kalmadığını; üç hasta (%4,1) nadiren; iki hasta (%2,7) ise sıklıkla şiddet uygulandığını ifade ettiler.

Başvuran hastaların beşinin (%6,8) anne-babasının ayrıldığı; birinin (%1,4) sadece annesinin öldüğü; 13'ünün (%17,6) sadece babasının öldüğü; beşinin (%6,8) hem anne hem babasının öldüğü; 49'unun (%66,2) ise anne babasının beraber olduğu saptandı. Annesi ölenlerden üçünün (%4,1); babası ölenlerden ise ikisinin (%2,7) kayıplarının son bir hafta içinde olduğu belirlendi.

Hastaların aile içi ilişkilerinin durumu sorgulandığında 74 hastadan altısında (%8,1) çok şiddetli; dördünde (%5,4) sıklıkla; 33'ünde (%44,6) arasıra aile içi geçimsizlik olduğu; 31'inde (%41,9) ise aile içi geçimsizlik olmadığı belirtildi.

Hastaların aile bireyleri, arkadaş veya komşularıyla olan ilişkileri sırasıyla Tablo 21 ve Tablo 22'de belirtildiği gibiydi.

Tablo 21: Hastaların aile bireyleriyle olan ilişkileri

İlişkinin derecesi	Hasta sayısı	Yüzde
Çok kötü	5	6,8
Kötü	3	4,1
Fena değil	28	37,8
İyi	26	35,1
Çok iyi	12	16,2
Toplam	**74**	**100,0**

Tablo 22: Hastaların arkadaş/ komşularıyla olan ilişkileri

İlişkinin derecesi	Hasta sayısı	Yüzde
Çok kötü	6	8,1
Kötü	3	4,1
Fena değil	4	5,4
İyi	44	59,5
Çok iyi	17	23,0
Toplam	**74**	**100,0**

Hastaların özkıyım girişimleri sırasında yakınlarında birilerinin olup olmadığı sorgulandığında 74 hastanın 25'inin (%33,8) yakınında birileri olduğu bulundu. Bunlardan 16'sının (%21,7) yakınındakiler birinci dereceden akrabaları idi. Hastalardan 24'ünde (%32,4) yakını/hayvanı/sevdiği bir nesnenin kaybı öyküsü vardı. Kayıpların üçü (%4,1) son bir hafta içinde; beşi (%6,8) bir hafta-bir ay içindeydi. Kayıpların 20'si (%27,1) son bir yıl içindeydi.

Özkıyım nedenleri olarak 24 (%32,5) hastada aile/arkadaş tartışması; 14 (%18,9) hastada bir anlık bunalım; dokuz (%12,2) hastada maddi; kalan 27 (%36,6) hastada ise diğer nedenler (babanın ölümü, eşinde kronik hastalık varlığı, kendisinde kronik hastalık varlığı, derslerde başarısızlık, yalnızlık, aile içi şiddet) mevcuttu. Hastaların cinsiyetlerine göre özkıyım nedenleri Tablo 23'de izlenmektedir.

Tabloya göre kadınların daha çok aile içi veya sevgili, arkadaş ile tartışma/ayrılık nedeniyle özkıyım girişiminde bulundukları saptandı, ancak bu neden erkeklerin özkıyım nedenleri ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 23: Hastaların cinsiyetlerine göre özkıyım nedenleri

Özkıyım nedenleri	Kadın	Erkek	Toplam
Bir anlık bunalım	8	6	14
Tartışma/ ayrılık	19	6	25
Maddi sebepler	3	6	9
Diğer	15	11	26
Toplam	**45**	**29**	**74**

Hastaların yaş gruplarına göre özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında tartışma/ayrılık nedeniyle özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalaması ve standart sapması 19,68±4,67; maddi nedenlerle özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalaması ve standart sapması 39,22±14,36 olarak bulundu. Özkıyım nedenlerinden tartışma/ ayrılık ile maddi nedenler yaş grupları açısından değerlendirildiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastaların yaş ortalamaları ve özkıyım nedenleri arasındaki ilişki Tablo 24'de özetlenmiştir.

Tablo 24: Hastaların yaş ortalamaları ve özkıyım nedenlerinin karşılaştırılması

Özkıyım nedenleri	Hasta sayısı	Yaş ortalaması	Standart sapma	En düşük yaş	En yüksek yaş
Bir anlık bunalım	14	25,36	8,5	18	42
Tartışma/ ayrılık	25	19,68*	4,6	14	33
Maddi nedenler	9	39,22*	14,37	21	60
Diğer	26	25,19	12,59	15	64
Toplam	**74**	**25,7**	**11,47**	**14**	**64**

* İstatistiksel olarak anlamlı

Hastaların tekrar özkıyım girişiminde bulunup bulunmayacakları sorgulandığında ise alınan yanıtlar Tablo 25'de olduğu gibiydi.

Tablo 25: "Tekrar özkıyım girişiminde bulunmayı düşünür müsünüz?

Yanıtlar	Hasta sayısı	Yüzde
Kesinlikle evet	2	2,7
Büyük bir ihtimal evet	2	2,7
Belki	19	25,7
Asla	51	68,9
Toplam	**74**	**100,0**

5. TARTIŞMA

Son yıllarda acil servise başvuran hastlarda ağız yoluyla olan zehirlenmelerde artış olduğu ve bu hastaların %3-15'inin ölümle sonuçlanan özkıyım girişimini tekrarladıkları ortaya çıkmıştır.[51] Amerika zehir danışma merkezi (AAPCC) raporlarına göre 2002 yılında iki milyon üç yüz seksen bin zehirlenme olgusu rapor edilmiş ve 2001 yılına göre zehirlenme olgularında %4,9 oranında artma olmuştur.[52]

Ülkemizde yılda 150.000 zehirlenme olayının meydana geldiği tahmin edilmektedir.[53] Türkiye genelinde zehirlenme olgularıyla ilgili yeterli veriler olmamakla birlikte, sağlık bakanlığı verilerine göre 2001 yılında 11.672 kişi zehirlenme nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmuştur.[54] Ülkemizde zehirlenme olgularının değerlendirildiği bazı bölgesel çalışmalar yapılmıştır.[63-66] Toksikolojik açıdan bir referans hastanesi olabilir özellikte hasta bakımının olduğu acil servisimizde de özkıyım amaçlı zehirlenme vakalarına oldukça sık rastlanmaktadır.

Özkıyım girişimine neden olan etkenleri belirlemek amacıyla planladığımız çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na özkıyım amaçlı başvuran zehirlenme hastaları değerlendirildi. Bu çalışmayla özkıyıma eğilim yaratabilecek faktörler, özkıyımın yaş ve cinsiyet dağılımı, özkıyım amaçlı kullanılan maddelerin yanısıra hastaların ve ailelerin özkıyım özgeçmişlerinin ve bunların özkıyımda etkili olup olmadıklarının tesbitine çalışıldı.

Çalışmamız sonucunda, acil servise başvuran hastaların cinsiyetleri ele alındığında 45'inin kadın, 29'unun erkek olduğu görüldü. Başvuru sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Yapılan bir çalışmada kadınlarda özkıyım girişimi oranının erkeklerden yüksek olduğu ve aynı çalışmada kadınların daha genç yaşta özkıyım girişiminde bulundukları tespit edilmiş, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.[67] Yine başka bir çalışmada özkıyım girişimi oranının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.[8,68] Acil servislerde özkıyım girişimine hazırlayıcı etkenlerin araştırıldığı bir çalışmada da başvuran hastaların %79'u kadın, %21'i erkek olarak bulunmuş[2] ve kadınların erkeklere göre dört-beş kat daha sık özkıyım girişiminde bulunmalarına rağmen, erkek özkıyımlarının dört-beş kat fazla ölüm ile sonuçlandığı belirtilmiştir.[7] Bu çelişkinin açıklamasında erkeklerin bağımsız olma ve kararlılığa

değer verdikleri ve yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmeyi zayıflık olarak gördükleri ve bu yüzden yardım istemekten kaçındıkları ifade edilmiş. Kadınların ise bağımlılığa ve fikir alışverişine önem vermeleri ve yardım almayı, fikir değiştirmeyi daha çabuk kabullenmeleri, kadınları özkıyımdan özkıyımdan koruyan etkenler olarak gösterilmiş.[69] Kadınlarda özkıyım girişimini yüksek olduğunu savunan başka bir görüş de, toplumumuzda bazı kısıtlayıcı sosyokültürel faktörlerin veya altta yatan kişilik ve psikiyatrik rahatsızlıkların özellikle genç kadınlar üzerinde baskı oluşturması düşüncesidir.[70]

Kliniğimize başvuran hastaların yaş grupları incelendiğinde kadınların yaş ortalaması 22,91±7,83; erkeklerin yaş ortalaması ise 28,41±15,09 olarak bulundu. Kadın ve erkeklerde yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Elde ettiğimiz sonuçlar kaynaklardaki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. WHO'nun yaptığı çok merkezli bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunan kadınların sıklıkla 15-24 yaş, erkeklerin ise 25-34 yaş grubunda oldukları bulunmuştur.[8] Başka bir çalışmada 14-17 yaşları arasında özkıyım girişimi oranının kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.[67] Yapılan diğer bir çalışmada da kadınların erkeklerden daha genç yaşlarda özkıyım girişiminde bulundukları saptanmıştır. Yanturalı'nın[7] yaptığı çalışmada ise yaşlılarda ve 15-24 yaş arası gençlerde özkıyım girişimi riski yüksek iken, adolesan kızların adolesan erkeklere göre daha sık özkıyım girişiminde bulundukları saptanmıştır. Fakat erkek adolesanların ölümle sonuçlanan özkıyım girişimleri 1/3 iken, kızlarda bu oran 1/25 olarak bulunmuştur.[71] Çalışmamızda acil servise zehirlenme ile başvuran hastaların %76,7'si özkıyım amaçlı, %23,3'ü kazara zehirlenme hastaları idi. Yapılan diğer bir çalışmada zehirlenme vakalarının %93,8'inin özkıyım amaçlı olduğu bulunmuştur.[70]

Özkıyım amaçlı zehirli madde alan hastaların zehirlenme etkenleri değerlendirildiğinde hastalardan 35'inin (%47,6) antikolinerjik, 17'sinin (%23) kolinerjik özellikte klinik bulgular gösteren zehirlenme etkeni aldıkları saptandı. Bu iki zehir grubunun çalışmamızda yüksek çıkmasının sebepleri antidepresan ilaçların halkımız tarafından bilinçsizce ve genellikle doktor gözetimi altında olmaksızın kullanımı olabilir. Toplumumuz için kötü ancak gerçek olan bir durum da özellikle birinci basamak hekimleri tarafından antidepresan veya diğer psikiyatrik ilaçların bilinçsizce reçete edilmesi olabilir. Bizim bulduğumuz sonuçlar yapılan diğer

çalışmalarla de benzerlik göstermiş[44] ve antidepresan ilaçlar en sık alınan ilaç grubu olarak dikkat çekmiştir.

Bölgemizde yapılan bir çalışmada hem kazara alımlarda hem de özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında kolinerjik zehirlenmelerin sık görüldüğü tesbit edilmiştir.[72]

Çukurova Bölgesi, Türkiye'nin 675.000 hektar alanıyla en geniş tarım bölgesi olması nedeniyle bu bölgede pestisidlerin kullanımı oldukça yaygındır. Bir milyon dokuz yüz bin nüfuslu Adana ise bu bölgenin merkezidir. Her yıl yüzlerce aile, komşu bölgelerden Adana'ya tarım işçisi olarak gelip çalışmaktadır. İşçilerin çoğunluğunun zehir kutularındaki uyarıları dikkate almamaları veya dikkatsizlik sonucu kazara alımlara sıkça rastlanmaktadır.[72]

Hastanemizde 24 saat hizmet veren toksikoloji laboratuvarı olmadığından tüm etkenlere yönelik tarama yapılıp toksik seviyeler tesbit edilemedi. Bu yüzden hastaların toksik etkenlerden etkilenme düzeyi; aldıkları zehirleyici etken miktarı ve çeşitliliği, başvuru süreleri, geliş anında ve takip edilen süredeki klinik ve laboratuvar değerleri ile tedaviye verdikleri yanıtlar gibi çok çeşitli değişkenler göz önüne alınarak belirlenmeye çalışıldı.

Hastaların tekli-çoklu madde alımı sorgulandığında 74 hastadan 43'ünün (%58,1) özkıyım için tekli madde aldığı; 31'inin (%41,9) ise çoklu madde aldığı saptandı. Hastaların çoklu madde alımındaki amaç özkıyım niyetlerinin gerçek olması olabileceği gibi, o an ulaşabildikleri ve mevcut olan tüm zehirleyici ajanları kullanma istekleri de olabilir. Çukurova bölgesinde 1 Ocak 1997-31 Aralık 2002 yılları arasında 2.388 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların 426'sı (%32,4) çoklu ilaç almıştır.[72] Kekeç ve arkadaşlarının[70] yaptığı yedi yıllık bir çalışmada da acil servise 389 hasta çoklu ilaç zehirlenmeleri ile başvurmuştur. Zehirlenme vakalarının %93,8'inin özkıyım amaçlı olduğu bulunmuştur. En sık rastlanan çoklu ilaç grubu ise antidepresan+antipsikotik (%18,8) ve antidepresan+antipsikotik+analjezik (%12,2) olarak saptanmıştır.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde 44'ünün (%59,5) bekar; 21'inin (%28,4) evli; altısının (%8,1) dul; üçünün (%4,1) ise nişanlı olduğu saptandı. Sonuçlar değerlendirildiğinde özkıyım girişimi oranının bekarlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında

aralarında anlamlı bir fark bulunmadı. Bizim elde ettiğimiz sonuç kaynaklardaki sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.[5] WHO'ya göre yalnız yaşayan veya eşinden ayrılmış kişiler özkıyım girişimine daha meyillidirler.[32] Hollanda'nın batısında bir bölge olan Leiden'de özkıyım girişiminin en sık boşanmış kadınlarda görüldüğü, bunu sırasıyla boşanmış erkekler, eşi ölmüş kadınlar ve eşi ölmüş erkeklerin izlediği belirtilmiştir.[33] Kekeç ve arkadaşlarının[2] yaptığı çalışmada ise evli olanların bekar olanlara göre daha yüksek oranda özkıyım girişiminde bulundukları saptanmıştır Eş ve aile içi ilişki problemlerinin evli olanlarda özkıyım girişimi oranını arttırmış olabileceği ifade edilmiştir. Yanturalı'nın[7] yaptığı çalışmaya göre de evli olma, özkıyım girişimine karşı koruyucu rol oynamakta; boşanmış veya dul olma durumlarında ise özkıyım girişimi riski artmaktadır.

Çalışmamıza katılan hastaların meslekleri sorgulandığında 25 (%33,9) hasta ev kızı/ev hanımı; 19'u (%25,7) öğrenci idi; 30'u (%41,8) ise diğer meslek gruplarına (işçi, çiftçi, memur, kuaför, aşçı, serbest meslek, pazarlamacı, hemşire) sahip idi. Bizim çalışmamızda özkıyım girişiminde bulunanlardan ev kızı/ev hanımı ve öğrencilerin sık olduğu gözlendi, ama aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar kısmen diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmaya göre özkıyım girişimi yüksek olan meslek grupları çiftçiler, bayan doktorlar, öğrenciler ve gezginlerdir.[13]

Meslek sahibi olan 30 hastadan 18'i (%24,3) çalışıyor, dokuzu (%12,2) işsiz, üçü (%4,1) ise emekli idi. Çalışmamızın verileri göz önüne alındığında işsizlik veya emekliliğin özkıyım girişimi için anlamlı birer risk faktörü olmadığını düşünebiliriz. Sonuçlarımız bu konuda diğer çalışmalardan farklılık göstermemektedir. Yanturalı'nın[7] yaptığı çalışmaya göre işsizlik özkıyım için bir risk faktörüdür. Yapılan diğer bir çalışmaya göre iş problemleri özkıyım için bir risk faktörüdür.[73,74] Diğer bir çalışmaya göre ise işsizlik tek başına direkt olarak özkıyım girişimi riskini artırmamakta, ancak işsizlik sonucu gelişen ekonomik durumda düşme, normal sosyal durumunu kaybetme ve bunun sonucu kişinin toplumdaki itibarını kaybetmesi, kendisini toplumdan izole etmesi, umutsuzluk ve alkol bağımlılığı gibi olumsuz etmenlerin etkisiyle özkıyıma eğilimi arttırmaktadır.[75,76]

Çalışmamıza göre hastalardan 52'sinin (%71,2) evinde beş veya daha az kişi, diğer kalan 22'sinin (%28,8) ise altı veya daha fazla kişi yaşadığı saptandı. Buna

göre evde yaşayan kişi sayısı veya hastaların kardeş sayıları fazlalığının özkıyım girişimi için istatistiksel olarak anlamlı birer risk faktörü olmadığı görülmüştür. Kalabalık ailelerde özkıyım girişimi oranının yüksek olmamasının sebebi aile içi psikososyal desteğin varlığı olabilir. Bulduğumuz sonuçları yetersiz bilgi nedeniyle diğer kaynaklar ile karşılaştırma yapamıyoruz. Diğer kaynaklarda, özellikle de yurtdışı yayınlarda bununla ilgili bilgilere rastlamamamızın nedeni bizim toplumumuzun sosyo-kültürel yapısından kaynaklanabilir. Bizim kültürümüze göre çocukların genellikle evlenmeden önce evden ayrılmamaları veya ekonomik veya sosyal nedenlerden dolayı evlenseler bile çocukların anne-babaları ile birlikte oturmaları, evlerde yaşayan kişi sayısının fazla olmasının nedenini açıklayabilir.

Hastalarımızın eğitim durumlarını incelediğimizde yedisinin (%10,9) üniversite eğitimi aldığı; 66'sının (%89,1) ise ilkokul, ortaokul veya lise eğitimi aldığını saptadık. Yaptığımız istatistiksel çalışmalara göre ise eğitim düzeyleri ile özkıyım girişimi arasında anlamlı bir fark bulamadık. Yapılan bir çalışmaya göre eğitim düzeyi düşük olanlarda özkıyım riski yüksek olarak bulunmuştur.[13] Başka bir çalışmada ise eğitim düzeyinin yüksek veya düşük olduğu bireylerde özkıyım girişimi riskinin düşük olduğu belirtilmiştir.[36]

Hastaların aylık gelirleri değerlendirildiğinde 37'sinin (%50) ortalama aylık gelirinin 500 YTL ve altında olduğu görüldü. Bu ücretin, ülkemizde asgari ücret olarak belirlenen gelirin altında olduğu saptandı. Asgari ücret, dört kişilik bir ailenin geçinmesini sağlamak için gerekli en düşük gelir miktarıdır. Her ne kadar çalışmamızda maddi durum ve özkıyım girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, bu kişilerin maddi sıkıntı içinde olabilecekleri ve bunun da özkıyım girişimine eğilimlerini arttırabileceğini düşünmekteyiz. Dokuz (%12,2) hastanın ise gelirleri hakkında bilgileri yok idi. Hastalardan 49'unun (%66,2) düşüncesine göre ise maddi durumları orta dereceli idi. Bizim sonuçlarımız ile, yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermemektedir. Yapılan bir çalışmaya göre sosyoekonomik durumları çok düşük veya çok yüksek olanlarda özkıyım girişimi riski yüksektir.[36] Çalışmamızda hastaların 37'si (%50) asgari ücret almalarına rağmen bunların sadece dokuzu (%12,2) kendilerini çok yoksul olarak nitelendirmektedir. Kişilerin ne kazandıklarının değil, kendilerini nasıl hissettikleri ve çevresindekilerden aldıkları maddi ve sosyal desteğin önemli olduğunu

düşünmekteyiz. Nitekim çalışmamız verilerinde eş-dost, komşu ve akraba ilişkilerinin büyük çoğunlukla "iyi veya fena değil" olarak ifade edilmesi, bu desteğin varlığını düşündürmektedir. Bu nedenle hastaların maddi durumlarının, özkıyım girişimlerinde tek başına anlamlı bir risk faktörü olmadığı görüşündeyiz.

Hastaların 35'inde (%47,3) maddi durum değişikliği saptandı; bunların ise 32'sinde (%43,2) maddi durumlarında azalma vardı. Maddi durumlarında azalma olan hastaların ise 20'sinde (%62,5) azalma son dört ay içinde idi. Bu hastaların özkıyım girişimlerinde ani maddi durum değişikliği etken olmuş olabilir. Maddi durum değişiklikleri, özellikle de olumsuz yöne olan değişiklikler, özkıyım girişimine eğilim yaratmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulamadık. Bununla birlikte yüksek oranda maddi durum değişikliğinin varlığının, özkıyım girişimi için etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar bizim düşüncelerimizi desteklemektedir.[13] Bazı kaynaklara göre maddi durumda ani azalma, bir stres faktörü olarak kabul edilmiş ve özkıyım girişimi için bir etken olabileceği belirtilmiştir.[3]

Hastaların aldıkları zehirleri temin ettikleri yerler sorgulandığında 31 (%41,9) hastanın evde bulunan maddeleri; 17 (%23) hastanın kendi kullandıkları ilaçları; 11 (%14,9) hastanın da ailelerinin kullandığı ilaçları aldığı bulundu. Bu da bize, ilaçların kolay erişilebilir olmaları nedeniyle özkıyıma eğilimi olan kişiler tarafından sıkça kullanıldıklarını düşündürebilir.

Hastaların özkıyım girişiminde bulundukları saatler değerlendirildiğinde birçoğunun (%77) 12:^{00}-24:^{00} saatleri arasında özkıyım girişiminde bulunduklarını görmekteyiz. Hastaların çoğunluğunun, herkesin uyuduğu, kimsenin kendilerini kolayca bulamayacakları ve insanların genelde sakin ve sessiz saatlerde değil de kişilerin uyanık ve aktif olduğu saatlerde özkıyım girişiminde bulunmaları, niyetlerinin ciddi olmadığını düşündürebilir. Kekeç ve arkadaşlarının[2] yaptığı çalışmada da hastaların çoğunlukla 18:^{00}-24:^{00} saatleri arasında özkıyım girişiminde bulundukları, en az ise 06:^{00}-12:^{00} saatleri arasında özkıyım girişimi olduğu gözlenmiştir.

Hastaların özkıyım girişimlerine karar verdikleri zaman sorgulandığında 48'inin (%64,9) buna ani bir şekilde karar verdiği; 23'ünün (%31,1) ise bunu bir süredir planladığı saptandı. Bazı çalışmalarda özkıyım öncesinde genellikle yıllar

süren özkıyım davranışı veya planları ve/veya uyarıları vardır.[13] Bize başvuran hastaların çoğunluğu bu işe ani bir şekilde karar verdiği için alınan etken, miktarı ve alınma sürsi birlikte değerlendirildiğindeözkıyım niyetlerinin ciddi olmadığını dününebiliriz. Bununla birlikte ani karar verilerek yapılan girişimlerde girişimi önleme imkanının sınırlı olması, ciddi zehirlenme olgularında risk oluşturabilir.

Bize başvuran hastaların altısının birinci derece akrabalarında özkıyım girişimi öyküsü vardı. Ailelerinde özkıyım girişimi öyküsü olanlarda özkıyım girişimi riski yüksektir. Bizim bu düşüncemiz kaynaklardaki bilgiler ile benzerlik göstermektedir.[77-80] Amerika'da Amish toplumunda yapılan bir çalışmada geçen yüzyıl içinde toplam 26 özkıyım girişimi saptanmış. Bu toplumda birçok ailede depresyon öyküsü olmasına rağmen özkıyım girişiminde bulunanlar sadece dört ailenin bireylerini içermekteymiş.[81] Ayrıca özkıyım davranışında genetik faktörlerin de rol oynadığını gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmalardaki sonuçlara göre: (a) Evlat edinilmiş çocukların akrabalarında özkıyım girişimi riski yüksek olduğu gösterilmiştir.[82] (b) Monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere göre özkıyım girişimi oranı daha yüksektir.[83-85] Bu ikiz çalışmaları özkıyım girişimi riski ile genetik faktörlerin ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu genetik katkı özkıyım ile ilişkili psikiyatrik hastalıklara olan genetik eğilimi oldukça iyi bir şekilde yansıtmaktadır.[86] Bizim çalışmamızda genetik çalışma yapılmadığı için ve ailede ikiz kardeş varlığı ve bunlarda özkıyım girişimi varlığı sorgulanmadığı için bu konuda yorum yapamamaktayız.

Kliniğimize başvuran 74 hastanın 14'ünde (%18,9) öncesinde özkıyım girişimi öyküsü olduğu saptandı. Bunların sekizinde (%10,8) bir kere, dördünde (%5,4) iki kere özkıyım girişimi vardı. Öncesinde özkıyım girişiminde bulunmuş olmak, bu girişimi tekrarlama olasılığını arttırabilir. Bizim düşüncelerimiz kaynaklardaki bilgiler ile benzerlik göstermektedir. Kaynaklara göre öncesinde özkıyım girişimi bulunanlarda diğer gruplara göre özkıyımı tamamlama riski yüksektir.[87] Özkıyım girişiminde bulunan hastaların bunu tamamlama riski her yıl yaklaşık olarak %1 oranında artar ve bu oran özellikle ilk bir yıl içinde en yüksektir.[5] Bir çalışmaya göre özkıyım girişiminden sonraki ilk bir yıl içinde özkıyım girişimini tekrarlama riski, öyküsünde özkıyım girişimi bulunmayanlara göre 100 kat fazladır.[88]

Kekeç ve arkadaşlarının[2] yaptığı bir çalışmaya göre hastaların çoğunluğu ilk bir saat içinde acil servise başvurmuş ve en az altı saat acil serviste takip edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise hastaların 26'sının (%35,1) herhangi bir kurumun acil servisine 30 dakika içinde başvurduğu, 18'inin (%24,3) ise 30-60 dakika içinde başvurduğu bulundu. Hastaların bizim kliniğimize özkıyım girişiminden kaç saat sonra başvurdukları sorgulanmadı, çünkü birçoğu diğer kurumlara uğradığı ve sevk işlemleri için uzun bir süre beklemek zorunda kaldığı için anlamlı bir sonuç elde edemeyeceğimizi düşünerek bu özelliği sorgulamadık. Hastaların büyük çoğunluğunun (%59,4) herhangi bir kliniğe bir saat içinde başvurması bize, bu hastaların gerçek özkıyım niyeti ile değil de yine ikincil kazanç için özkıyım girişiminde bulunmuş olabileceklerini düşündürdü. Hastaların özkıyım niyetleri ciddi olsaydı kendilerinin bu kadar kısa bir süre içinde bir kuruma gitmeyecekleri veya yakınlarının kendilerini kolayca bulup bir kuruma götürmelerine izin verecek bir yerlerde ve zamanda özkıyım girişiminde bulunmayacakları düşüncesindeyiz.

Tüm toksikoloji hastalarının müdahele ve tedavilerinin yapıldığı kliniğimizde hastaların tamamı Acil Gözlem ünitesinde takip edildi

Hastaların Acil Gözlemde yatış süreleri değerlendirildiğinde 53'ünün (%71,6) bir gün; 14'ünün (%18,9) iki gün; kalan yedisinin (%9,7) ise üç veya daha fazla gün takip edildiklerini görmekteyiz. Hastaların çoğunda ciddi toksik bulgu ve belirtiler olmasına rağmen, kliniğimiz tarafından yakın takip ve başarılı tedavi ile hastaların hepsi şifa ile taburcu oldu.

Türkiye'de ilaç kullanan kişi sayısını ve ilaçlara bağlı ölümlerin sayısını tespit eden bir araştırma yoktur.[89] İlaçlara bağlı ölümlerle ilgili çoğu araştırmalar İstanbul'da yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, her ne kadar dalgalanmalar da olsa son yıllarda Türkiye'de ilaçlara bağlı ölümlerin oranı artmıştır.[55-57,90] İlaçlara bağlı ölümlerin araştırılmasında en yararlı yöntem toksikolojik araştırmalar ve otopsilerdir.[58] Bir ülkede ilaç sorunlarının değerlendirilmesinde en önemli nokta ilaçlara bağlı ölümlerinin sayısını tespitidir.[59,60]

Türkiye'de yapılan bir çalışmada 1997- 2001 yılları arasında zehirlenmelere bağlı toplam 3875 ölüm vakası bildirilmiştir. Bunların 374'ü (%9,7) ilaç doz aşımı veya toksisitesine bağlıdır.[58] En yüksek ölüm oranı İstanbul'da (286 hasta; %76,5) bulunmuş, bunu Gaziantep (30 hasta; %8) takip etmiştir. İlaçlara bağlı ölümlerin yaş

ortalaması 34 olarak saptanmıştırBunların %71,9'u 40 yaşın altındadır.[58] Bizim çalışma süresi boyunca özkıyım amaçlı zehirlenme hastalarında ölüm görülmedi.

Zehirlenme sonucu ölüm oranları Pınar ve arkadaşlarının[63] yaptığı çalışmada %0,8 olarak tespit edilmesine karşın, ülkemizde zehirlenme analizinin yapıldığı diğer bazı çalışmalarda ölüm bildirilmemiştir.[64,65] Kendi çalışmamızda hastaların 73'ü (%98,6) şifa ile taburcu edildi; biri (%1,4) kendi isteği ile taburcu oldu. Hastaların acil serviste eğitimli elemanlarımız tarafından kısa süre içinde yoğun bakım şartlarına uygun tedavi almaları ölüm oranının düşük olma nedenini açıklayabilir.

Hastaların sağlık durumlarına baktığımızda 16 (%21,6) hastada kronik hastalık öyküsü; dördünde (%5,4) ise sağlıklı iken akut hastalık öyküsü olduğunu saptadık. Buna göre bu hastaların özkıyım girişimlerinde hastalıklarının etkisi olduğunu düşünebiliriz. Bizim düşüncemiz kaynaklardaki bilgilerle benzerlik göstermektedir.[91-95] Ciddi bir bedensel hastalığın varlığı, özellikle de bu hastalık kronik ağrıya yol açıyor ise veya bu hastalığın tedavisi mümkün değilse, özkıyım girişimi riskinde artışa neden olur.[5,7] İleri yaşlarda kronik hastalıkların görülme sıklığının artması nedeniyle, özellikle yaşlılarda kronik hastalıklara bağlı özkıyım girişimleri daha sıktır.[7]

Hastaların 33'ü (%44,6) ilaç kullanmaktaydı; 10'unda (%13,5) antidepresan ilaçların kullanım öyküsü vardı. Bu hastaların 15'i (%20,3) altı aydan daha uzun süredir ilaç kullanıyordu. Rezerpin, benzodiazepin ve barbitürat gibi bazı ilaçların kullanımı da depresyon ve özkıyım davranışı ile ilişkilidir. Ayrıca antidepresan tedavinin başlamasından kısa süre sonra görülen özkıyım girişimleri ise "enerjinin hareketlenmesi" teorisi ile açıklanabilir. Bu teoriye göre kişi, ağır depresyonu nedeni ile kendisinde özkıyım girişiminde bulunacak gücü ve motivasyonu bulamamakta, fakat başlanan antidepresan tedavi ile hasta, gücünü kazanmaya başladığında özkıyım eylemini gerçekleştirmektedir. Bu nedenle yeni antidepresan tedavi başlanmış ağır majör depresyonlu hastalar yakından takip edilmelidir.[94,95]

Hastalardan 19'unda (%25,7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Bunlardan 9'u (%12,2) depresyon tanısına sahip idi. Kaynaklara göre psikiyatrik hastalıkların varlığı[96,97] özellikle de depresyon tanısı[98,99] özkıyım girişiminde ve özkıyıma bağlı ölümlerde en sık tespit edilen risk faktörüdür.[100] Özkıyım ile ilgili yapılan diğer çalışmalara göre de psikiyatrik hastalıkların (örneğin depresyon) özkıyım girişimi

düşüncesinde oldukça önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Çalışmalar göstermektedir ki ruh sağlığı bozukluğu olan ve anksiyolitik ve/veya antipsikotik ajan kullananlarda özkıyım düşünceleri belirgin bir şekilde yüksek olduğunu göstermektedir.[101] Özkıyım girişimi nedeniyle ölen hastaların 2/3'ü ölüm anında depresyondadırlar ve depresyon tanısı olan hastalarda ise özkıyım girişimi riski normal toplumdan yaklaşık 20 kat daha fazladır.[102] Yapılan başka bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların %60-70'inin altında majör depresyon olduğu söylenmiştir. Şizofreni ise çok daha nadir olmasına rağmen 35 yaşın altındakilerde yaklaşık %19 oranında bulunmaktadır.[103] Özkıyım nedeniyle ölen hastalar ile ilgili yapılan beş otopsi çalışmasında en sık rastlanan psikiyatrik tablolar sırasıyla şu şekilde izlenmiştir; depresif bozukluklar (%39-90), alkol bağımlılığı (%43-54), madde veya ilaç bağımlılığı (%4-45), şizofrenik bozukluk (%3-10), organik bilinç bozukluğu (%2-7), kişilik bozuklukları (%5-44).[104,105]

Özkıyım girişiminde bulunan birçok hasta yakın zamanda profesyonel bir yardım almıştır.[5] Bu durum özellikle 20 yaşın altında özkıyım girişiminde bulunanlar için geçerlidir, bunların sadece yüzde beşinde üç aydan kısa süredir belirgin olan psikiyatrik hastalık belirtileri vardır.[106] Yardım almalarına rağmen çoğu zaman bu hastalar yeterli tedavi edilmezler veya standart tedavi yöntemlerinden yarar görmezler.[107,108] Depresyon ve şizofreni hastalarının %12'sinin özkıyım girişiminde bulundukları göz önüne alındığında, bu hasta grubunun dikkatli değerlendirilmesi, tanı ve yönetimi özkıyım davranışlarını azaltabileceğinden önemlidir.[109]

Hastaların sigara ve alkol kullanımları sorgulandığında 74 hastadan 40'ının (%54,1) sigara; 20'sinin (%27,1) alkol kullandığı saptandı; hiçbirinin kumar oynama alışkanlığı yoktu. Yapılan çalışmalara göre alkol ve madde bağımlılığı özkıyım riskinde artışa yol açar.[110] Alkol ve madde bağımlılığı ülkeden ülkeye farklılık gösterir; örneğin islam ülkelerinde insanların inançları gereği alkol bağımlılığı genellikle ciddi bir problem değildir; Doğu Avrupa ülkelerinde ise alkol büyük bir problemdir.[5]

Hastaların aile içi ilişkilerinin durumu sorgulandığında 74 hastadan altısında (%8,1) çok şiddetli; dördünde (%5,4) sıklıkla; 33'ünde (%44,6) arasıra aile içi geçimsizlik mevcut idi; 31'inde (%41,9) ise aile içi geçimsizlik yoktu. Yapılan bazı çalışmalara göre ebeveyn-çocuk ilişkilerinin ve aile içi ilişkilerin zayıf olduğu

durumlarda gençlerde özkıyım riski artmıştır.[111,112] Bu durumdaki özkıyım girişimlerinin nedeni, aile içi iletişimlerinin zayıf olması nedeniyle problemlerin çözülmemesi ve aileden yeterli psikolojik ve manevi destek alınamaması olabilir.

Bazı kaynaklara göre çocukluk çağında cinsel veya fiziksel travmaya maruz kalmak, özkıyım girişimi riskini artırmaktadır.[113-115] Biz çalışmamızda cinsel yönden travmayı sorgulamadık, ancak genç erişkinlerde ve bayanlarda (63 hasta) aile içi şiddet varlığını sorguladık. Bulduğumuz sonuçlara göre ise 58 (%78,4) hastada aile içi şiddet olmadığı; üç hastaya (%4,1) nadiren; iki hastaya (%2,7) ise sıklıkla şiddet uygulandığı bulundu. Aile içi şiddet uygulanan bu iki kişide, bu neden etkili olmuş olabilir.

Yapılan birçok çalışmaya göre ailesinde ayrılık veya boşanma öyküsü olan gençlerde özkıyım girişimi riski[79] veya özkıyım girişimi artmıştır.[116-118] Çalışmamız verilerine göre hastalardan beşinin (%6,8) anne- babasının boşanmış olduğu görüldü. Bu boşanma hastaların özkıyım düşüncelerini eyleme dönüştürmesinde yardımcı olmuş olabilir.

Hastaların özkıyım girişimleri sırasında yakınlarında birilerinin olup olmadığı sorgulandığında 74 hastanın 25'inin (%33,8) yakınında birileri olduğu bulundu. Bunlardan 16'sının (%21,7) yakınındakiler birinci dereceden akrabaları idi. Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin yakınlarında birilerinin olması, bu kişilerin ölmeyi gerçekten isteyip istemedikleri konusunda bizi çelişkiye düşürebilir.Yakınlarındaki kişilerin birinci derece akrabaları olması, bunların daha çok ikincil kazanç elde etmek için özkıyım girişiminde bulunduklarını düşündürebilir. Hastaların özkıyım girişiminde bulundukları saat aralıkları ile birlikte değerlendirildiğinde yakınlarında birilerinin olmaması, tek başına bir risk faktörü olarak değerlendirilmeyebilir.

Hastalardan 24'ünde (%32,4) yakını/hayvanı/sevdiği bir nesnenin kaybı öyküsü vardı. Kayıpların üçü (%4,1) son bir hafta içinde; beşi (%6,8) bir hafta-bir ay içindeydi. Kayıpların 20'si (%27,1) son bir yıl içindeydi. Hastaların çoğunun kaybı uzun bir zaman önce de olsa bu olayların, kendilerini çok etkilediği için özkıyım girişimlerini tetiklediğini düşünmekteyiz. Nitekim yapılan bazı çalışmalara göre kişinin yakınının ölümü, özellikle de bu ölüm özkıyım girişimi nedeniyle ise, özkıyım düşüncelerini yoğunlaştırır.[119] Yine bazı kaynaklara göre, kaybedilen herhangi bir nesne kişide suçluluk yaratıyorsa, bu dikkatli bir şekilde

değerlendirilmelidir. Eğer bu depresif durum ve suçluluk duygusu, nesnenin kaybından sonra altı aydan daha uzun bir süre devam ediyorsa tedavi edilmelidir.[5]

Çalışmamıza katılan 24 (%32,5) hasta, aile/arkadaş tartışması; 14 (%18,9) hasta ise bir anlık bunalım nedeniyle özkıyım girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir. Kadınların daha çok aile içi veya sevgili, arkadaş ile tartışma/ayrılık nedeniyle özkıyım girişiminde bulunduklarını saptadık.

Çalışmamızda özkıyımda etkili olan faktörler değerlendirildiğinde gençlerde ilişkiler, orta yaşlarda ise maddi problemler ön plandadır. Yani genç yaşlarda tartışma/ayrılık insanları özkıyım girişimine kadar götürebilecek bir neden iken; bu neden ileri yaşlarda yerini geçim sıkıntısına, yani maddi nedenlere bırakmaktadır. Çalışmamızdaki veriler değerlendirildiğinde bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Acil hekimi için önemli olan, zehirlenme olgularında özkıyım niyeti ve düşüncesi olanların değerlendirilmesi, özkıyıma hazırlayıcı etkenlerden düzeltilebilir veya önlenebilir olanların tesbiti ile tekrarlı ve ciddi başvuruların önüne geçilmesidir. Özkıyım düşünceleri olan hastaların bu düşüncelerini ne zaman eyleme dönüştürecekleri veya dönüştürüp dönüştürmeyeceklerinin tesbiti oldukça zordur. Bu nedenle özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında toksik madde alımına ait klinik bulgu ve belirtilerin acil tıbbi tedavisi yapılırken, aynı zamanda psikiyatri konsültasyonu ve sonrasında psikiyatrik desteğn devamı oldukça önemli gibi görülmektedir.

6. SONUÇ

Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularında epidemiyelojik ve sosyodemografik risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

● Çalışmaya 45'i (%60,8) kadın, 29'u (%39,2) erkek toplam 74 hasta alındı.

● Hastalarla ilgili bilgileri içeren anket formlarından 72'sini (%87,3) hastaların kendileri cevapladı, ikisi (%2,7) ise birinci derece hasta yakınlarından alınan bilgilerden yararlanılarak cevaplandırıldı.

● Kadınların yaş ortalaması ve standart sapması 22,91±7,83; erkeklerin yaş ortalaması ve standart sapması 28,41± 15,09 idi.

● Özkıyım nedenleri olarak 24 (%32,5) hastada aile/ arkadaş tartışması; 14 (%18,9) hastada bir anlık bunalım; dokuz (%12,2) hastada maddi; kalan 27 (%36,6) hastada ise diğer nedenler mevcuttu. Hastaların yaş gruplarına göre özkıyım nedenleri karşılaştırıldığında tartışma/ayrılık nedeniyle özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalaması ve standart sapması 19,68±4,67; maddi nedenlerle özkıyım girişiminde bulunanların yaş ortalaması ve standart sapması 39,22±14,36 olarak bulundu. Özkıyım nedenlerinden tartışma/ayrılık ile maddi nedenler arasında yaş grupları bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

● Başvuran hastaların 48'inin (%64,9) il merkezinde; altısının (%6) bucak/köyde yaşadıkları saptandı; birinin (%1,4) ise evi yoktu.

● Son on yıl içinde 74 hastanın dokuzunda (%12,2) göç öyküsü var idi.

● Hastaların medeni durumları incelendiğinde 44'ünün (%59,5) bekar; 21'inin (%28,4) evli olduğu saptandı.

● Hastaların meslekleri sorgulandığında 25 (%33,9) hastanın ev kızı/ev hanımı; 19'unun (%25,7) öğrenci olduğu; 30'unun (%41,8) ise diğer meslek gruplarına (işçi, çiftçi, memur, kuaför, aşçı, serbest meslek, pazarlamacı, hemşire) sahip olduğu öğrenildi.

● Meslek sahibi olan 30 hastadan dokuzu (%12,2) işsiz idi. İşsiz olan dokuz hastadan ikisi (%2,7) bir hafta- bir aydır; dördü (%5,7) bir-altı aydır; kalan üçü ise altı aydan daha uzun bir süredir işsiz idi.

● Hastaların evlerinde yaşayan kişi sayısı sorgulandığında 52'sinin (%71,2) evinde beş veya daha az kişi, diğer kalan 22'sinin (%28,8) ise altı veya daha fazla kişi yaşadığı saptandı.

● Hastalardan 15'i (%20,3) üç kardeş; 12'si (%16,2) dört kardeş; 13'ü (%17,6) ise beş kardeş idi. Geri kalan 34 hasta (%45,9) ise bir, iki veya altı ve altıdan fazla kardeş sayısına sahip idi.

● Hastaların oturdukları evlerin oda sayısı sorgulandığında 38'inin (%51,4) üç odalı eve sahip oldukları saptandı.

● Başvuran hastaların yedisinin (%10,9) üniversite eğitimi aldığı; 66'sının (%89,1) ise ilk, orta veya lise eğitimi aldığı bulundu.

● Hastaların aylık gelirleri sorgulandığında 37'sinin (%50) ortalama aylık gelirinin 500 YTL ve altı olduğu; ikisinin (%2,7) ise hiç gelirlerinin olmadığı bulundu. Dokuz (%12,2) hastanın gelirleri hakkında bilgisi yok idi.

● Hastaların kendi ifadelerine göre maddi durumları sorgulandığında ise 49'u (%66,2) maddi durumlarını orta dereceli, dokuzu (%12,2) çok yoksul olarak ifade etti.

● Hastaların maddi durumlarında değişiklik sorgulandığında 35'inde (%47,3) maddi durum değişikliği olduğu; 39'unda (%52,7) ise olmadığı bulundu. Değişiklik olan 35 hastanın 32'sinin (%43,2) maddi durumlarında azalma vardı. Maddi gelirlerinde azalma olanların ise 20'sinde (%62,5) azalma son dört ay içinde idi.

● Özkıyım amaçlı zehirli madde alan hastaların zehirlenme etkenleri değerlendirildiğinde hastalardan 35'inin (%47,6) antikolinerjik, 17'sinin (%23) kolinerjik zehir aldıkları saptandı.

● Hastaların tekli-çoklu madde alımları sorgulandığında 74 hastadan 43'ünün (%58,1) özkıyım için tekli madde aldığı; 31'inin (%41,9) ise çoklu madde aldığı saptandı. Çoklu madde alan 31 hastadan 23'ü (%31,1) ilaç+ilaç almış idi.

● Hastaların aldıkları zehir miktarı sorgulandığında14 (%18,8) kişinin 30 tabletten fazla aldığı; 13 (%17,6) kişinin 10-20 tablet; 13 (%17,6) kişinin de 20-30 tablet aldığı saptandı..

● Hastaların aldıkları zehirleri temin ettikleri yerler sorgulandığında 31 (%41,9) hastanın evde bulunan maddeleri; 17 (%23) hastanın kendi kullandıkları ilaçları; 11 (%14,9) hastanın da ailenin kullandığı ilaçları aldığı bulundu.

● Hastaların tamamında ağız yoluyla zehirlenme mevcut idi.

● Hastaların özkıyım girişiminde bulundukları saatler değerlendirildiğinde 29'unun (%39,2) saat 18:^{00}-24:^{00}; 28'inin ise (%37,8) saat 12:^{00}-18:^{00}'de özkıyım girişiminde bulundukları saptandı. En az özkıyım girişiminde bulunulan saat aralığı 24:^{00}-06:^{00} olarak tesbit edildi.

● Hastaların özkıyım girişimlerine karar verdikleri zaman sorgulandığında 48'inin (%64,9) buna ani bir şekilde karar verdiği; 23'ünün (%31,1) ise bunu bir süredir planladığı saptandı.

● Hastaların 68'inin (%91,9) ailesinde özkıyım girişimi öyküsü yoktu; altısında (%8,1) ise vardı. Ailede özkıyım öyküsü olan kişiler, hastaların birinci dereceden akrabaları idi.

● Hastaların 14'ünde (%18,9) öncesinde özkıyım girişimleri olduğu saptandı. Bunların sekizinde (%10,8) bir kere, dördünde (%5,4) iki kere özkıyım girişimi vardı.

● Hastaların 26'sının (%35,1) herhangi bir kurumun acil servisine 30 dakika içinde başvurduğu, 15'inin (%20,3) iki saatten daha uzun bire süre sonra başvurduğu belirlendi.

● Hastaların 71'inin (%95,9) kliniğimize başvurmadan önce başka bir kliniğe uğradığı öğrenildi.

● Tüm hastalar Acil Gözlem Servisine yatırıldı; 53'ü (%71,6) bir gün; 14'ü (%18,9) iki gün; kalan yadisi (%9,7) ise üç veya daha fazla gün takip edildi.

● Tüm hastalar acil serviste tedavi ve takip edildi; çalışma süresince özkıyım amaçlı zehirlenme vakalarında ölüm görülmedi.

● Hastaların sağlık durumları bakımından özgeçmişleri sorgulandığında hastaların 53'ünde (%71,6) herhangi bir hastalık öyküsü yoktu; 16 (%21,6) hastada kronik hastalık öyküsü; dördünde (%5,4) ise sağlıklı iken akut hastalık öyküsü saptandı.

● Hastalardan 19'unda (%25,7) psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Bunlardan 10'unda (%13,5) hastalık son altı aydır; dördünde (%5,4) ise beş yıldan daha uzun süredir vardı. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan 19 hastanın dokuzu (%12,2) depresyon tanısına sahip idi.

● 74 hastanın 33'ü (%44,6) ilaç kullanmaktaydı; 10'unda (%13,5) antidepresan; 16'sında (%21,6) diğer ilaçların kullanım öyküsü vardı. İlaç kullananların 15'i (%20,3) altı aydan daha uzun süredir ilaç kullanıyordu.

● Hastaların alışkanlıkları sorgulandığında 74 hastadan 40'ının (%54,1) sigara; 20'sinin (%27,1) alkol kullandığı saptandı; hiçbirinin kumar oynama alışkanlığı yoktu.

● Genç erişkinlerde ve bayanlarda (63 hasta) yapılan aile içi şiddet varlığının araştırılmasında ise 58 (%78,4) hastada aile içi şiddet olmadığı; iki hastaya (%2,7) ise sıklıkla şiddet uygulandığı bulundu.

● Başvuran hastalardan 14'ünün (%19,0) anne veya babasının öldüğü; beşinin (%6,8) anne-babasının ayrıldığı; beşinin (%6,8) hem anne hem babasının öldüğü; 49'unun (%66,2) ise anne babasının beraber olduğu saptandı. Annesi ölenlerden üçünün (%4,1); babası ölenlerden ise ikisinin (%2,7) kayıpları son bir hafta içinde idi.

● Hastaların aile içi ilişkilerinin durumu sorgulandığında 33'ünde (%44,6) arasıra; altısında (%8,1) çok şiddetli aile içi geçimsizlik mevcut idi; 31'inde (%41,9) ise aile içi geçimsizlik yoktu.

● Hastaların özkıyım girişimleri sırasında yakınlarında birilerinin olup olmadığı sorgulandığında 74 hastanın 25'inin (%33,8) yakınında birileri olduğu bulundu. Bunlardan 16'sının (%21,7) yakınındakiler birinci dereceden akrabaları idi.

● Hastalardan 24'ünde (%32,4) yakını/ hayvanı/ sevdiği bir nesnenin kaybı öyküsü vardı. Kayıpların üçü (%4,1) son bir hafta içinde idi.

7. KAYNAKLAR

1. **Mitchell AM,** et al**.** Suicide assessment in hospital emergency departments: implications for paitents satisfaction and comliance. *Top Emerg Med*, **2005**; 27(4):302-312.

2. **Kekeç Z** ve arkadaşları. Özkıyım girişimi nedeniyle acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2000**; 1(3):157-161.

3. **Frierson RL,** et al. Principles of suicide risk asesment. How to interview depressed patients and tailor treatment. *Postgrad Med*, **2002**; 112(3):65-66.

4. Australian College of Emergency Medicine (ACEM) and The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). *Guidelines for the management of deliberate self harm in young people*. Melbourne, ACEM and RANZCP, **2000.**

5. **Goldney RD.** A global view of suicidal behaviour. *Emergency Medicine*, **2002**; 14:24-34.

6. **Kleespies P,** et al**.** Managing suicidal emergencies: recommendations for the practitioner. *Prof Psychol Res Pract*, **1999**; 30(5):454-463.

7. **Yanturalı S.** Acil Serviste İntihar Düşüncesi Olan Hastaya Yaklaşım. *Acil Tıp Dergisi*, **2000;** 3. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı: 246-253.

8. **Kerkhof AJFM, Arensman E**. Attempted suicide and deliberate self harm: epidemiology and risk factors. Gelder M G, Lopez J J, Andreasen N. New Oxford Text Book of Psychiatry Volume 1. **2000**: 1039-1045.

9. **Morgan HG,** et al**.** Deliberate self harm: a follow up study of 279 patients. *British Journal of Psychiatry*, **1976**; 128:361-368.

10. **Kreitman N,** et al. Parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, **1969**; 115:746-747.

11. **McAlpine DE.** Suicide: recognition and management, *Mayo Clin Proc*, **1987**; 62(9):778.

12. **Simon RI**: silent suicide in the elderly. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, **1989**; 17(1): 778.

13. **Lonnqvist JK.** Epidemiology and Causes of suicide. Gelder MG, Lopez JJ, Andreasen N. New Oxford Text Book of Psychiatry Volume 1, **2000**; 1033-1039.

14. **Isometsa ET, Lönnqvist JK**. Suicide attempts preceeding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, **1998**; 173:531-536.

15. **Schmidtke A, Schaller S**. What do we know about media effects on imitation of suicidal behaviour: state of the art. In duicide prevention: a holistic aproach, **1998**; 121- 137. kluwer, Dordrecht.

16. The Center for Disease Control and Prevention. Program for the prevention of suicide among adolescents and young adults. *Morbidity and Mortality Weekly reported, 1994*; 43:3-7.

17. **Langley GE, Byatti NN**. Suicides in Exe Vale Hospital 1972- 1981. *Br J Psychiatry*, **1984**; 145:463-467.

18. **Paykel ES,** et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalance study. *Br Journal Psychiatry*, **1974**; 124:460-469.

19. **Hawton K, Fagg J**. Trends in deliberate self- poisoning and self injury in Oxford, 1976- 1990. *British Medical Journal,* **1992**; 304:1409-1411.

20. **Platt S, et al.** Recent clinical epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychological Medicine,* **1988**; 18:405-418.

21. **Hawton K,** et al. Trends in deliberate self harm in Oxford, 1985- 1995. *British Journal Psychiatry*, **1997**; 171:556-560.

22. **Goldney RD, Harrison J**. Suicide in the elderly: some good news. *Aust. J. Ageing*, **1998**; 17:54-55.

23. **Hoyer G, Lund E**. Suicide among women related to number oft children in marriage. *Arch Gen Psychiatry*, **1993**; 50(2):134.

24. **Appleby L**. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, **1991**; 302(6769):137.

25. **Farberow NL.** The psiychology of suicide: past and the present. In Suicide: biopsychosocial approaches. Botsis A J, Soldatos C R, Stefanis C N. Elsevier, Amsterdam. **1997**; 147-163.

26. **Maris RW**. Pathways to suicide. John Hopkins University Press, Baltimore, MD. **1981**.

27. **Maris RW.** Social and familial risk factors in suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, **1997;** 20:519-550.

28. **Roy A,** et al. Genetics of suicide in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, **1999**; 60 (Supplement 2):12-17.

29. **Neeleman J,** et al. Tolerence of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychlogical Medicine,* **1997**; 27:1165-1171.

30. **Heikkinen ME,** et al. Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, **1995**; 167:747-753.

31. **Lewis G, Slogget A**. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal*, **1998**; 317: 1283- 1286.

32. **Schmidtke A,** et al. Attempted suicide in Europa: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **1996**; 93:327-338.

33. **Arensman E,** et al. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **1982**; 49:285-289.

34. **Gunnel D J,** et al**.** Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admission and socioeconomic deprivation. *British Medical Journal*, **1995**; 311:226-230.

35. **Congdon P**. Suicide and parasuicide in London; a small- area study. *Urban Studies*, **1996**; 1:137-158.

36. **Tondo L, Baldessarini RJ.** Suicide: causes and clinical management. Erişim (www.medscape.com). Erişim tarihi 15.03.2001.

37. **Blazer DG,** et al**.** Suicide in late life: review and commentary. *J Am Geriatr Soc*, **1986;** 34(7):519-525.

38. **Duberstein PR,** et al. Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*, **1999**; 7(4):289-296.

39. **Gaynes BN,** et al. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, **2004**; 140(10):822-837.

40. **Schwab JJ,** et al**.** Suicidal ideation and behaviour in a general population. *Dis Nerv Syst,* **1972**; 33(11):145-148.

41. **Parrish M, Tunkle J.** Clinical challenges following an adolescents death by suicide: Bereavement issues faced by family, friends, schools and clinicians. *Clinical Social Work Journal*, **2005**; 33:81-102.

42. **Harris EC, Barraclough B**. Suicide as outcome for mental disorders. A meta- analysis. *British Journal of Psychiatry*, **1997**; 170:205-208.

43. **Canapary D,** et al. Assessing risk for completed suicide in patients with alcohol dependence: clinicians views of clinical fctors. *Prof Psychol Res Pract*, **2002**; 33(5):464-469.

44. **Marzuk PM,** et al. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry*, **1992**; 49(6):451.

45. **Birkhead GS,** et al**.** The emergency department in surveillance of attempted suicide: findings and methodologic considerations. *Public Health Rep,* **1993**; 108(3):323.

46. **Shaw D,** et al. Suicide in children and adolescents: a 10- year retrospective review. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, **2005**; 26(4):309-315.

47. Oxford English Dictionary, 2nd ed. Oxford. Clarendon Press**, 1989;** 18: 328**.**

48. **Thompson CJ**: Poisons and Poisoners. London, Harold Shaylor, **1931**.

49. **Wax P M**. Historical principals and perspectives, Goldfrank L R, Flomenbaum N E, Lewin N A, Howland M A, Hoffman R S, Nelson L S. Toxicologic Emergencies. 7th edition, United States of America: Appleton & Lange, **2002**:1.

50. **Hack JB, Hoffman RS**. Toxicology and Pharmacology. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, Emergency Medicine 6th edition, New York: Mc Graw Hill CO **2004**; 156:1015-1022.

51. **Guthrie E,** et al. Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self- poisoning. *BMJ*, **2001**; 323:135-138.

52. **Watson WA,** et al. 2002 Annuel Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveilence System. *Am J Emerg Med*, **2003**; 21:353-411.

53. **Kalaycı AG**. Çocukluk çağında zehirlenme nedenleri. *Yeni Tıp Dergisi*, **1994**; 11:4.

54. Health Statistics Year Book 2000. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health;2001.

55. **Elmas I,** et al. Deaths from overdose drug use. In: Kolusayın O, ed. Poster Presentation Book: *7th National Forensic Meeting,* November 1- 5, Antalya, Turkey, **1993;** 275- 278.

56. **Kolusayın O, et al**. Narcotic drugs- associated deaths in the forensic autopsy material in Istanbul (in Turkish). *J Forensic Medicine,* **1993;** 9:45-51.

57. **Agritmis H,** et al. Deaths of drug addict between 1998- 2000. In Canturk G, Agritmis H, eds. *Congress Book: Annuel Forensic Medicine Meetings*, May 16- 19, Antalya, Turkey, **2002**; 167-174.

58. **Colak B,** et al. Deaths from drug overdose and toxicity in Turkey 1997- 2001. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, **2006**; 27(1):50-54.

59. **Steentoft A,** et al. Heroin related deaths in New South Wales, Australia, 1992- 1996. *Drug Alcohol Depend*, **2000**; 60:141-150.

60. **Kringsholm B**. Deaths among drug addicts in Denmark in 1968- 1986. *Forensic Sci İnt*, **1998**; 38:139-149.

61. **Mofenson HC, Greensher J**. The nontoxic ingestion. *Pediatr Clin North Am*, **1970**; 17:583-590.

62. **Goldfrank LR,** et al. Vital signs and toxic sendroms. Goldfrank L R, Flomenbaum N E, Lewin N A, Howland M A, Hoffman R S, Nelson L S. Toxicologic Emergencies. 7th edition, United States of America: Appleton & Lange, **2002;** 255-256.

63. **Pınar A,** et al. Acute poisoning in İzmir, Turkey- a pilot epidemiologic study. *J Toxicol Clin Toxicol*, **1993**; 31:593-691.

64. **Özköse Z, Ayoğlu F**. Etiological and demographical characteristics of acute adult poisoninig in Ankara, Turkey. *Hum Exp Toxicol*, **1999**; 18:514-618.

65. **Karcioğlu Ö** ve ark. Acil serviste ilaç ile zehirlenmeler: Bir yıllık olgu serisi. *Acil Tıp Dergisi*, **2002**; 2:26-33.

66. **Pekdemir M** ve ark. Acil servisisimize başvuran zehirlenme olgularının değerlendirilmesi. *Acil Tıp Dergisi*, **2002**; 2:36-40.

67. **Wunderlich U,** et al. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **2001**; 104:332-339.

68. **Wannan G, Fombonne E.** Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour amongst child psychiatric outpatients. *J Adolesc*, **1998**; 21:371-381.

69. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, 4th edition, Washington DC, American Psychiatric Association, **1994.**

70. **Kekeç Z. ve** ark. Acil Servise Başvuran Çoklu İlaç Zehirlenmerinin Yedi Yıllık Analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **2005**; 5(2):69-72.

71. **Rosenberg ML, et al**. The emergence of youth suicide: an epidemiologic analysis and public health perspective. *Annu Rev Public Health*, **1987**; 8:417.

72. **Seydaoglu G,** et al. Frequency and mortality risk factors of acute adult poisoning in Adana, Turkey, 1997- 2002. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, **2005**; 72(6):393-401.

73. **Morrell S,** et al. Unemployment and young people's health. *Medical Journal of Australia*, **1998;** 168:236-240.

74. **Morrel S,** et al. Suicide and unemployment in Australia 1907- 1990. Social Science end Medicine, **1993**; 36:749-756.

75. **Platt S**. Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry*. **1986**;149:401-405.

76. **Platt S**. The social transmission of parasuicide: is there a modeling effect? *Crisis***. 1993**;14:23-31.

77. **Runeson B,** et al. The suicidal process among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica***, 1996**; 93:35-42.

78. **Gould MS,** et al. Psychosocial risk factors for child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, **1996**; 53:1155-1162.

79. **Brent DA,** et al. Familial risk factors for adolescent suicide: a case- control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica***, 1994;** 89:52-58.

80. **Brent DA,** et al**.** Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, **1998**; 45:1045-1050.

81. **Egeland J, Sussex J**. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA*, **1985**; 254:915-918.

82. **Roy A,** et al. Genetic studies of suicidal behaviour. *Psychiatric Clinics of North America*, **1997**; 20:595-611.

83. **Juel-Nielsen N, Videbech T**. A twin study of suicide. *Acta Genetica Medicae et Gemellogiae* (Roma), **1970**; 19:307-310.

84. **Roy A,** et al. Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry*, **1991**; 48:29-32.

85. **Zair K.** A suicidal family. *British Journal of Psychiatry*, **1981;** 139:68-69.

86. **Beautrais AL**. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, **2000**; 34:420-436.

87. **Goldney RD**. Prediction of suicide and attempted suicide. In: Hawton K, van Heering K(eds). The *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: John Wiley and Sons, **2000**; 585-596.

88. **Garland AF, Zigler E.** Adolescent suicide prevention: current research and policy implications. *American Psychologist*, **1993**; 48:169-182.

89. United Nations Office on Drugs and Crime. Health services, education and community action: preventing drug abuse in Turkey, national assesment of drug abuse (based on studies conducted in major 6 cities), **2003**. Avaliable at http://www.unodc.org.

90. **Toprak S,** et al. The poly- drug use addict betwwen 1998- 2000. In Canturk G, Agritmis H, eds. . *Congress Book: Annuel Forensic Medicine Meetings*, May 16- 19, Antalya, Turkey, **2002**; 93-98.

91. **Martin CJ,** et al. Impaired mental health in adolescents with diabetes. *Proceedings of the Australian Diabetes Society Annuel Scientific meetings*, **1995**; Abstract No:114.

92. **Walsh M, Ryan- Wagner NM**. Sources of stress in children with astma. *Journal of School Health***, 1992;** 62 459 462.

93. **Seigel WM,** et al. Depression, self- esteem and life events in adolescents with chronic diseases. *Journal of Adolescent Health Care***, 1990**; 11:501-504.

94. **Schweizer E,** et al. Suicide upon recovery from depresion: a clinical note. *J Nerv Ment Dis*, **1998**; 176(1):633.

95. **Gunnell D, Frankel**. Prevition of suicide: aspirations and evidence *BMJ*, **1994**; 308(6938):1227.

96. **Beautris AL,** et al. Psychiatric illness in a New Zeland sample of young people making serious suicide attempts. *New Zeland Medical Journal*, **1998**; 27:44-48.

97. **Kaplan ML,** et al. Suicide assesment: clinical interview vs self- report. *Journal of Clinical Psychology*, **1994**; 50:294-298.

98. **Brand EF,** et al. Depressed adolescents with a history of sexuel abuse: diagnostic comorbidity and suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry***, 1996**; 53:34-41.

99. **Gupta B, Trzepacz PT**. Serious overdoses admitted to a general hospital: comparison with nonoverdose slf- injuries and medically ill patients with suicidal ideation. *General Hospital Psychiatry*, **1997**; 19:209-215.

100. **Vajda J, Steinbeck K**. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, **2000**; 34:437-445.

101. **Skoog I,** et al. Suicidal feelings in a population sample of non- demented 85- years old. *Am J Psychiatry*, **1996**; 153(8):1015-1020.

102. American Association for Suicidology. About AAS, 2002. Avaliable at: http://suicidology.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=44. Accessed April 4, 2005.

103. **Appleby L,** et al. Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *Br. J. Psychiatry*, **1999**; 175:168-174.

104. **Conwell Y,** et al. Relationship of age and axis I diagnosis in victims of completed suicide: a psiychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, **1996**; 153:1001-1008.

105. **Foster T,** et al. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry*, **1197**; 170:447-452.

106. **Shaffer D,** et al. Psiychiatric diagnosis of child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, **1996**; 53:339-348.

107. **Hulten A, Wasserman D**. Lack of continuity- a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandanivica*, **1998**; 97:326-333.

108. **Waern M,** et al. Suicidal feelings in the last years of life in elderly people who commit suicide. *Lancet*, **1999**; 99: 407-411.

109. **Goldney RD**. Suicide prevention is possible: a review of recent studies. *Arch. Suicide Res***, 1998**; 4:329-339.

110. **Murphy GE, Wetzel RD**. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, **1990**; 47:383-392.

111. **Fergusson DM, Lynsky MT**. Childhood circumstances, adolescent adjustment and suicide attempts in a New Zeland birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1995**; 34:612-622.

112. **Lewinsohn PM,** et al. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **1994**; 62:297-305.

113. **Deykin EY, Buka SL**. Suicidal ideation and attempts among chemically dependent adolescents. *American Journal of Public Health*, **1994**; 84:634-639.

114. **Silverman AB,** et al. The long- term sequela of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, **1996**; 20:709-723.

115. **Wagner BM,** et al. Psychosocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. *Suicide and Life- Threatening Behaviour*, **1995**; 25:358 372.

116. **Fergusson DM, Lynskey MT**. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth coport of 16 years old NewZelanders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1995**; 34:1308-1317.

117. **Adams DM,** et al. Perceived family functioning and adolescent suicidal behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **1994**; 33:498-507.

118. **Martin G,** et al. Adolescent suicide, depression and family disfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **1995**; 92:336-344.

119. **Clark SE, Goldney RD**. The impact of suicide on relatives and friends. In Hawton K, van Heeringen K (eds). *The International Handbook of Suicide and Attemped Suicide*. Chichester: John Wiley and Sons, **2000**; 467-484.

8. EK

Anket Formu

Tarih:

Protokol:

Kiminle görüşüldüğü:

1) Hasta ile
2) 1. dereceden yakını ile
3) 2. dereceden yakını ile
4) Uzak akraba/arkadaş/komşu ile

Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

Yaş:

Doğduğu yer:

Şu anda oturduğu il:

Şu an oturduğu yer:

1) İl merkezi
2) İlçe merkezi
3) Bucak/köy
4) Yurt dışı

Son 10 yıl içinde göç var mı?

1) Evet 2) Hayır

Evet ise:

1) il→ il
2) ilçe→ il
3) il→ ilçe
4) bucak/köy→ bucak/köy
5) köy→ ilçe
6) köy→ il
7) ilçe→ il

Medeni durum:

1) Bekar
2) Evli
3) Eşi öldü
4) Boşandı
5) Ayrı yaşıyor
6) Nişanlı

Meslek:

1) Ev kızı
2) Ev hanımı
3) Öğrenci
4) İşçi
5) Çiftçi
6) Memur
7) Diğer

Şu anda çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

Hayır ise ne kadar zamandır işsiz?

1) < 1 hf
2) 1hf-1 ay
3) 1-3 ay
4) 3- 6 ay
5) > 6 ay

Evde yaşayan toplam kişi sayısı:

Toplam kardeş sayısı:

Evdeki oda sayısı:

Eğitim düzeyi:

1) Eğitimi yok
2) İlkokul
3) Ortaokul
4) Lise
5) Üniversite

Aylık gelir: (YTL)

1) < 500
2) 500- 1000
3) 1000- 1500
4) 1500- 2000
5) >2000
6) Hiç yok
99) Bilinmiyor

Kendinizi sosyoekonomik olarak hangi düzeyde ifade edersiniz?

1) Çok yoksul
2) Yoksul
3) Orta
4) Zengin
5) Çok zengin

Son dönemlerde sosyoekonomik düzeyinizde ani değişiklikler oldu mu (ani artma veya azalma) ?

1) Evet 2) Hayır

Artma: Evet ise ne zaman?

1) <1 ay
2) 2-4 ay
3) 4-6 ay
4) > 6 ay

Azalma: Evet ise ne zaman?

1) <1 ay 3) 4- 6 ay
2) 2-4 ay 4) >6 ay

Maruz kalınan zehir grubu:

1) Kolinerjik
2) Antikolinerjik
3) Sempatomimetik
4) Serotonerjik
5) Hipoglisemik
6) Opioid
7) Alkol
8) Antihipertansif
9) Antibiyotik
10) Mantar
11) Karbon monoksit
12) Diğer
99) Bilinmiyor

Özkıyım için kullandığı maddeler:

1) Çoklu 2) Tekli

Çoklu etken ise:

1) Çoklu ilaç
2) İlaç+alkol
3) İlaç+kolinerjik zehirler
4) İlaç+ koroziv
5) Diğer

Alınan maddenin miktarı:

1) < 10 tb 2) 10-20 3) 20-30 4) > 30tb
5) Kahve fincanı 6) Çay bardağı 7) Su bardağı
8) > su bardağı 9) Tatlı kaşığı 10) Yemek kaşığı
99) Bilinmiyor

Maddeyi nerden aldığı:

1) Kendi kullandığı ilaç 2) Ailenin kullandığı 3) Arkadaşından
4) Eczaneden 5) Evde vardı 6) Diğer

Maruziyet şekli:

1) Oral 2) İnhalasyon 3) Cilt yoluyla
4) iv enjeksiyon 5) im enjeksiyon 6) Diğer

Özkıyım girişimi saati:

1) 06-12 2) 12-18 3) 18-24 4) 24-06

İlk beyanı:

1) Kazara alım 2) Özkıyım amaçlı

Özkıyım amaçlı ise buna ne zaman karar verdiği:

1) Ani 2) Bir süredir planlı

Ailede özkıyım öyküsü:

1) Var 2) Yok

Var ise kim:

1) Anne 2) Baba 3) Kardeş 4) İkinci derece yakını

Öncesinde özkıyım girişimi öyküsü:

1) Var 2) Yok

Var ise sayısı:

Özkyım girişiminde bulunduktan ne kadar süre sonra hastaneye başvurduğu:

1) < 30 dk 2) 30-60 3) 60-90

4) 90-120 5) > 2saat

Kliniğimize gelmeden başka bir klinikte müdahele edilip edilmediği:

1) Evet 2) Hayır

Yattığı servis:

1) Acil gözlem 2) DYB 3) Reanimasyon

4) Diğer 5) Kendi isteği ile gitti

Hastanede yatış süresi (gün):

Herhangi bir hastalık varlığı:

1) Önceden bilinen kronik hastalık

2) Sağlıklı bireyde akut hastalığın ortaya çıkması

3) Kronik hastalığı olan bireyde akut hastalık gelişmesi

4) Yok

Psikiyatrik hastalık öyküsü:

1) Var 2) Yok

Varsa süresi:

1) <6ay 2) 6-12 ay 3) 1-2 yıl 4) 2-5yıl 5) >5yıl

Varsa psikiyatrik hastalığının tanısı:

1) Depresyon 2) Mani 3) Panik atak 4) Şizofreni

5) Psikoz 6) Diğer 99) Bilinmiyor

Kullandığı ilaçlar:

1) Antidepresan 4) Analjezik/ antiinf
2) AntiHT 5) Parasetamol
3) Antibiyotik 6) Diğer
99) Bilinmiyor

Ne zamandır ilaç kullandığı

1)<1 hafta 2) 1hf-1ay 3) 1-3 ay 4) 3-6 ay 5) >6 ay

Sigara öyküsü:

1) <10adet/gün 2) 10-19 adet/gün 3) >20 adet/gün
4) Hiç içmemiş 5) Bırakmış

Alkol alımı:

1) Nadiren 2) Haftada 2-3 kere 3) Hergün
4) Hiç içmiyor 5) Bırakmış

Kumar:

1) Nadiren 2) Haftada 2-3 3) Hergün
4) Oynamıyor 5) Bırakmış

Sonuç:

1) Ölüm 2) Şifa 3) Yoğun bakıma yattı 4) Diğer

Kadın veya ergen ise aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığı:

1) Hayır 2) Nadiren 3) Arasıra 4) Sıklıkla

Anne babanın durumu:

1) Boşandılar/ ayrı yaşıyorlar 2) Anne ex 3) Baba ex
4) İkisi ex 5) Beraberler

Anne baba ayrı ise ne kadardır (ay olarak)

Anne öldü: (ay olarak)

Baba öldü: (ay olarak)

Aile içinde geçimsizlik var mı?

1) Çok şiddetli 2) Sıklıkla 3) Arasıra 4) Hayır

Aile bireyleriyle olan ilişkisi:

1) Çok kötü 2) Kötü 3) Fena değil
4) İyi 5) Çok iyi

İş yeri/ okul arkadaşları/ komşularla olan ilişkisi:

1) Çok kötü 2) Kötü 3) Fena değil
4) İyi 5) Çok iyi

Girişimde bulunduğu sırada yanında, yakınında birileri var mıydı

1) Evet 2) Hayır

Evet ise kim?

1) Anne 2) Baba 3) Kardeş 4) 2.dereceden akraba
5) Arkadaş (iş, okul, komşu; vb) 6) Eş
7) Çocuklar 8) Diğer

Çok sevdiği bir yakınının veya evcil hayvanının vb kaybı (ölüm, ayrılık, kavga, göç vb)

1) Evet 2) Hayır

Evet ise zamanı:

1) 0- 7gün 2) 7- 30 gün 3) 1- 12 ay 4) > 12 ay

Özkıyım nedeni:

1) Bir anlık bunalım
2) Aile içi tartışma
3) Aile/ arkadaş vb dışlaması
4) İşsizlik
5) Maddi
6) Kız/erkek arkadaş/nişanlı/eşden ayrılma
7) Derslerde başarısızlık
8) Sebep söylemiyor
9) Diğer

Tekrar özkıyım girişiminde bulunmayı düşünür müsünüz?

1) Kesinlikle evet 2) Büyük bir ihtimal evet
3) Belki 4) Asla

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı	**:** Azade Sarı
Doğum Tarihi ve Yeri	**:** 07.02.1975/ ADANA
Medeni Durumu	**:** Bekar
Adres	**:** Kurtuluş Mah. Şinasi Efendi Cad. Ata Apt. A Blok Kat:3 Daire: 10
Telefon	**:** 0322 4582650
E. mail	**:** azadesar@yahoo.com
Mezun Olduğu Fakülte	**:** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri	**:**Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı
Yabancı Dil	**:** İngilizce