

Özkıyım girişimlerinin doğası

Sermin KESEBİR,¹ Demet GÜLPEK,¹ M. Aysin NOYAN²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı 1997-1999 yılları arasında Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsultasyon-Liyazon Birimi'nce değerlendirilen özkıyım girişimi olgularına hangi oranda psikiyatrik tanı konduğunun, bu olguların psikiyatrik ve tıbbi öyküleri ve sosyodemografik özellikleri ile, özkıyım girişim şekilleri ve özkıyım girişiminin kararlılığı açısından benzerlik ve farklılıklarının ortaya konmasıdır. **Yöntem:** Özkıyım girişimi olguları geriye dönük izlem yoluyla ve kart tarama yöntemi ile değerlendirilmiştir. Demografik özellikler yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi başlıklarında ele alınmıştır. Öyküde, fizik hastalık, depresif bozukluk, özkıyım girişimi, alkol ve madde kötüye kullanımı, kendine zarar verici davranış, son dönem yaşam olayının varlığı incelenmiştir. Özkıyım girişiminin olduğu dönemde olgular psikiyatrik bakı ve psikiyatrik tanı yönünden değerlendirilmiştir. Özkıyım girişiminin şekli ve kararlılığı araştırılmıştır. Değişkenlerin birbiri ile ilişkileri değerlendirilmeye çalışılmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 26.6 olan 239 kadın ve yaş ortalaması 30.6 olan 133 erkek, toplam 372 özkıyım girişimi olgusu demografik veriler yönünden cinsiyete göre farklılaşmıştır. Psikiyatrik ve tıbbi öykü özkıyım riskini belirleyici etken olarak sadece özkıyım girişiminin olduğu dönemde psikiyatrik tanı alan olgularda anlamlı bulunmuştur. Son dönem yaşam olayı, özkıyım girişimi olgularında %75 oranında saptanmıştır. Özkıyım girişiminin olduğu dönemde olgular % 68 oranında bir psikiyatrik tanı almışlardır. Bu hastaların %77'si duygudurum bozukluğu tanısı almıştır. Özkıyım girişiminde bulunan olgular %85 oranında kimyasal ajanları tercih etmişlerdir. Ciddi girişim yöntemleri %47 oranında kullanılmıştır. Özkıyım girişiminde bulunan olguların %55'i özkıyım girişimini haber verme davranışı göstermişlerdir. **Sonuç:** Özkıyım girişimlerinin doğasını belirlemede sosyodemografik özellikler, psikiyatrik ve tıbbi öykü, psikiyatrik tanı önemli yordayıcı faktörlerdir. Bu olguların önemlidir, tanı ve sağaltımlarına yönelik değerlendirilmelerinin daha özenli yapılması gereklidir, bu alanda iyi yapılandırılmış veri tabanı oluşturulmasına ihtiyaç vardır, özkıyım girişimlerinin azaltılmasına yada önlenmesine yönelik özgül sağaltım birimleri oluşturulmalıdır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:88-96)

Anahtar sözcükler: İntihar girişimi, psikiyatrik bozukluklar, risk faktörleri

The nature of committing suicide

SUMMARY

Objective: This study is performed with patients who have been examined by the consultation-liaison unit in Ege University Medical Faculty Department of Psychiatry between 1997-1999. The objective of the study is to compare these patients according to their psychiatric diagnoses, the way of committing suicide, sociodemographic variables and their decisiveness for suicide. **Method:** The patients were evaluated retrospectively by searching the archives. The demographic variables were age, gender, marital status and education. At the time of suicide, the patients were evaluated according to their psychiatric diagnoses. **Findings:** Totally 372 suicidal patients whom 239 of them are female and 133 of them male were enrolled to this study. The mean age for female patients was 26.6 and for male patients 30.6. The only variable which has significant importance for suicidality was the psychiatric diagnose at the time of the suicide. 68% of the patients had a psychiatric diagnose at the time of the suicide. Affective disorders were most likely to be seen, 77% of the patients had an affective disorder. 85% of the patients used chemical agents for suicide. 47% of the suicides were considered as serious. 55% of the patients informed someone after their attempt for suicide. **Results:** Psychiatric history of the patient, psychiatric diagnosis and sociodemographic variables are important to understand the nature of suicidal attempts. Well-constructed data-bases are needed for this occasion. Specific units must be formed in order to prevent and intervene suicidal attempts. (Anatolian Journal of Psychiatry 2002; 3:88-96)

Key words: Suicide attempt, mental disorders, risk factors

¹ Dr., ² Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR
Yazışma adresi: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 35100 Bornova/İZMİR
e-posta: serminkesebir@hotmail.com

GİRİŞ

Ölüme götüreceğini bilerek girilen her olumsuz eylem bir özkiyim girişimi, bu eylemin getirdiği her ölüm bir özkiyumdur, bu bağlamda özkiyim bir görüngüdür. Araştırmalar özkiyımın eylem biçimleri, hastalıklarla ilişkileri, risk faktörleri üzerinde durmaktadır, yazılanlardan özkiyımın bir psikiyatrik bozukluk, bir olgu, bir sendrom, bir semptom olup olmadığı anlaşılmamaktadır.¹ Özkiyımın değişik türleri, özkiyım olgusunun karmaşıklığı, çoğul etmenli nedenlerin bulunması tüm özkiyımlarda geçerli genel bir tanımlamanın yapılmasını engellemektedir. Yaygınlığı, içine aldığı yaş gurupları ve sonuçları nedeniyle oldukça önemlidir. Son yıllarda özellikle genç erişkinlerde özkiyim girişimlerinin daha sık görüldüğü belirtilmektedir.²

Araştırmalarda temel ölçüt belli hastalıklardaki özkiyım girişimi sıklığıdır. Özkiyım ile psikiyatrik bozukluklar bir sürekliliğin iki ucu gibi düşünülürse, örtüşmelere bakarak bir sınıflama yapmak mümkün olabilir.¹ Birinci kümeyi ruhsal hastalıkla içiçe olan özkiyim girişimleri oluşturmaktadır, presuicidal sendrom bu kümenin örneğidir. İkinci kümede presuicidal sendrom belirtileri göstermeden özkiyım girişiminde bulunan olgular yer alır, özgül bir dinamik söz konusudur. Üçüncü kümede anlamakta en çok zorlandığımız ve önlem almada yetersiz kaldığımız, ciddi özkiyım riskinin ortaya çıktığı psikotik bozukluklar ve major depresyon yer almaktadır.

Özkiyım girişimleri birçok sosyodemografik özellikle de ilişki içindedir.³⁻⁷ En önemli ve ortaya konması en zor amaçlardan biri riski belirlemek, diğeri de özkiyım girişimlerinin azaltılmasını ya da önlenmesini sağlamaktır. Özkiyımdan koruyucu merkezler, telefonla yardım, kriz merkezleri özgül sağaltım kuruluşlarıdır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1989 yılında kurulan "Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi" benzer kuruluşların ülkemizdeki öncüsüdür ve gerekli koşulların çoğunu yerine getirmektedir. Bağımsız çalışmaktadır, psikiyatri ve dahiliye kliniklerine ve yoğun bakıma çok yakındır, dışarıdan arayan biri için ulaşılması kolaydır ve ekip çalışması yapılmaktadır.

Bu çalışmada, 1997-1999 yılları arasında Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsultasyon Liyezon Birimi'nce değerlendirilen özkiyım girişimi olgularına hangi oranda psikiyatrik tanı konduğu, bu olguların psikiyatrik ve tıbbi öyküleri ile sosyodemografik özelliklerinin özkiyım girişimleri şekilleri açısından birbirleriyle olan benzerlik ve farklılıklarının ortaya konması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇ

1997-1999 yılları arasında Konsultasyon-Liyezon Birimince değerlendirilmiş olan 372 özkiyım girişimi olgusu kart tarama yöntemi ile geriye dönük izlem yoluyla taranmıştır. Eksik doldurulduğu için ya da başka bir sebeple güvenilir bilgi vermediği düşünülen

kartların ait olduğu 33 olgu değerlendirmeye alınmamıştır.

Demografik özellikler, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi başlıklarında ele alınmıştır.

Risk faktörleri olarak düşünülen, tıbbi öyküde fizik hastalık, psikiyatrik öyküde depresyon, özkiyım girişi, alkol ya da madde kötüye kullanımı, kendine zarar verici davranış, aile öyküsünde depresyon ve özkiyım girişiminin varlığı, son dönem yaşam olayının olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Özkiyım girişimleri kullanılan yöntemlere göre, kimyasal ajanlar, ası, yüksekte atlama, ateşli silah, kesici aletler ve diğerleri olarak sınıflanmıştır. Kimyasal ajanlar kendi içlerinde vitaminler, ağrı kesiciler, tehlikeli ilaçlar, zararsız multipl ilaç, psikotropalar, organik fosfor ve koroziv madde olarak sınıflanmıştır. Tehlikeli ilaçlarla, organik fosforla, koroziv maddelerle, ası ile, yüksekte atlama ile, ateşli silah ile ve kesici aletlerle yapılan özkiyım girişimleri *ciddi özkiyım girişimleri* olarak değerlendirilmiştir. Özkiyım girişiminden başkalarını haberdar etme davranışı da burada özkiyım girişiminin ciddiyetini belirten bir faktör olarak ele alınmıştır. Özkiyım girişiminin olduğu dönemde kişinin içinde bulunduğu psikiyatrik bakı ve psikiyatrik tanı değerlendirilmiştir. Psikiyatrik tablo, psikotik bulgu ve depresif semptomatoloji kapsamında -depresif duygudurum, anhedoni, uyku, psikomotor aktivite, iştah, benlik saygısı- şeklinde sınıflanarak psikiyatrik tanı psikotik bozukluk, duygudurum bozukluğu, kişilik bozukluğu şeklinde sınıflanarak değerlendirilmiştir.

Sonuçlar SPSS 8.0 for Windows istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkilerine crosstab ile bakılmıştır. Risk faktörleri ve psikiyatrik semptomatolojiye ait verilere faktör analizi uygulanmıştır. Risk faktörlerinin özkiyım girişimi üzerinde ne derecede belirleyici olup olmadığının saptanmasına yönelik regresyon analizi yapılmıştır.

Yöntemsel güçlükler nedeniyle özkiyım girişimi konusunda yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu, büyük hastanelerin acil servislerine başvuran hastaların belirli süre izlemelerinin yer aldığı araştırmalar ve geriye dönük dosya tarama yoluyla yapılan incelemeler olmaktadır. Bu çalışma geriye dönük ve kart taramaya dayalı bir yöntemin tüm kısıtlılıklarını taşımaktadır.

BULGULAR

Örneklem

Bu çalışmada toplam 372 özkiyım girişimi olgusu değerlendirilmiştir. 133 erkek olgunun yaş ortalaması 30.6±18.3, 239 kadın olgunun yaş ortalaması 26.6±23.4 olarak saptanmıştır. Özkiyım girişimleri yirmili ve otuzlu yaşlarda yoğunlaşmakta ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadın/erkek oranı

1.73 olarak saptanmıştır. 372 olgudan 140'ı (%34.2) evli, 130'u olgu (%30.02) çocuk sahibidir. Medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi özkıym girişimi olgularında farklılık göstermemektedir. Ancak

cinsiyete göre bakıldığında erkek olgular arasında evli olmayanların sayısı anlamlı olarak daha fazladır ($p=0.046$). Erkek ve kadın olgular arasında çocuk sahibi olma ve eğitim düzeyi açısından fark yoktur.

Tablo 1. Örneklemin sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Özellik		Medeni durum				Çocuk sahibi olma				Eğitim düzeyi			
			Evli		Be.+Bo.+D		Var		Yok		Düşük(io+oo)		Yüksek(lise ve +)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	94	25	145	39	81	22	158	42	108	29	131	35		
Erkek	46	12	87	23	49	13	84	23	65	17	70	19		
Toplam	140	38	232	62	130	35	242	65	173	47	201	54		

Be.+Bo.+D : Bekar, boşanmış, dul

Risk Faktörleri

Psikiyatrik ve tıbbi öykü: Öyküde depresif bozukluk, öyküde özkıym girişimi, fiziksel hastalık öyküsü, alkol ve madde kötüye kullanım öyküsü, kendine zarar verici davranış öyküsü, ailede depresyon öyküsü ve ailede özkıym öyküsü, özkıym riskini belirleyici etken olarak saptanmamıştır (sırasıyla $p=0.120$, $p=0.547$, $p=0.147$, $p=0.000$, $p=0.219$, $p=0.317$, $p=0.219$). Ancak anlamlı olmamakla birlikte olgularda sıklıkla öyküde depresif bozukluğun varlığı gözlenmiştir (% 46).

Cinsiyete göre bakıldığında öyküde alkol ve madde kötüye kullanımı erkeklerde özkıym girişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır ($p=0.001$).

Risk faktörlerine faktör analizi uyguladığımızda öyküde özkıym girişimi, öyküde depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsü özkıym girişimi riskini belirleyen faktör yapıları olarak saptanmıştır. Regresyon analizi uygulandığında sırasıyla öyküde özkıym girişimi, öyküde depresyon ve alkol-madde kötüye kullanım öyküsü olası risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Son dönem yaşam olayı: Son dönem yaşam olayının varlığı özkıym girişimi olgularında %75 oranında bulunmuştur. Cinsiyete göre bakıldığında son dönem yaşam olayı kadınlarda özkıym girişimini belirleyici risk etkeni olarak daha belirleyici bir faktördür ($p=0.003$). Son dönem yaşam olayının varlığı diğer özkıym girişim şekillerinde risk için belirleyici olurken, ciddi özkıym girişimlerinde risk faktörü olarak saptanmamıştır ($p=0.033$).

Son dönem yaşam olayının varlığında özkıym girişimini haber verme davranışı daha fazla izlenmiştir ($p=0.002$).

Son dönem yaşam olayının varlığı psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluğu tanısı konmuş olgularda

özkıym girişimi riskini arttırmamıştır (sırasıyla $p=0.000$, $p=0.018$), ancak kişilik bozukluğu tanısı konmuş olgularda özkıym girişimi riskini artırmıştır ($p=0.003$).

Son dönem yaşam olayının varlığında, psikiyatrik bakıda anhedoni ($p=0.004$), uyku değişiklikleri ($p=0.000$), iştah değişiklikleri ($p=0.049$), psikomotor retardasyonun ($p=0.000$) varlığı anlamlı bulunmuştur.

Psikiyatrik tanı: Özkıym girişimlerinde herhangi bir psikiyatrik tanının varlığı %68 oranında bulunmuştur. Bu tanının %77 gibi önemli bir bölümünü duygudurum bozuklukları oluşturmaktadır.

Cinsiyete göre bakıldığında, psikiyatrik tanı özkıym girişiminde bulunmuş erkek olgularda daha çok izlenmiştir ($p=0.038$).

Psikiyatrik tanı konup özkıym girişiminde bulunmuş olgular arasında evli ve dul olgular ve çocuk sahibi olgular daha fazla sayıda izlenmiştir ($p=0.006$, $p=0.001$).

Psikiyatrik tanı konup özkıym girişiminde bulunmuş olgularda psikiyatrik öyküye ilişkin risk faktörleri, öyküde depresyon ($p=0.000$), öyküde özkıym girişiminin varlığı ($p=0.000$), alkol ve madde kullanımı öyküsü ($p=0.001$), kendine zarar verici davranış öyküsü ($p=0.001$), ailede depresyon öyküsü ($p=0.011$) de anlamlı bulunmuştur.

Psikiyatrik tanı alıp özkıym girişiminde bulunmuş olgularda son dönem yaşam olayı risk faktörü daha az izlenmiştir ($p=0.000$).

Psikiyatrik bakı: Özkıym girişimi olgularında depresif semptomların dağılımı olgular arasında farklılık göstermiştir. Psikotik bulgu ($p=0.036$) ve psikomotor aktivite değişikliği ($p=0.033$) erkek olgularda daha fazla izlenmiştir. Öyküde depresyonun

Tablo 2. Psikiyatrik tanı konmuş özkıyım girişi olgularının cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet Psikiyatrik tanı	Kadın Sayı	%	Erkek Sayı	%	Toplam Sayı	%	p
Psikotik bozukluklar	12	3	14	4	26	7	0.039
Duygudurum bozuklukları	110	29	65	17	175	47	0.337
Kişilik bozuklukları	40	11	32	9	72	20	0.059
Toplam	162	44	111	30	273	73	

Tablo 3. Risk faktörlerinin cinsiyet ve psikiyatrik tanılarına göre dağılımı

Cinsiyet ve tanı	Kadın				Erkek				p	Psikiyatrik tanı				p
Risk faktörleri	Var Sayı	%	Yok Sayı	%	Var Sayı	%	Yok Sayı	%		Var Sayı	%	Yok Sayı	%	
Öyküde depresif bozukluk	88	24	151	41	58	16	75	20	0.120	17	5	129	34	0.000
Öyküde özkıyım girişi	63	17	176	47	35	9	98	26	0.547	82	22	17	5	0.000
Fiziksel hastalık öyküsü	9	2	230	62	9	2	124	33	0.149	9	2	9	2	0.222
Alkol ve madde kötüye kullanma öyküsü	33	9	206	55	40	11	93	25	0.000	57	15	16	4	0.001
Kendine zarar verici davranış öyküsü	53	14	186	50	35	9	98	26	0.219	72	19	16	4	0.000
Ailede depresif bozukluk öyküsü	7	2	232	62	2	0.5	131	35	0.317	9	2	0	0	0.011
Ailede öz kıyım girişi öyküsü	6	2	233	62	1	0.3	132	35	0.219	5	1	2	0.5	0.447
Son dönem yaşam olayının varlığı	191	51	48	13	88	24	45	12	0.003	129	35	150	40	0.000

Tablo 4. Psikiyatrik bakı sonuçlarının cinsiyete göre dağılımı

	Kadın		Erkek		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Psikotik bulgu	20	5	20	5	40	10	0.036
Depresif duygudurum	141	38	81	22	222	60	0.402
Anhedoni	105	28	61	16	166	45	0.142
Psikomotor retardasyon	99	27	69	19	168	46	0.033
Uyku değişikliği	124	33	78	21	202	54	0.134
İştah değişikliği	89	24	54	15	143	38	0.298
Benlik saygısında azalma	75	20	47	13	122	33	0.253

varlığında, öyküde özkiyım girişiminin varlığında ve öyküde alkol ve madde kullanımının varlığında tüm semptomlar tek tek anlamlı bulunmuştur.

Fiziksel hastalık öyküsü varlığında sadece depresif duygudurum anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0.019$).

Son dönem yaşam olayının varlığında anhedoni ($p=0.004$), iştahsızlık ($p=0.049$), benlik saygısında azalma ($p=0.006$) anlamlı bulunmuştur.

Ciddi özkiyım girişimlerinde psikotik bulgu anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$).

Psikiyatrik semptomlara faktör analizi uygulandığında 5 faktörün ayrıştığı görülmüştür: psikotik bulgu, depresif duygudurum, anhedoni, insomni ve

psikomotor aktivitede azalma. Regresyon analizi uygulandığında ise, özkiyım girişimleri için en anlamlı semptom olarak benlik saygısında azalma saptanmıştır.

Özkiyım Girişiminin Ciddiyetini Belirleyen Faktörler

Özkiyım girişiminin şekli: Özkiyım girişiminin şekli sıklıkla (% 85) kimyasal ajanlarla olmuştur.

Erkek olgular ciddi girişim yöntemlerini daha çok kullanmışlardır ($p=0.013$). Düşük eğitim düzeyine sahip grupta ciddi girişim yöntemleri daha çok izlenmiştir ($p=0.036$).

Tablo 5. Özkiyım girişiminin şeklinin cinsiyete göre dağılımı

Girişim şekli	Cinsiyet		Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kimyasal ajanlar	213	57.3	106	28.5	319	85.8		
Ası	2	0.5	4	1.1	6	1.6		
Yüksekten atlama	8	2.1	7	1.9	15	4		
Ateşli silah	4	1.1	9	2.4	13	3.5		
Kesici alet	0	0	2	0.5	2	0.5		
Diğer	12	3.2	5	1.4	17	4.6		
Toplam	239		133		372			

Tablo 6. Özkiyım girişiminde kullanılan kimyasal ajanların cinsiyete göre dağılımı

Kimyasal ajanlar	Cinsiyet		Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Vitaminler	13	4.1	3	0.9	16	5		
Ağrı kesiciler	33	10.3	18	5.6	41	12.9		
Zararsız multipl ilaç	20	6.3	10	3.1	30	9.4		
Tehlikeli ilaçlar	16	5	10	3.1	26	8.1		
Psikotropikler	67	21	27	8.5	94	29.5		
Organik fosfor	51	16	35	11	86	27		
Koroziv maddeler	3	0.9	7	2.2	10	3.1		
Diğer	14	4.4	4	1.1	18	5.5		
Toplam	213		106		319			

Psikoz tanısının varlığında ciddi girişim yöntemleri daha çok kullanılmıştır ($p=0.035$). Anlamli olmamakla birlikte duygudurum bozukluğu tanısı konmuş olan olgularda ciddi özkıyım girişimlerinin sıklığı daha fazla izlenmiştir, bunun aksine anlamli olmamakla birlikte kişilik bozukluğu tanısı konmuş olgularda ciddi özkıyım girişimlerinin sıklığı daha az izlenmiştir.

Kimyasal ajanlarla yapılan özkıyım girişimlerinde sıklıkla (%29) psikotrop ilaçlar kullanılmıştır, kullanılan psikotrop ilaçlar ise sıklıkla (%51) antidepresanlar olmuştur. Kimyasal ajanlarla yapılan özkıyım girişimlerinde ikinci sırada organik fosfor, üçüncü sırada ağrı kesiciler kullanılmıştır.

Tablo 7. Özkıyım girişiminde kullanılan psikotrop ilaçların cinsiyete göre dağılımı

Psikotrop ilaçlar	Cinsiyet		Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Antipsikotikler	4	4.2	3	3.2	7	7.4		
Li, CBZ, NaValproat	11	11.7	6	6.4	17	18.1		
Antidepresanlar	34	36.2	14	14.9	48	51.1		
Diğer	18	19.2	4	4.2	22	23.4		
Toplam	67		27		94			

Özkıyım girişiminin şekli ile psikiyatrik öyküye ilişkin risk faktörleri arasında bir ilişki saptanamamıştır.

Özkıyım girişiminin şekli ile son dönem yaşam olayının varlığı arasında, girişim yönteminin bir önemi olmaksızın, son dönem yaşam olayının tüm özkıyım girişimlerini arttırdığı yönünde bir ilişki gösterilmiştir ($p=0.033$)

Özkıyım Girişimini Haber Verme Davranışı

Özkıyım girişimi olguları sıklıkla (%55) bunu haber vermişlerdir. Özkıyım girişimini erkek olgular daha az haber vermişlerdir ($p=0.008$). Çocuk sahibi olan olgular özkıyım girişimini daha az haber vermişlerdir ($p=0.011$). Düşük eğitim düzeyindeki olgular özkıyım girişimini daha az haber vermişlerdir ($p=0.050$).

Tablo 8. Özkıyım girişimini haber verme davranışının değişkenleri

Değişkenler	Haber verilmiş		Haber verilmemiş		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Psikotik bozukluk tanısı	6	2	20	6	0.001
Duygudurum bozukluğu tanısı	65	17	110	30	0.000
Kişilik bozukluğu tanısı	42	11	30	9	0.316
Son dönem yaşam olayının varlığında	166	45	39	10	0.002
yokluğunda	113	30	54	15	
Benlik saygısında azalma semptomunun varlığında	37	10	85	23	0.000

Psikotik bozukluk tanısı konmuş olan olgular özkıyım davranışını daha az haber vermişlerdir ($p=0.001$). Duygudurum bozukluğu tanısı almış olgular özkıyım girişimini daha az haber vermişlerdir ($p=0.000$). Son dönem yaşam olayının varlığında, özkıyım girişiminde bulunmuş olgular bunu daha fazla haber vermişlerdir

($p=0.002$).

Psikiyatrik bakıda diğer semptomlarla bir ilişki gösterilemediği halde, benlik saygısında azalmanın saptandığı olgular özkıyım girişimini daha az haber vermişlerdir ($p=0.000$).

Özkıyım girişimi olgularının özkıyım girişiminin olduğu dönemde tedavi amacıyla psikiyatrik ilaç kullanımları anlamlı bulunmamıştır.

Özkıyım girişiminde bulunan olgular sıklıkla Acil Serviste ve ilk hafta içinde konsulte edilmiştir. Konsultasyon istemi ikinci sıklıkla Anestezi Yoğun Bakımdan olmuştur.

TARTIşMA

Özkıyım girişimi yaşamı tehdit eden, hemen ve doğru yaklaşımı gerektiren bir davranıştır. Özkıyım girişimlerinin sayısı özkıyımların 30-100 katıdır.⁸ Özkıyım girişimleri, özkıyım sonucu ölüm açısından önemli bir risk faktörü olduğundan, toplumdaki sıklığının ve yaygınlığının azaltılmasının gerekliliği açıktır.⁹ Bunun önemi, olguların ilk girişimi izleyen yıllarda bunu tekrarladıkları ve tekrarlayan girişimlerin tamamlanmış özkıyımlarla sonlandığı göz önüne alındığında artmaktadır.¹⁰ Bu çalışmada da öyküde özkıyım girişiminin varlığı, özkıyım girişimi için olası risk faktörü olarak saptanmıştır.

Özkıyım girişim hızı yüzbinde 100-300 arasında değişmektedir.¹¹ Özkıyım girişimi insidansı bir çalışmadan diğerine, hatta aynı ülkenin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar arasında bile farklılıklar gösterebilmektedir.¹² Geçen on yıl içinde özkıyım girişim hızı %30 oranında artış göstermiştir.¹³ 1984-1986 yılları arasında Ege Üniversitesi Psikiyatri Acil Birimi'ne başvuran olgularla yapılan bir değerlendirme çalışmasından¹⁴ alınan verilerle yapılan karşılaştırmada, geçen on üç yıl içinde özkıyım girişimi olgularında %40 oranında bir artış saptanmıştır. Aynı yaş grubundaki erkeklerle karşılaştırıldığında, daha düşük olduğu belirtilen kadınlardaki özkıyım girişimi hızı giderek artış göstermektedir.¹³ Kadın-erkek oranı 1.84 olarak saptanırken, bizim çalışmamızda kadın-erkek oranı 1.73 olarak bulunmuştur ve incelenen literatürle uyumludur.^{12,15,16} Bu çalışmada çeşitli yaş gurupları arasında özkıyım girişimi hızı yönünden fark bulunmamıştır.

Evli olmayanlarda özkıyım girişiminin daha fazla izlendiği yolundaki klasik bilgilerimizden farklı olarak medeni durum, araştırmamızda risk faktörü olarak izlenmemiştir, ancak cinsiyete göre bakıldığında erkek olgularda evli olmamak özkıyım girişimi için anlamlı bulunmuştur. Çocuk sahibi olma ve eğitim düzeyi özkıyım girişimi için risk faktörü olarak saptanmamıştır. Ancak bu özelliklerin özkıyım girişiminin tanımlanmasında anlamlı etkileri olduğu saptanmıştır. Özkıyım girişiminde bulunmuş olgular arasında çocuk sahibi olanlar beklendiğinin aksine ciddi girişim yöntemlerini kullanmışlar ve girişimi haber verme davranışı göstermemişlerdir. Bu durum çocuk sahibi olmaya rağmen özkıyım girişimi varsa, bu girişimin daha ciddi ve kararlı olduğu yönünde yorumlanabilir. Düşük eğitim düzeyi grubundaki özkıyım girişimi olgularının ciddi girişim yöntemlerini tercih ettikleri ve

girişimi haber verme davranışı göstermedikleri izlenmiştir. Erkek ve kadın olgular arasında çocuk sahibi olma ve eğitim düzeyi açısından fark saptanmamıştır.

Depresif bozukluk, özkıyım girişimi, alkol ve madde kötüye kullanımı, kendine zarar verici davranış, ailede depresif bozukluk, ailede özkıyım girişimi öyküleri özkıyım girişimi için risk faktörü olarak saptanmamıştır. Ancak anlamlı olmamakla birlikte öyküde depresif bozukluk sıklıkla saptanmıştır. Literatüre baktığımızda öyküde özkıyım girişimi varlığının özkıyım girişimi için çok iyi bir yordayıcı olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır.^{3,17-19} Öyküde özkıyım girişiminin varlığı araştırmamızda olası risk faktörü olarak izlenmektedir. Ancak şimdiki özkıyım girişimi ile arasında anlamlı bir ilişki izlenmemesinin nedeni, özkıyım girişimi öyküsünün varlığının özkıyım sonucu ölüm riskini arttıran en önemli faktör olması yönünde yorumlanabilir. Bunu açıklamak için özkıyım (tamamlanmış özkıyım girişimi) olgularını araştırmak yararlı olabilir. Alkol ve madde kötüye kullanımı öyküsü özkıyım girişiminde bulunan erkek olgular için risk faktörü olarak bulunmuştur.²⁰

Özkıyım girişimi öncesinde genellikle stres verici bir yaşam olayı vardır.^{12,16,21} Araştırmamızda da son dönem yaşam olayının varlığı özkıyım girişimi riskini belirleyen ve özkıyım girişimini tanımlayan bir faktör olarak ön planda saptanmıştır. Son dönem stres verici bir yaşam olayının varlığı kadınlara için daha anlamlı bulunmuştur.¹⁵ Son dönem yaşam olayı ciddi girişim yöntemlerini kullananlar arasında anlamlı olarak daha az saptanmıştır. Psikotik bozukluk tanısı ve duygudurum bozukluğu tanısı almış olgularda son dönem yaşam olayı daha az bulunmuştur. Kişilik bozukluğu tanısı almış olgularda son dönem yaşam olayının ardından özkıyım girişimi daha fazla bulunmuştur. Son dönem yaşam olayının varlığında anlamlı olarak saptanan psikiyatrik semptomlar, anhedoni, iştah değişikliği ve benlik saygısında azalma, presuisidal sendrom bulguları olarak yorumlanabilir.

Özkıyım girişiminin şekli özkıyımın kararlılığını gösteren en önemli faktördür.¹³ Araştırmamızda da özkıyım girişimini tanımlayan önemli bir faktör olarak izlenmiştir. Araştırmamızda olguların %85'inin kimyasal ajanlar ile özkıyım girişiminde bulundukları saptanmıştır.^{12,22} Kadınlarda özkıyım girişimi amacıyla kimyasal ajanlar daha sık tercih edilmiştir.^{12,23} Erkekler ciddi girişim yöntemlerini daha fazla kullanmaktadır.²⁴ Psikotik bozukluk tanısı almış olgular ciddi girişim yöntemlerini anlamlı olarak daha fazla kullanmışlardır. Ciddi girişim yöntemlerini kullanan olgularda son dönem yaşam olayı anlamlı olarak daha az saptanmıştır.

Özkıyım girişiminden başkalarını haberdar etme davranışı özkıyımın kararlılığına vurgu yapan bir başka önemli göstergedir.²⁵ Araştırmamızda ciddi girişim yöntemlerini kullanan olguların daha az haber verme davranışı gösterdikleri izlenmiştir. Özkıyım

gösterdikleri izlenmiştir. Özkiyim girişiminde bulunan kadın olguların bunu daha çok haber verme davranışı gösterdikleri bulunmuştur. Son dönem yaşam olayının ardından olan özkiyim girişimlerinde haber verme davranışı anlamlı olarak daha fazladır. Psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluğu tanısı konmuş olgular özkiyim girişimini daha az haber vermişlerdir.

Özkiyim girişiminin kararlılığına ilişkin olarak özkiyim girişiminin şekli ve haber verme davranışının olup olmadığından yola çıkarak, psikiyatrik tanının belki de en önemli yordayıcı, başka bir deyişle en önemli risk faktörü olduğu ileri sürülebilir. Özkiyim girişiminde bulunanların %90'ına major bir psikiyatrik tanı konmaktadır.¹³ Araştırmamızda psikiyatrik tanının özkiyim girişi olgusunu önemli ölçüde tanımladığı izlenmiştir. Araştırmamızda 372 olgudan 252'sine bir psikiyatrik tanı konmuş, bu tanı 172 olguda duygudurum bozuklukları olmuştur.

Depresif bozukluk özkiyima en çok yol açan ruhsal bozukluktur. Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülme oranının %20-30 arasında değiştiği ve bunun büyük kısmını depresif bozuklukların oluşturduğu bilinmektedir.²⁶ Ülkemizde sağlık ocağı kayıtlarına göre depresyon en sık karşılaşılan ikinci hastalık olup %11.6 oranında izlenmektedir.²⁷ Genellikle tanınmadığı, yanlış tanındığı, doğru tanınsa bile uygun olmayan şekilde tedavi edildiği bildirilmiştir.^{28,29} Ülkemizde depresif bozukluğu olanların %28'ine tanı konmakta, bu tanı konanların %29'una sedatifler, %19'una antidepresanlar verilmektedir.³⁰ Araştırmamızda da saptadığımız gibi, depresif bozukluk tedavi edilmediğinde özkiyim riski artar.³¹ Bu alanda temel sağlık hizmetini iyileştirmeye yönelik önerilen üç maddeden en verimli ve uygulanabilir olanı, temel sağlık hizmeti veren hekimlerin standart tanı dizgelerini kullanarak bu hastaları tanımalarını, büyük oranda tedavi etmelerini, ruh sağlığı çalışanları ile yakın işbirliği içinde olmalarını öngörmektedir.³²

Özkiyim girişimleri sıklıkla hastane acil servislerinde nöbet koşullarında değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmenin yeterli sürede ve uygun ortamda yapılması gereklidir. Özkiyim girişiminin şiddeti belirlenmelidir. Girişimin kararlılığı ile ilgili olabilecek risk

faktörleri ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bu risk faktörlerinin tek tek araştırılmasını gerektirir. Psikopatoloji değerlendirilmelidir. Bireyin alacağı ruhsal yardımı, tedaviyi ve uzun izlemdeki seyri belirlemek açısından da bu önemlidir. Özkiyim girişiminde bulunmuş kişi bu konuda mutlaka yönlendirilmelidir. Araştırmamızda da saptadığımız gibi, özkiyim girişi ile başvurmuş bireylerde hekimlerin kişiyi ve özkiyim girişimini anlamaya yönelik sistemli ve kapsamlı bilgi işleme, uzun süreli yardım sağlama girişimleri yerine daha çok anında çözüm üretmeye yönelik yardım davranışlarında bulunduğu, bireylerin uzun izlemde morbidite ve mortalite açısından izlenmedikleri görülmüştür. Bu noktada bireylerin devamını ve uyumunu etkileyen etmenler de sözkonusudur. En önemli etmen kurulan işbirliğidir.^{33,34} Aynı hekim tarafından izleme üzerinde durulmaktadır. Sağlık sisteminin örgütlenişi, sağlık kurumunun işleyişi, sağlık sigorta sistemleri, hekime ulaşabilme olanakları önemli etmenlerdir.³⁵ Tunca ve arkadaşları 1993'te yaptıkları çalışmada,³⁶ 55 yaşın üzerinde ve yüksek eğitim düzeyinde psikiyatrîste düzenli olarak devam etmenin anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada cinsiyet ve sosyoekonomik düzeye ilişkin bir ilişki bulunamamış, en düzenli devam eden hasta grubunun duygudurum bozuklukları olduğu; şizofreni ve alkol-madde bağımlılarının sağlık kurumlarını sık kullandığı; şizofreni, distimi ve somatizasyon bozukluğu olanların ise kontrollerine düzensiz devam ettikleri saptanmıştır.

Özkiyim girişimlerinin birbirinden farklı doğaları vardır, bunların arasında özellikle bir kısım olgu bazı risk faktörlerini bulundurmaktadır ve bu olgular tamamlanmış özkiyim girişimleri için aday olabilirler. İçinde bulunduğumuz bölgeye özgü sosyodemografik değişkenlerin bilinmesine yönelik epidemiyolojik ve görüngüsel verileri bulmayı amaçlayan bu çalışma bize, bu olguların önemli olduğunu, tanı ve sağaltımlarına yönelik değerlendirilmelerinin daha düzenli yapılması gerektiğini, bu alanda iyi yapılandırılmış veri tabanı oluşturulması gerekliliğini, özkiyim girişimlerinin azaltılmasına ya da önlenmesine yönelik özgül sağaltım birimlerine sahip olmanın önemini göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Odağ C: Genel bilgiler. Özkiyim (tanım-kuram-sağaltım). Birinci baskı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 1995, s.15-82.
2. Diekstra RWF, Gulbinat W: The epidemiology of suicidal behaviour: a review of three continents. *Rapport Trimest Statist San Mond* 1993; 46:52-68.
3. Hall RCW, Platt DE, Hall RC: Suicide risk assessment. *Psychosomatics* 1999; 40:18-27.
4. Dirs BL: Repetition of parasuicide-ICD-10 personality disorders and adversity. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:208-213.
5. Crepet P, Caracciolo S, Fabbri D: Suicidal behaviour and community mental health care in Emilia-Romagna. *Omega* 1996; 33:179-191.
6. Hintikka J, Kontula O, Saarien P: Debt and suicidal behaviour in the Finnish general population. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 493-496.
7. Isometsa ET: Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998; 173:531-535.
8. Runeson BS: History of suicidal behaviour in the families. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:407-501.

9. Brent DA, Perper JA, Moritz G: Familial risk factors for adolescent suicides. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:52-58.
10. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG: Who commits suicide after a suicide attempt? *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:598-603.
11. Roy A: Psychiatric emergencies. *HI Kaplan, BJ Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de. Altıncı baskı, cilt. 2, Baltimore, Williams&Wilkins, 1995, s.1739-1752.*
12. Bekaroğlu M, Bilici M, Hocaoglu Ç: Trabzon'da 1995 yılı İntihar Girişimi İnsidansı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:95-102.
13. Roy A: Psychiatric emergencies. *HI Kaplan, BJ Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de. Sekizinci baskı, cilt. 2, Baltimore, Williams&Wilkins, 1998, s.1945-1959.*
14. Doğaner İ, Hasircı A, Vahip S, Atalay ND: 1984-1986 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Acil Birimi'ne başvuran olgularda retrospektif bir değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 68:23-28.
15. Pan PC, Lieh Mak F: A comparison between male and female parasuicides in Hong Kong. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24:253-257.
16. Clausen B: Suicidal ideation among the long-term unemployed. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:480-486.
17. Coşar B, Koçak N, Arıkan Z: Suicide attempts among Turkish psychiatric patients. *Can J Psychiatry* 1997; 42:1072-1075.
18. Sayıl I: Review of suicide studies in Turkey. *Crisis* 1997; 18:124-127.
19. Chastang F, Rioux P, Dupont I: Risk factors associated with suicide and attempt in young French people. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:474-478.
20. Kotila L: Adolescent suicide attempts: sex differences predicting suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77:265-270.
21. Canetto SS: The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28:1-23.
22. Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D: A repetition-prediction study of European parasuicide populations. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 81-86.
23. Grootenhuys M, Hawton K, Van Rooijen: Attempted suicide in Oxford and Utrecht. *Br J Psychiatry* 1994; 165:73-78.
24. Spirito A: Gender differences among suicide attempters. *Crisis* 1993; 14:178-184.
25. Burton P, Lowy A, Briggs A: Increasing suicide rates among young men in England and Wales. *BMJ* 1990; 300:1695-1696.
26. Bowes PJ: Selections from current literature: psychiatric disorders in primary care. *Fam Pract* 1993; 10:231-237.
27. Rezaki M, Üstün TB, Van Korff M: Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar üzerine bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1995; 6:3-11.
28. Suokas J: Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:545-549.
29. Stokes PE: A primary care prescriptive on management of acute and long-term depression. *J Clin Psychiatry Monography* 1995; 13:23-33.
30. Üstün TB, Van Korff M: Primary Mental Health Services. *Mental Illness in General Health Care. An International Study. Chichester, John Wiley&Sons, 1995, s.347-360.*
31. Murphy GE: Suicide in alcoholism. *Baltimore, Williams&Wilkins, 1986, s.89.*
32. Shepherd M: Primary care of patients mental disorder in the community. *BMJ* 1989; 299:666-669.
33. Doormar M, Dijkman CM, De Vries MW: Consensus in patient-therapist interactions. *Psychother Psychosom* 1989; 51:69-76.
34. Perry S: Combining antidepressants and psychotherapy: ratio and strategies. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:16-20.
35. Corrigan PW, Liberman RP, Engel JD: From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41:1203-1211.
36. Tunca Z, Hancıoğlu M: Psikiyatrik tedavi gören hasta grubunda düzenli olarak takip edilen olguların özelliklerine ilişkin bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1993; 4: 27-32.