



İlaç Alımı Yoluyla Özkiyım Girişimleri

Ufuk Saraçoğlu¹, Yüksel Gökel², Mehmet Oğuzhan Ay³, Akkan Avcı³,
Meliha Zengin Eroğlu⁴, Müge Elarslan Kara⁵, Mehmet Canacankatan⁶,
Mediha Doğan⁷, Selen Acehan³

¹Burdur Devlet Hastanesi, Acil Tıp Servisi, Burdur

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Adana

³Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Adana

⁴Osmaniye Devlet Hastanesi, Psikiyatri Servisi, Osmaniye

⁵İskenderun Devlet Hastanesi, Acil Tıp Servisi, Hatay

⁶Tarsus Devlet Hastanesi, Acil Tıp Servisi, Mersin

⁷Özel Medicana International Hospital, İstanbul

ÖZET

İlaç alımı yoluyla özkiyım girişimleri

Amaç: Bu çalışmada ilaç alımı yoluyla özkiyım girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik ve psikiyatrik açılarından değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: İleriye dönük olarak Ocak 2009-Ocak 2011 tarihleri arasında acil servise başvuran 18 yaş üstü, çalışmamıza katılmayı kabul eden, bilinçli olarak özkiyım davranışında bulunan hastalar bu çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 122 hasta alındı. Hastaların büyük çoğunluğunun kadın cinsiyette (%68.9), 18-24 yaş grubunda, bekar, işsiz, ilköğretim veya lise mezunu, 4-5 kişiden oluşan kalabalık aile mensubu, 1000 TL altında aylık gelire sahip ve ekonomik sıkıntısı olan bireylerden oluştuğu belirlendi. Kronik sistemik hastalık, geçmişte psikiyatrik hastalık ve özkiyım girişimi, ailede özkiyım girişimi öyküsü varlıklarının özkiyım düşüncesini istatistiksel olarak anlamlı derecede arttırdığı saptandı. Hastaların büyük kısmına psikiyatrist tarafından depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılan konularak destek ilaç tedavisi başlandı ve psikiyatri takibine gelmeleri önerildi.

Sonuç: Bireyin yaşadığı toplumsal, ekonomik, ailesel ve psikiyatrik sorunlar sonucu başvurduğu bir yöntem olan özkiyım davranışı, bireye göre alternatif bir çözüm yolu veya kendini ifade etme biçimidir. Özkiyım davranışında bulunan bireylere verilecek maddi ve manevi destekler ile bu kişilerin özkiyım riskinde azalma sağlanabilir. Özkiyım girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik özelliklerinin bilinmesi önemlidir ve bu hastalar psikiyatri tarafından mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Acil, zehirlenme, sosyodemografik, özkiyım, psikiyatri

ABSTRACT

Suicide attempts via drug intake

Objective: In this study, socio-demographic and psychiatric evaluation of the patients who attempted suicide by drug intake was aimed.

Material and Methods: Patients over the age of 18, who agreed to participate in our study, and admitted to the emergency department with conscious suicidal behavior between January 2009-January 2011 were enrolled in this prospective study.

Results: A total of 122 patients were enrolled in the study. The most majority of the patients were consisted of female gender (68.9%), in the 18-24 age group, single, unemployed, graduate from elementary or high school, a member of a large family including 4-5 people, with a monthly income below TL 1000, and the individuals were found to be in economic distress. Chronic systemic disease, psychiatric disorders, and suicide attempts in the past, and a family history of suicide attempts were statistically significantly increased the assets of suicidal thinking. Most of the patients were diagnosed as depression and anxiety disorders, and they were recommended to use psychiatric drug therapy and psychiatric follow-up support to come again.

Conclusion: Suicide motion, a method that is applied as a result of the social, economic, familial and psychiatric problems, with which individual faces, is a way of expressing oneself or a way of alternative solution according to the individual. Through the support given to individuals having suicide tendency, a decrease in suicide risk among the mentioned people can be actualized. For this purpose, the socio-demographic features of patients attempted suicide must be well known and must be evaluated by psychiatry.

Key words: Emergency, poisoning, socio-demographic, suicide, psychiatry

Bakırköy Tıp Dergisi 2014;10:18-23

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Mehmet Oğuzhan Ay
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Acil Tıp Kliniği, Adana

Elektronik posta adresi / E-mail address: droguzhan2006@mynet.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 06 Ağustos 2013 / August 06, 2013

Kabul tarihi / Date of acceptance: 09 Aralık 2013 / December 09, 2013

GİRİŞ

Tüm dünyada özkıyım girişimleri, kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar ve diyabetten sonra en sık ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (1).

Özkıyım düşüncesi veya girişimi nedeniyle acil servislere başvuran hastalarla sıklıkla karşılaşmaktadır (2). Özkıyım davranışı sadece ruh sağlığını ilgilendiren bir sorun olmayıp ekonomik, kültürel ve toplumsal faktörlerin de şekillendirdiği patolojik bir davranış biçimidir (3). En sık görülen özkıyım yöntemlerinden birisi ise ilaç zehirlenmeleridir.

Özkıyım davranışı biyolojik faktörler, psikolojik bozukluklar, ailede özkıyım öyküsünün olması, genetik yatkınlık, psikososyal yaşam olayları gibi birçok faktöre bağlıdır (4). Kişinin yaşamındaki stres yaratan durumlar ile koruyucu mekanizmaları arasındaki denge kişinin özkıyım girişimi riskini belirler. Koruyucu mekanizmaların ortadan kalkması veya stres faktörlerinin artması özkıyım düşüncesinin ön plana çıkmasına yol açar (5).

Hastanın özkıyımına yol açan sosyodemografik özelliklerin belirlenerek neden olan durumun mümkünse ortadan kaldırılması ve psikiyatrik analizinin iyi yapılması özkıyım düşüncesi veya tekrarlayan girişim riskini azaltacaktır. Hastanın değerlendirilmesi ve tedavisinin planlanmasında ana amaç bundan sonraki yaşamında güvenliğinin sağlanmasıdır (6).

Çalışmamızda ilaç alımı yoluyla özkıyım girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik ve psikiyatrik açılarından değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

İleriye dönük olarak yapılması planlanan çalışmaya Etik Kurul izni alındıktan sonra başlandı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 2009-2011 tarihleri arasında özkıyım amaçlı ilaç içme şikayetiyle başvuran, zehirlenme tedavileri yapıp klinik olarak zehirlenme bulgu ve semptomları ortadan kalktıktan sonra çalışma hakkında bilgilendirilen ve onamları alınan 18 yaş üstü hastalar çalışmaya dahil edildi. Kazaen kimyasal maddelere maruz kalma sonucu gelişen zehirlenme vakaları, asi, yüksekten atlama, ateşli silah yaralanması gibi eylemlerle özkıyım girişiminde bulunan hastalar ile çalışmaya katılmaya onam vermeyenler çalışma dışı bırakıldı. Özkıyım amaçlı zehirlenme olgularının sosyodemografik özelliklerini çözümlenmek amacıyla hazırlanan standart anket formun-

daki sorular hastalara soruldu. Soruların hepsine hastaların kendilerinin yanıt vermesi sağlandı. Anket sonrası hastalara psikiyatri konsultasyonu istendi. Hastaların tanı ölçütleri DSM IV'e göre değerlendirildi. Elde edilen verilerin tamamı standart veri giriş formuna kaydedildi.

Çalışma sonucu toplanan verilerin değerlendirilmesinde 'SPSS for Windows 15.0' veri analiz paket programı kullanıldı. Analizlerde cinsiyet, medeni durum gibi kesikli değişkenlerin birbiriyle karşılaştırılmasında yüzdellik ve Chi Square testi kullanıldı. Özkıyım düşüncesini tetikleyen faktörler multivariate (logistic regression) yöntemlerle karşılaştırıldı. Bireysel analizlerde düşünceyi tetikleyen faktörler (tanı, cinsiyet, sistemik hastalık, daha önce ilaç kullanımı, psikiyatrik tedavi, yatış, poliklinik kontrol, ilaç başlanması) multivariate testi ile belirlendi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi olarak $p < 0.05$ alındı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 122 hasta alındı. Hastaların 48'i antikolinergik, 31'i çoklu ilaç, 25'i parasetamol, 10'u kolinerjik, 6'sı antihipertansif ve 2'si antidiyabetik ilaçlar-

Tablo 1: Çalışmaya dahil edilen hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Sayı (yüzde)
Cinsiyet	
Kadın	84 (% 68.9)
Erkek	38 (% 31.1)
Medeni durum	
Bekar	61 (% 50)
Evli	48 (% 39.3)
Boşanmış	8 (% 6.6)
Dul (eşi ölü)	5 (% 4.1)
İş durumu	
Çalışmıyor	80 (% 65.6)
Çalışıyor	42 (% 34.4)
Öğrenim durumu	
Lise	53 (% 43.4)
İlköğretim	48 (% 39.3)
Üniversite	12 (% 9.8)
Yok	9 (% 7.5)
Ailedeki birey sayısı	
4-5 kişi	57 (% 46.7)
6-7 kişi	41 (% 33.6)
8'den fazla kişi	13 (% 10.7)
1-3 kişi	11 (% 9)
Konut	
Evsahibi (kendisine veya ailesine ait)	65 (% 53.3)
Kıracı	57 (% 46.7)
Gelir durumu	
500-1000 TL	50 (% 41)
1000-1500 TL	38 (% 31.1)
500 TL altı	25 (% 20.5)
1500 TL üstü	9 (% 7.4)

Tablo 2: Çalışmaya dahil edilen hastaların psikiyatrik öykülerinin analizi

	Var sayı (yüzde)	Yok sayı (yüzde)
Daha önce özkıyım düşüncesi varlığı	77 (% 63.1)	55 (% 36.9)
Daha önce psikiyatrik tedavi görme	46 (% 37.7)	76 (% 62.3)
Daha öncesinde özkıyım girişi	32 (% 26.2)	90 (% 73.8)
Ailede özkıyım girişimi öyküsü	12 (% 9.8)	110 (% 90.2)

Tablo 3: Psikiyatri tarafından hastalara konulan tanılar

Tanılar	Sayı (yüzde)	Toplam sayı (yüzde)
Depresyon		
Kadın	40 (%72.7)	55 (%45)
Erkek	15 (%27.3)	
Anksiyete bozukluğu		
Kadın	22 (%64.7)	34 (%27.9)
Erkek	12 (%35.3)	
Uyum bozukluğu		
Kadın	8 (%61.5)	13 (%10.7)
Erkek	5 (%38.5)	
Bipolar bozukluk		
Kadın	5 (%55.5)	9 (%7.4)
Erkek	4 (%44.5)	
Borderline kişilik bozukluğu		
Kadın	6 (%85.7)	7 (%5.7)
Erkek	1 (%14.3)	
Başka türlü adlandırılmayan dürtü denetim bozukluğu		
Kadın	2 (%66.7)	3 (%2.5)
Erkek	1 (%33.3)	
Psikoz		
Kadın	1 (%100)	1 (%0.8)
Erkek		

Tablo 4: Psikiyatri konsültasyonu sonrası öneriler

Öneriler	Evet Sayı (yüzde)	Hayır Sayı (yüzde)
Psikiyatrik ilaç başlanması	81 (%66.4)	41 (%33.6)
Psikiyatri poliklinik kontrolü	102 (%83.6)	20 (%16.4)
Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi	19 (%15.6)	103 (%84.4)

larına göz attığımızda 500 TL altı gelire sahip 25 (%20.5) hasta, 500-1000 TL gelire sahip 50 (%41) hasta, 1000-1500 TL gelire sahip 38 (%31.1) hasta, 1500 TL üstü gelire sahip 9 (%7.4) hasta saptandı. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Erkeklerin yaş ortalamalarının 28.73±11.03 yıl, kadınların yaş ortalamalarının 26.50±9.20 yıl olduğu belirlendi. Başvuran tüm hastaların % 54.9'unu 18-24 yaş grubu hastalar oluşturmaktaydı.

Hastalarımızın hiçbir fiziksel (ortopedik, görme, işitme vs.) engeli bulunmamaktaydı. Çalışmaya alınan hastaların 17'sinin (%13.9) sistemik hastalığı mevcuttu. Sistemik hastalığı bulunan 17 hastanın 8'inde hipertansiyon, 3'ünde epilepsi, 3'ünde diabetes mellitus, 2'sinde astım, 1'inde de hipotiroidi mevcuttu. Çalışmaya alınan tüm hastaların %23.8'i (29) düzenli olarak ilaç kullanmaktaydı. Çalışmaya alınan hastalar içerisinde sistemik hastalığı olanlarda sistemik hastalığı olmayanlara göre özkıyım düşüncesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu bulundu (p=0.03).

Hastaların öyküsünde daha önce de özkıyım düşünceleri varlığı olmasının kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptandı (p=0.035). Hastaların medeni durumları ile özkıyım düşüncesinin varlığı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0.362). Tüm hastaların %37.7'sinin (46) daha öncesinde veya halen psikiyatrik tedavi aldığı saptandı (Tablo 2). Özkıyım girişimi öncesinde psikiyatrik tedavi alan hastalarda özkıyım düşüncesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (p=0.000). Hastaların %26.2'sinin (32) daha öncesinde bir özkıyım girişiminde bulunduğu, ayrıca tüm hastaların % 9.8'inin (12) diğer aile bireylerinde de özkıyım

la özkıyım girişiminde bulunmuş idi.

Hastaların %68.9'u (84) kadın idi. Çalışmamızda hastaların medeni durumları göz önüne alındığında %50'sinin (61) bekar, %39.3'ünün (48) evli, %4.1'inin dul (eşi ölmüş) ve %6.6'sının (8) boşanmış olduğu tespit edildi. Çalışmaya alınan hastaların iş durumlarına bakıldığında %65.6'sının (80) bir işte çalışmadığı belirlendi. Hastaların öğrenim durumları sorgulandığında %43.4'ünün (53) lise mezunu, %39.3'ünün (48) ilköğretim mezunu, %9.8'inin (12) yüksek okul mezunu, %7.4'ünün (9) hiçbir okul mezuniyetinin olmadığı tespit edildi. Hastaların evlerinde yaşayan birey sayılarına baktığımızda 11'inin (%9) evdeki birey sayısı 1-3 kişi arasında, 57'sinin (%46.7) 4-5 kişi, 41'inin (%33.6) 6-7 kişi, 13'ünün (%10.7) 8 ve daha fazla kişiden oluştuğu saptandı. Çalışmaya alınan tüm hastaların ortalama aile birey sayısı 5.29±1.57 kişi (3-10 kişi) idi. Hastalarımızın konut ve ekonomik durumlarına baktığımızda 57 (%46.7) hastanın kirada, 65 (%53.3) hastanın kendisi veya ailesine ait konutlarda oturdukları tespit edildi. Ekonomik durum-

girişim öyküsü olduğu öğrenildi.

Çalışmamızda zehirlenme tedavileri tamamlanan hastalar psikiyatrist tarafından değerlendirildiğinde % 45.1'ine (55) depresyon, %27.9'una (34) anksiyete bozukluğu, %10.7'sine (13) uyum bozukluğu, %7.4'üne (9) bipolar bozukluk, %5.7'sine (7) borderline kişilik bozukluğu, %2.5'ine (3) başka türlü adlandırılmayan dürtü denetim bozukluğu ve %0.8'ine (1) psikoz tanısı konuldu (Tablo 3). Psikiyatri konsültasyonu sonucunda hastaların % 66.4'üne (81) ilaç başlanması ve % 83.6'sına (102) taburcu olduktan sonra psikiyatri poliklinik kontrolüne gelmesi önerildi. Hastaların %15.6'sının zehirlenme bulguları düzeldikten sonra Psikiyatri Servisi'ne yatırılarak tedavi almasına karar verildi (19) (Tablo 4). Çalışmamızdaki özkıyım düşüncesi var olan hastaların taburcu olma aşamasında psikiyatrik ilaç tedavisine başlanma oranları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.000$). Özkıyım düşüncesi var olan ve taburcu olma aşamasına gelen hastalarımızın psikiyatri tarafından yatırılarak tedavi altına alınma oranları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.007$).

TARTIŞMA

Özkıyım girişimleri dünya genelinde oldukça yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre özkıyım, en sık ölüm nedenleri arasında ilk on içerisinde yer almaktadır (7). Özkıyımın son yıllarda ergenlik dönemi ve genç erişkinlerde sıklığının giderek artması dikkat çekicidir (8). Özkıyım hızının düşük olduğu ülkeler grubunda yer almamıza rağmen son yıllarda özkıyım oranının artarak 100000'de 3.0 ile 4.3 arasında değiştiği saptanmıştır (9).

Bir özkıyım girişimi yöntemi olarak ilaç zehirlenmesi kimyasal maddelere daha kolay ulaşılabilirlik nedeniyle son yıllarda gittikçe artmaktadır. Amerika zehir danışma merkezi (AAPCC) verilerine göre 2002 yılındaki zehirlenme vakalarının oranı 2001 yılına göre %4.9 artmıştır (10). Ülkemizde zehirlenme ile sağlık kuruluşlarına başvuranların sayısı hakkında yeterli veriler olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2001 yılında 11672 kişi hastanelere başvurmuştur (11).

Acil servise zehirlenme vakaları son yıllarda çok sık gelmektedir. Bu vakaların bazıları kazara olabildiği gibi önemli bir çoğunluğunu özkıyım girişimleri oluşturmaktadır. Acil hekimi için önemli olan bu hastalara nasıl bir yaklaşım içerisinde bulunacağını bilmek ve hastayı yaptığı eylemden dolayı yargılayıcı olmaktan uzak davran-

arak güvenini kazanmaktır. Özkıyım girişiminde bulunan bireyin niyetinin ciddiyetini ve özkıyımın tekrarlama olasılığını anlamak güçtür. Hastanın güveni kazanılarak özkıyımına yönelten ekonomik, sosyal, ailesel etkenler çözümlenmeye çalışılmalıdır. Özkıyım düşüncesi bireyin kendisinde ve ailesinde derin bir ruhsal çöküntüye sebep olduğu için hem hastaya hem de ailesine gerekli psikiyatrik yardım sağlanarak ruhsal tablosu çözümlenmeli ve gerekirse medikal ve psikoterapi eşliğinde izlenmelidirler.

Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde kadın cinsiyet oranının (%68.9) fazla olduğu, özkıyım girişiminin en yüksek 18-24 yaş grubunda (%54.9) olduğu saptandı (12-16). Kadınların erkeklere oranla daha sık özkıyım girişiminde bulunduğu, ancak erkeklerin ise özkıyım girişimlerinin daha ciddi olduğu bildirilmiştir (2,17). Kadınlarda özkıyım oranının yüksek olmasının sebepleri arasında toplumda kadına yönelik olan baskıcı tutumun ve erkek egemen toplum yapısının önemli risk arttırıcı faktörler olduğu gösterilmiştir (18). Çalışmamızda diğer çalışmalarla (2,19) uyumlu şekilde özkıyım girişimi oranının bekar ve yalnız yaşayan bireylerde daha yüksek olduğu gözlemlendi. Hastaların %65.6'sının belirli bir işinin olmadığı tespit edildi. Platt'ın çalışmalarında ise işsizliğin belirgin şekilde riski arttırmadığı ancak işsizlikle beraber gelişen ekonomik çöküntü ve sosyal durumda düşmenin özkıyım riskini arttırdığı bildirilmiştir (20,21).

Çalışmaya dahil olan hastaların öğrenim durumları değerlendirildiğinde genel olarak ilköğretim veya lise mezunu oldukları saptanmış olup düşük eğitim düzeyi özkıyım girişimi açısından risk oluşturmaktadır.

Hastaların ailelerindeki birey sayılarına bakıldığında hastaların büyük bir kısmının kalabalık bir aile ortamının olduğu, oturdukları evin ailelerine ait olduğu belirlendi. Ülkemizde kalabalık aile ortamı, toplumun genel kültür yapısıyla ve ekonomik durumla ilgili olup bazı evlatlar evlense dahi aileyle beraber yaşamaya devam etmektedir.

Özkıyım girişiminde bulunan hastaların büyük çoğunluğunun (%61.5) 1000 TL altında gelirinin olduğu tespit edildi. Ülkemizde asgari ücretin 800 TL civarında olması ve açlık sınırının 1000 TL civarında seyretmesi nedeniyle çalışmamızdaki hastaların ekonomik olarak sıkıntılı bir konumda yer aldığı anlaşılmaktadır. Lonqvist ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda düşük ekonomik durumun özkıyım riskini arttırdığı görülmüştür (5,22).

Çalışmamızdaki hastaların hiçbirinin bedensel engeli yoktu. Ancak Lonqvist ve arkadaşlarının yaptığı bir çalış-

mada ciddi sakatlıklara yol açan olaylardan sonra özellikle yaşlı bireylerde özkıyım riskinin yükseldiği görülmüştür (5). Çalışmamızda hipertansiyon, diyabetes mellitus, epilepsi gibi sistemik hastalıkların bulunmasının hastalarda özkıyım düşüncesinin ortaya çıkma riskini istatistiksel olarak anlamlı derecede arttırdığı belirlendi. Bireylerin yaşam kalitesinde önemli oranda düşüş sağlayan veya tedavisi mümkün olmayan bir sistemik hastalığın varlığında ve özellikle malignite varlığında özkıyım riskinin arttığı gözlenmiştir (2,23,24). Sistemik hastalıkların varlığının bireylerin yaşam kalitesini etkileyerek, depresif duygu duruma neden olabileceği ve özkıyım girişimini tetikleyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki hastaların geçmişte psikiyatrik tedavi alıp almadıkları sorgulandığında %37.7'sinin daha önce psikiyatrik ilaç veya psikoterapi destek tedavisi aldıkları öğrenildi. Geçmişte psikiyatrik tedavi alan hastalarda özkıyım düşüncesinin istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu saptandı (p=0.00). Depresyon hastalarında tedavinin başlangıcından sonraki dönemde özkıyım oranının arttığı bilindiğinden bu hastaların ilaç tedavisi aldığı dönemde yakından takip edilmeleri gerekmektedir (25,26). Hastalarımızın %63.1'inde daha önce de özkıyım düşüncelerinin varlığı tespit edildi. Geçmişinde özkıyım düşüncesi olan hastalar içerisinde kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlendi (p=0.035). Geçmişte özkıyım düşüncesinin olması hastaların uzun süredir bu düşünce ile mücadele ettiğini ve yaşam ölüm ikileminde ölümden yana tavır aldıklarını göstermektedir. Özkıyım düşüncesinin varlığı, bireyi hayatının bir döneminde özkıyımına yönelerek altta yatan psikopatolojik yapının ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Daha önceki özkıyım girişiminin varlığı sonraki dönemde özkıyım riskini arttırmaktadır. Özkıyım girişiminde bulunan bireylerin sonraki dönemlerde özkıyım girişimlerine devam etme riski yüksektir (27). Özellikle özkıyım girişiminden sonraki ilk 1 yıllık dönemde risk oldukça yüksektir (23). Hastalarımızın % 9.8'inin ailelerinde özkıyım girişimi varlığının bulunması özkıyım için risk faktörleri olarak ailesel ve genetik faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir. Monozigot ikizlerin her ikisinde de özkıyım girişiminde bulunma oranının dizigot ikizlere oranla belirgin olarak yüksek olduğu bulunmuştur (7).

Psikiyatri konsültasyonu sonrası hastalara en fazla depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları konuldu. Yapılan çalışmaların da gösterdiği üzere özkıyım girişiminin temelinde psikopatolojik faktörler yatmaktadır (28,29). Hastaların çoğunluğunda genel toplumda da en fazla rastlanan psikiyatrik hastalık olan depresyon bulunmakta olup, altta yatan psikiyatrik tablonun düzeltilmesi veya kontrol altında tutulması özkıyım girişimlerinin sıklığının azalmasını sağlayacaktır.

Sonuç olarak; zehirlenme sonucu acil servise gelen hastaların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik analizleri değerlendirildiğinde hastaların büyük çoğunluğunun kadın cinsiyette, 18-24 yaş grubunda, bekar, işsiz, ilköğretim veya lise mezunu, 4-5 kişiden oluşan kalabalık aile mensubu, 1000 TL altında aylık gelire sahip ve ekonomik sıkıntısı olan hastalardan oluştuğu belirlendi. Kronik sistemik hastalık, geçmişte psikiyatrik hastalık ve özkıyım girişimi, ailede özkıyım girişimi öyküsü varlıklarının özkıyım düşüncesini istatistiksel olarak anlamlı derecede arttırdığı saptandı. Hastaların büyük kısmına Psikiyatrist tarafından depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları konularak ilaç desteği başlandı ve Psikiyatri Kliniği takibine gelmeleri önerildi. Bireyin yaşadığı toplumsal, ekonomik, ailesel ve psikiyatrik sorunlar sonucu başvurduğu bir yöntem olan özkıyım davranışı, bireye göre alternatif bir çözüm yolu veya kendini ifade etme biçimidir. Özkıyım davranışında bulunan bireylere verilecek maddi ve manevi destekler ile bu kişilerin özkıyım riskinde azalma sağlanabilir. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların sosyodemografik özelliklerinin bilinmesi önemlidir ve bu hastalar psikiyatri tarafından mutlaka değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Uluduz DU, Uğur M. Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi. Yeni Symposium 2001; 39: 19-25.
2. Yanturalı S. Acil Serviste İntihar Düşüncesi Olan Hastaya Yaklaşım. Acil Tıp Dergisi 2000; 3. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı: 246-253.
3. Demirel Özsoy S, Eşel E. İntihar (Özkıyım). Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4: 175-185.
4. Kekeç Z, Yıldırım C, İkizceli İ, Gönül AS, Sözüer EM. Özkıyım girişimi nedeniyle acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1: 157-161.
5. Lonnqvist JK. Epidemiology and Causes of suicide. In: Gelder MG, Lopez JJ, Andreasen N (Eds) Text Book of Psychiatry, New Oxford, 2000: p. 1033-1039.
6. 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.
7. Yüksel N. İntiharin Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2001; 4: 5-15.

8. Dilsiz A. ve Dilsiz F. İntihar Girişimlerinde Belirtilen Nedenler. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 124-129.
9. Ucan O. Türkiye'de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. *Kriz Dergisi* 2005; 13: 15-26.
10. Watson WA, Litovitz TL, Rodgers GC, et al. 2002 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med* 2003; 21: 353-421.
11. Health Statistics Year Book 2000. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health, 2001.
12. Yalvaç DH. İntihar girişiminde bulunan bireylerde psikiyatrik morbidite, kişilik bozukluğu ve bazı sosyodemografik ve klinik etkenlerle ilişkisi (Uzmanlık Tezi), İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Malatya, 2006.
13. Dilbaz N, Şengül CB, Cetin MK, ve arkadaşları. Genel bir hastanede intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi* 2005; 13: 1-10.
14. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 332-339.
15. Boz B, Demirkan O, Boz A, Kuğu N. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2000-2001 yıllarında intihar girişimi nedeniyle adli raporları verilen olguların incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi* 2003; 17: 35-40.
16. Al B, Orak M, Ustundağ M, Soğut O. Characteristics of suicide cases in Batman, South East of Turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30: 65-72.
17. Rosenberg ML, Smith JC, Davidson LE, Conn JM. The emergence of youth suicide: an epidemiologic analysis and public health perspective. *Annu Rev Public Health* 1987; 8: 417-440.
18. Kekeç Z, Sözüer EM, Duymaz H, Ökkan S. Acil Servise Başvuran Çoklu İlaç Zehirlenmelerinin Yedi Yıllık Analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5: 69-72.
19. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, 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.
20. Platt S. Parasuicide and unemployment. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 401-405.
21. Platt S. The social transmission of parasuicide: is there a modeling effect? *Crisis* 1993; 14: 23-31.
22. Frierson RL, Melikian M, Wadman PC. Principles of suicide risk asesment. How to interview depressed patients and tailor treatment. *Postgrad Med* 2002; 112: 65-66.
23. Goldney RD. A global view of suicidal behaviour. *Emergency Medicine* 2002; 14: 24-34.
24. Suominen K, Isometsä E, Heilä H, Lönnqvist J, Henriksson M. General hospital suicides a psychological autopsy study in Finland. *General Hospital Psychiatry* 2002; 24: 412-416.
25. Gunnell D, Frankel S. Previton of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308: 1227.
26. Hulten A, Wasserman D. Lack of continuity-a problem in the care of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandanivica* 1998; 97: 326-333.
27. 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; p. 585-596.
28. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis of child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-348.
29. Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatr* 1997; 170: 447-452.