

T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE ÖZKİYIM GİRİŞİMİ İLE
BAŞVURAN HASTALARDA, PSİKİYATRİK
DEĞERLENDİRMENİN ETKİSİ**

Dr. Mehmet Emin DEMİR

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2022

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE ÖZKİYIM GİRİŞİMİ İLE
BAŞVURAN HASTALARDA, PSİKİYATRİK
DEĞERLENDİRMENİN ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Mehmet Emin DEMİR

Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. İ. Tolga BİNBAY

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar	iii
ŞEKİLLER.....	iv
TEŞEKKÜR METNİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ, AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 ÖZKIYIM ETİMOLOJİSİ	4
2.2 ÖZKIYIMLA İLGİLİ TANIMLAR VE ÖZKIYIM GİRİŞİMİ KAVRAMI	4
2.3 ÖZKIYIM GİRİŞİMLERİNİN TARİHÇESİ	5
2.4 ÖZKIYIM GİRİŞİMLERİNE İLİŞKİN BİLİMSEL AÇIKLAMALAR	6
2.4.1 Sosyolojik Kuramlar	6
2.4.1.1 Emile Durkheim ve Özkıyım Kuramı:	6
2.4.1.2 Durkheim Sonrası Özkıyım Kuramları	7
2.4.2 Psikanalitik Özkıyım Kuramları	8
2.4.3 Bilişsel Davranışçı Özkıyım Kuramları	12
2.4.4 Kişilerarası Psikolojik Özkıyım Kuramı	14
2.4.5 Biyolojik Özkıyım Açıklamaları	14
2.5 EPİDEMİYOLOJİ	16
2.6 RİSK FAKTÖRLERİ.....	17
2.6.1 Bireysel Faktörler	17
2.6.1.1 Biyolojik Cinsiyet:	17
2.6.1.2 Yaş:	18
2.6.1.3 Medeni durum:	18
2.6.1.4 İşsiz olmak ya da düşük sosyoekonomik düzey:	18
2.6.1.5 Düşük eğitilmiş olma:.....	19
2.6.1.6 Psikiyatrik hastalıklar	19
2.6.1.6.1 Depresyon:	19
2.6.1.7 Fiziksel Hastalıklar:	21
2.6.2 İlişkisel risk faktörleri:	21
2.6.3 Çevresel risk faktörleri:	21
2.6.4 Toplumsal risk faktörleri:	22
2.7 ÖZKIYIM GİRİŞİMİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER:	22
2.8 ÖZKIYIM GİRİŞİMİ VE MEVSİMLERLE İLİŞKİSİ	23
2.9 ÖZKIYIM GİRİŞİMİNE KARŞI KORUYUCU FAKTÖRLER	23
2.10 ACİL SERVİSTE ÖZKIYIM GİRİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	23
2.10.1 Akut Medikal Yaklaşım:	23
2.10.2 Psikiyatrik Yaklaşım	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ÇALIŞMA ÖRNEKLEMİ.....	25
3.2. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ VE UYGULANMA ARALIĞI	27
3.3. ÇALIŞMANIN ETİK KURUL ONAYI	27
3.4. ÇALIŞMADA KULLANILAN ARAÇLAR	28

3.4.1 Sosyodemografik veri formu.....	28
3.4.2 Klinik veri formu:.....	28
3.4.3 Özkıym girişiminin özellikleri ve yapılan müdahaleler ile ilgili veri formu:	28
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	56
6. KISITLILIKLAR.....	63
7. SONUÇLAR	64
8. KAYNAKLAR.....	65
9 EKLER	85
9.1. ETİK KURUL ONAM FORMU	85
9.2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	86
9.3. VERİ KAYIT FORMU	89

TABLÖLAR

Tablo 1 DEÜ Hastanesi acil servisine 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2018 arasında özkıym girişimi nedeniyle başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullanılan yöntemlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırması	30
Tablo 2 Örneklemin ulaşılanlar ve ulaşılamayanlara göre sosyodemografik özellikler ve özkıym girişimi yöntemlerinin karşılaştırılması	33
Tablo 3 Araştırma için ulaşılanların ileri görüşmeye katılmayı kabul edenler ve reddedenler açısından sosyodemografik özellikleri ve kullanılan yöntemlere göre karşılaştırması	35
Tablo 4 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	37
Tablo 5 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin cinsiyete göre klinik özelliklerinin karşılaştırılması	39
Tablo 6 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin cinsiyete göre özkıym girişimi özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 7 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıym girişimine göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	44
Tablo 8 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıym girişimine göre klinik özelliklerinin karşılaştırılması	46
Tablo 9 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıym girişimine göre özkıym girişimi özelliklerinin karşılaştırılması	48
Tablo 10 İlk başvuru sonrası dönemde tekrarlayan özkıym girişimi ve ilişkili olduğu sosyodemografik faktörlerin lojistik regresyon analizi	50
Tablo 11 İlk başvuru sonrası dönemde özkıym girişimi ve ilişkili olduğu klinik faktörlerin lojistik regresyon analizi	52
Tablo 12 İlk başvuru sonrası dönemde özkıym girişimi ve ilişkili olduğu özkıym girişimi ile ilişkili faktörler	54

SEKİLLER

Şekil 1. Çalışma evreni.....	27
Şekil 2. DEÜ Hastanesi acil servisine özkıym girişimi nedeniyle başvuran hastaların yıllara göre dağılımı	29
Şekil 3. Hastaların iletişim bilgilerine ulaşılma süreci ve çalışmaya katılmayı reddedenler.....	32
Şekil 4. Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin DEÜ Hastanesi acil servisine özkıym girişimi nedeniyle başvuru yıllarına göre dağılımı	36
Şekil 5. Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin özkıym girişimi yöntemleri	41
Şekil 6. İlaç alımı yöntemi kullanan bireylerin kullandıkları ilaç türleri.....	41
Şekil 7. İzlemede tekrarlayan özkıym girişimi olan bireylerin (s=53) kullandığı yöntemlerin dağılımı	44

TEŞEKKÜR METNİ

Öğrencilik yıllarım, uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, farklı bakış açıları geliştirmeme yardımcı olan, entelektüel birikimiyle meslek yaşamımda ve özel hayatımda rol model olan, kendisinden çok şey öğrendiğim, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım tez danışmanı hocam Doç. Dr. İbrahim Tolga BİNBAY' a,

Eğitim sürecimde değerli tecrübelerini ve yardımlarını esirgemeyen, mesleki donanımda emekleri bulunan, onlarla yaklaşık 5 yılı hoşgörölü, huzurlu ve destekleyici bir ortamda geçirdiğim için kendimi çok şanslı hissettiğim; Prof. Dr. Berna Binnur AKDEDE, Prof. Dr. Köksal ALPTEKİN, Prof. Dr. Hasan Can CİMİLLİ, Prof. Dr. Tunç ALKIN, Prof. Dr. İbrahim Emre BORA, Prof. Dr. Ayşegöl YILDIZ, Prof. Dr. Elif ONUR AYSEVENER, Prof. Dr. Ayşegöl ÖZERDEM, Doç. Dr. Neşe DİREK TECİRLİ hocalarıma,

Öğrencilik yıllarımda psikiyatriye yönelmemde önemli etkisi olan, asistanlık sürecimde de psikoterapi eğitimleriyle bilgi birikiminden faydalandığım Doç. Dr. Halis ULAŞ' a

Birlikte çalışma şansına sahip olduğum tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin hemşireleri, psikologları, sosyal hizmet uzmanları, tıbbi sekreterleri ve personellerine,

Pandeminin bana en güzel hediyesi olan, yaşamımı güzelleştiren, yol arkadaşım Dr. Bahar GÜNGÖR' e ve ailesine,

Yaklaşık 23 yıllık eğitim hayatım boyunca desteğini hiç esirgemeyen kardeşim Dr. Fatmanur DEMİR ve canım aileme,

Teşekkür ederim.

Dr. Mehmet Emin DEMİR

ACİL SERVİSE ÖZKİYIM GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA, PSİKIYATRİK DEĞERLENDİRMENİN ETKİSİ

Dr. Mehmet Emin DEMİR

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İ. Tolga BİNBAY

ÖZET

Giriş ve amaç: Özkıyım girişimi, kişinin kendi kendine uyguladığı, ölümle sonuçlanmayan ancak ölme niyetinin kanıtı (açık veya örtük) olan, potansiyel olarak zarar verici eylemler olarak tanımlanır. Bu araştırmada amacımız özkıyım girişimi ile acil servise başvuran hastalara taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde poliklinik randevusu düzenleme şeklindeki temas artırma müdahalesinin tekrarlayan özkıyım girişimi oranına etkisini istatistiksel olarak değerlendirmektir.

Yöntem: 1 Ocak 2015 tarihinden 31 Aralık 2018 tarihine kadar DEÜ Acil servisine özkıyım girişimi nedeniyle başvurmuş olan 989 kişiden 154 kişi ile 1 Aralık 2021 – 1 Ekim 2022 tarihleri arasında yüz yüze veya online görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu kişilerle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgiler ile sosyodemografik veri formu, klinik veri formu ve özkıyım girişiminin özellikleri ve yapılan müdahaleler ile ilgili veri formu doldurulmuştur. Elde edilen veriler ile taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde poliklinik randevusuna gelme durumu ile tekrarlayan özkıyım girişimi arasındaki ilişki analiz edilmiştir.

Bulgular: Acil servise özkıyım girişimiyle başvuran bireylerden taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde düzenlenen psikiyatri randevusuna gelmeyenlerin tekrarlayan özkıyım girişimi olasılığının, randevuya gelenlere göre iki kat fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,04$). Bir işte çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişimi olasılığı 2,5 kat daha fazla bulunmuştur ($p<0,01$). Bireyin esrar dışında bir psikoaktif madde kullanımı olması ($p=0,02$), psikiyatrik bir tanısının

bulunması ($p<0,01$) ve geçmişte özkıyım girişimi öyküsünün bulunmasının ($p<0,001$) tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığını arttırdığı bulunmuştur.

Sonuç: Bulgularımız, özkıyım girişimiyle acil servise başvuran hastalar taburcu edildikten sonra ilk yedi gün içinde planlanan ek bir erken randevunun yeniden özkıyım girişimi riskini azalttığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Özkıyım girişimi, suisidoloji, konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi, acil psikiyatri



THE EFFECT OF PSYCHIATRIC ASSESSMENT ON PATIENTS ATTENDING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH SUICIDE ATTEMPT

Dr. Mehmet Emin DEMİR

Dokuz Eylul University Psychiatry Department

Thesis Supervisor: Assoc. Prof. İ. Tolga BİNBAY

ABSTRACT

Objective: Suicide attempt is defined as a self-inflicted potentially harmful act that does not result in death but is evidence (explicit or implicit) of intent to die. contact maintenance strategy. The aim of this study is to statistically evaluate the effect of contact maintenance intervention, such as "arranging an outpatient clinic appointment in the first seven days after discharge", on the rate of recurrent suicide attempts in patients who applied to the emergency department with a suicide attempt.

Methods: Between 1 December 2021 and 1 October 2022, face-to-face or online interviews were conducted, with 154 people out of 989 who applied to DEU Emergency Service from January 1, 2015 to December 31, 2018 due to suicide attempt. With the information obtained from the interviews with these people, the sociodemographic data form, the clinical data form and the data form about the characteristics of the suicide attempt and the interventions were filled. The relationship between coming to the outpatient clinic appointment in the first week after discharge and recurrent suicide attempts was analyzed.

Results: It was determined that those who did not attend the psychiatry appointment in the first week after discharge were twice as likely to attempt recurrent suicide attempt ($p=0.04$). Unemployed individuals were found to be 2.5 times more likely to attempt recurrent suicide attempt than employed individuals ($p<0.01$). It was found that the individual's use of psychoactive substances other than cannabis ($p=0.02$), having a psychiatric diagnosis ($p<0.01$) and having a history of suicide attempt in the past ($p<0.001$) increased the likelihood of recurrent suicide attempts.

Conclusion: Our results suggest that an additional early appointment scheduled for the first seven days after discharge of suicide attempts reduces the risk of recurrent suicide attempts.

Keywords: *Suicide attempt, suicidology, consultation and liaison psychiatry, emergency psychiatry*



1. GİRİŞ, AMAC ve HİPOTEZLER

Özkıyım eylemleri, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Her yıl yaklaşık 703.000 kişi özkıyım nedeniyle ölmektedir. Tamamlanmış özkıyım 2019 yılındaki 15-29 yaşları arasında en sık görülen dördüncü ölüm nedenidir (1). Tamamlanmış özkıyım genellikle ölüm dilekleri, özkıyım düşüncesi, özkıyım planı, özkıyım girişimlerinden başlayan bir dizi sürecin son adımıdır (2). Her yıl özkıyımdan ölen kişi sayısının 20 katı kadar özkıyım giriminde bulunan kişi olduğu tahmin edilmektedir (1).

Özkıyım girişimleri, ölme niyetiyle yapılan ancak ölümle sonuçlanmayan, kendi kendine uygulanan, potansiyel olarak zarar verici davranışlar olarak tanımlanır (3) ve son derece yaygındır. Kendine zarar verme veya öldürme düşünceleri olarak tanımlanan özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimlerinin önemli bir belirteçidir (4). Özkıyım düşüncesi ve girişimi, yaşa ve cinsiyete göre değişen, birlikte ortaya çıkan ve zamanla değişebilen toplumsal (ayrımcılık, göç gibi), ilişkisel (ör. İzolasyon duygusu ve sosyal destek eksikliği gibi) ve bireysel (iş veya mali kayıp, biyolojik ve yaşa ve cinsiyete göre değişen genetik faktörler, hastalıklar gibi) şeklinde gruplandırılabilen birçok risk faktörü ile ilişkilidir (5).

Özkıyım girişimi öyküsü, tamamlanmış özkıyım için son derece güçlü bir risk faktörüdür. Daha önce özkıyım girişiminde bulunanların, yeni bir özkıyımı tamamlama riski genel popülasyona göre oldukça fazla olup; müteakip tamamlanmış özkıyımların %80'den fazlası ilk girişimden sonraki bir yıl içinde meydana gelmektedir (6). Bu nedenlerle özkıyım girişimlerini ele almak, gelecekteki özkıyım girişimlerini önlemek için büyük bir fırsat sunar. Dahası, özkıyım girişimleri doğrudan tıbbi maliyetlerin artmasına neden olur (7). Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 93 milyar doların üzerinde toplam yük getirir (8).

Özkıyım girişimi ile ilgili faktörlerle ilgili araştırmaların sonuçları, tamamlanmış özkıyım ile ilgili araştırmalara nazaran çok çeşitli ve hatta çelişkili sonuçlardır (9). Bazı araştırmalar, belirli sosyodemografik (cinsiyet, yaş, işsizlik gibi) ve klinik değişkenlerin (ruhsal bozukluklar gibi) özkıyım girişimlerinin

sayısını az ya da çok değiştirdiğini ve bu etkinin farklı coğrafi bağlamlara göre değiştiğini göstermiştir (10).

Bazı yüksek riskli vaka yönetimi programları, telefon görüşmeleri veya acil durum irtibat kartları gibi stratejiler yoluyla hasta taburcu olduktan sonra tıbbi kaynaklara erişimi destekleyerek hasta katılımını artırmaya odaklanır (11). Acil servisler bu tür stratejilerde önemli bir rol oynayabilir. Acil serviste tedavi gören özkıyım girişimcileri ertesı yıl yüksek bir oranda kendine zarar vermeyi tekrarlarlar (12). Ek olarak, özkıyım davranışı nedeniyle acil servise gelen hastaların ayaktan tedaviye katılım oranları düşüktür (13).

Bu çalışmada özkıyım davranışı nedeniyle acil servise gelen hastaların daha sonra ayaktan tedavi için poliklinikte düzenlenen randevulara gelme oranını, poliklinikte yapılan değerlendirmenin sonraki süreçte tekrarlayan özkıyım davranışları üzerine etkisini ve tekrarlayan özkıyım girişimini yordayan etkenleri araştırdık.

Özkıyım girişiminde bulunan kişiiler farklı yollarla “112 yoluyla, yakınlarının getirmesi ile, kolluk kuvvetlerinin getirmesi ile, tek başına başvurma vs.” Dokuz Eyll Üniversitesi Acil Servisine başvururlar. Burada yapılan ilk triyaj sonrası acil servis hekimi kişiiyi önce genel bir tıbbi değerlendirmeye tabi tutar. Bu değerlendirme sonrasında ise psikiyatri konsültasyonu ve gerekirse diğer branş konsültasyonu (Farmakoloji, adli tıp, nefroloji vs.) ister. Bazı ası, yüksekte atlama, silahla yaralanma gibi akut tıbbi tedavi gerektiren durumlarda hasta tıbbi stabilizasyona ulaşınca psikiyatriye konsülte edilir.

Psikiyatri konsltanı hastayı yerinde değerlendirir, uygun müdahale yöntemini uygular (1- sadece görüşme, 2- görüşme+ ilaç başlama, 3- görüşme+ var olan farmakolojik tedavinin düzenlenmesi, 4- görüşme sonrası bir müddet daha acil servis izlemi & psikiyatri servisi yatışı & sevki & ortopedi ya da iç hastalıkları gibi başka bir branşın servisine yatış verme gibi müdahale yöntemleri mevcuttur.). Hasta hastaneden taburcu edilmeden önce hastaya o hafta içinde belirli bir gün ve saat vererek bir poliklinik randevusu düzenler. Bu randevu sıklıkla ilk 24-48 saate düzenlenir ve probel sistemine de not edilir.

Hasta bu randevuya gelirse düzenli randevularla bir psikiyatrik takibe alınır, ek bir protokol& müdahale yöntemi (telefonla görüşme vs.) uygulanmaz.

Amacımız bu müdahale yönteminin özkıym girişiminin tekrarlaması oranlarına etkisini istatistiksel olarak değerlendirmektir. Çalışmamızın hipotezleri şu şekildedir:

- Düzenlenen psikiyatri randevusuna gelen hasta grubu, takip sırasında daha düşük bir tekrarlayan özkıym girişimi riskine sahiptir.
- Kişinin bilinen bir psikiyatrik bozukluk tanısının olması ve bilinen bir özkıym girişimi öyküsünün olması daha yüksek tekrarlayan özkıym girişimi riski ile ilişkilidir.
- Kişinin sigara, alkol veya uyuşturucu kullanımı olması, daha yüksek tekrarlayan özkıym girişimi riski ile ilişkilidir.
- Eğitim durumu düşük hasta grubu planlanan randevuya daha az gelmekte ve daha sık tekrarlayan özkıym girişimi riski taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Özkıyım Etimolojisi

Özkıyım terimi, Latince kökenli suisid (sui: kendi-kendine –cidium: kıymak, öldürmek) teriminin Türkçe karşılığı olan bir birleşik sözlüktür (14). Günlük hayatta aynı anlamda kullanılan “intihar” sözcüğü ise Arapça “nhr: boğaz çukuru” kökünden gelir ve boğazdan keserek ya da boğazdan asarak kendini öldürme anlamına gelir (15).

2.2 Özkıyım İlgili Tanımlar ve Özkıyım Girişimi Kavramı

Tamamlanmış özkıyım genellikle ölüm dilekleri, özkıyım düşüncesi, özkıyım planı, özkıyım girişimlerinden oluşan bir dizi sürecin son adımıdır.

Özkıyım düşüncesi, kişinin kendine ölmek amacıyla zarar vermeyi düşünmesi olarak tanımlanır ve özkıyım girişimleri için bilinen en güçlü risk faktörlerindendir (16). Özkıyım girişimleri ise, kişinin kendi kendine uyguladığı, ölümle sonuçlanmayan ancak ölme niyetinin kanıtı (açık veya örtük) olan, potansiyel olarak zarar verici eylemler olarak tanımlanır (3). Bu eylemler ölümle sonuçlanırsa tamamlanmış özkıyım eylemi olarak tanımlanır.

Özkıyım ile ilgili literatüre bakıldığında tutarsız terimlerin ve tanımların kullanıldığı görülmektedir. Özkıyım düşüncesi, özkıyım girişimi, özkıyım davranışı, kendine zarar verme davranışı gibi farklı terimlerin birbiri yerine kullanılabilirdiği gözlemlenmektedir. Bu durum özkıyım araştırmalarındaki ilerlemeyi engellemektedir (17). Bazı yazarlar “kendine zarar verme davranışı” terimini, ölme niyeti olmaksızın kasıtlı olarak kendine zarar vermeyi (yani, yüzeysel deri kesme gibi özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları) ifade etmek için kullanırken, diğerleri bu terimi, niyetinden bağımsız olarak tüm kasıtlı kendine zarar verme davranışlarını kapsayacak şekilde kullanır. Özkıyım ve kendine zarar verme davranışının bir çok açıdan farklı yönleri vardır (18,19). Özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verme “ÖAOKZV”, özkıyım girişimleri ile güçlü bir şekilde ilişkili olmasına rağmen, yaygınlık (ÖAOKZV daha yaygındır), sıklık (ÖAOKZV genellikle onlarca kez yapılırken özkıyım girişimleri tipik olarak bir veya birkaç kez gerçekleştirilir), yöntemler (kesme ve yakma ÖAOKZV 'nin daha karakteristik özelliğidir, oysa

kendi kendini zehirlleme özkıyım girişiminin daha karakteristik özelliğidir), ciddiyet (ÖAOKZV nadiren tıbbi olarak ciddi veya ölümcül yaralanmalara neden olur) ve işlevleri (ÖAOKZV, ölme niyeti olmadan, genellikle aşırı olumsuz duyguyu geçici olarak rahatlatmak için ve bazen özkıyım dürtüsünden kaçınmak için yapılır) açısından farklılıklar gösterir (20).

2.3 Özkıyım Girişimlerinin Tarihçesi

Antikçağ’ da dahi insanlar çeşitli durumlar karşısında kendini öldürmeyi bir seçim olarak görmüş ve bu seçime hiçbir zaman ilgisiz kalmamıştır. Bazı dönem ve durumlarda kahramanca alınan bir tutum gibi hoş karşılanmış olsa da “Antik Mısır’da fiziksel ya da duygusal sorunlar karşısında insanların kendi hayatlarını sonlandırmasını asil bir davranış olarak görüyordu.”, özkıyım çoğu zaman toplumsal bir kınamanın unsuru olmuştur. Çünkü özkıyım, hem Tanrı’ya hem de içinde yer alan insanların refahını sağlayan topluma karşı bir karşı duruş ya da başkaldırı olarak görülmüştür. Tanrının bağışını reddetmek tanrısal lütufların yönetimiyle ilgilenen din insanlarının ve toplumsal yaşamı düzenleyen siyasetçilerin hoş göremeyeceği bir suç olmuştur (21). Bu sebeple özkıyım ile ilgili tarihi evraklara ulaşmak da zor olmuştur.

Antik Yunan’da özkıyım girişimlerine yaklaşım farklılıklar gösterir. Pitagoras, Platon” ikili bir tutum gösterse de” ve Aristoteles özkıyımın, kişinin tanrının lütuflarını ve topluma karşı olan sorumluluklarını reddetmesi olduğu düşüncesiyle karşı çıkar (22). Platon özkıyım girişimlerine olumsuz bakmaktadır. Ona göre tamamlanmış özkıyım sonucu hayatını kaybedenler tören yapılmadan gömülmeli ve mezar taşlarında adları yazmamalıdır. Ancak hastalığının şiddetli yakınmaları nedeniyle ızdırap çekenler bu kuralın kapsamı dışında olmalıdır (23). Epikürosçu ve Stoacılar ise daha ılımlıdır. Stoacılar insanın gerektiği zaman canına kıyabileceği belirtirler. Stoacılara göre özkıyım, önlenemeyen kötülüklerden kaçıştır. Stoa akımının kurucusu Zenon, yaralanan ayağının şiddetli acısı nedeniyle özkıyım ile hayatını sonlandırmıştır. Stoa akımının önemli temsilcilerinden Kleantes ise, diş eti iltihabından sonra kendini aç bırakarak ölümü beklemiştir (24).

Orta çağda kilisenin tamamlanmış özkıyım sonucu hayatını kaybedenlere cenaze töreni yapılmasını yasaklayan yasası nedeniyle özkıyım ile ilgili bilimsel literatüre ulaşmak zordur. Hristiyanlıkta kişi kendisine ait olmayan hayatı üzerinde bir eylem yapma hakkına sahip değildir. Tanrının verdiği bu hayat, yine Tanrıya aittir. "İnsan hayatına ancak Tanrı son verebilir" görüşünden dolayı özkıyım yasaklanmıştır. Bu anlayış 18. yüzyılın sonlarına doğru özellikle Montesquieu ve Voltaire'in etkisiyle azalmıştır (25). Papanın temsil ettiği Roman Katolik Kilisesi tamamlanmış özkıyım sonucu hayatını kaybedenlere cenaze töreni yapılmasını yasaklayan yasayı kaldırması ve bu insanların bir cenaze töreni ile gömülebilmesi 1983 yılında ancak gerçekleşebilmiştir (26). Ancak ne bu tarihe kadar var olan dinsel kaynaklı yasaklar, ne siyasi otoritelerin verdiği cezalar, ne de toplumun özkıyım girişiminde bulunan kişiye karşı olan devalüe edici, örseleyici ya da aşağılayıcı tutumları, özkıyımları tarih boyunca önleyememiştir. Şüphesiz ki, insan hayatında olumsuz sonuçlara yol açan her olgu gibi, özkıyımın da önlenmesi yasaklarla, cezai yaptırımlarla değil; bilimsel yöntemlerle ile olacaktır.

Özkıyıma bilimsel yaklaşımın tarihi ise Durkheim ile başlar. Durkheim, kapitalizmin hâkim üretim biçimi haline geldiği, fakat aynı zamanda iç çelişkilerin de arttığı ve keskinleştiği Avrupa toplumlarında toplumsal dayanışmanın, düzenin ve dengenin nasıl sağlanacağı sorununa odaklanan bir sosyologdur (27). Durkheim'in özkıyım girişiminin ortaya çıkmasında salt bireysel etkenlerin ötesinde toplumsal etkenlerin de rol aldığını belirttiği ünlü kitabı *Le Suicide*' de yer alan modern istatistiklerden yararlanan hekimler, psikiyatristler, toplumbilimciler, psikologlar ve psikanalistler, özkıyımı kendi bilimsel perspektiflerinden incelemeye başlamışlardır (21).

2.4 Özkıyım Girişimlerine İlişkin Bilimsel Açıklamalar

2.4.1 Sosyolojik Kuramlar

2.4.1.1 Emile Durkheim ve Özkıyım Kuramı:

Özkıyım olgusuna sosyolojik yaklaşım, 1897'de *Le Suicide* adlı eserinde toplumun bütünleşmesi ve parçalanması teorisini sunan Émile Durkheim tarafından başlatıldı (28). Bu kitabında özkıyımın hem toplumsal hem de

toplumsal olmayan nedenlerini incelemiştir. Toplumsal nedenlerden kaynaklı özkıyımları dört türde tanımlamıştır: Egoistik “kişinin eylemlerinin sonuçlarıyla yüzleşmek için özkıyımı bir araç olarak kullanması”, alturistik “kişinin belirli bir sosyal grubun varlığına katkıda bulunmanın tek yolunun özkıyım olduğuna inanacak kadar bir topluma gömülü olduğu, toplumla aşırı derecede bütünleştiği durumlarda özkıyım girişiminde bulunması”, anomik “kişinin tüm sosyal bağlantılarını kaybettiği ve hiçbir yere ait olmadığı için özkıyım girişiminde bulunması” ve fatalistik “kişinin, değiştirilemez ve reddedilemez olarak gördüğü belirli bir sosyal grubun kurallarına uyamayacağına ikna olduğunda kaderci bir anlayışla özkıyım girişiminde bulunması (29). Yani insan toplumdan koptuğunda kendini kolaylıkla öldürebileceği gibi (egoist/bencil özkıyım); toplumla aşırı bütünleştiğinde de (alturistik/elcil özkıyım) bu mümkün olabilmektedir (30).

Durkheim, özkıyım oranlarının yükseliş ve düşüşünün sosyal değişimin doğasına bağlı olacağını öne sürmüştür (31). Örneğin, aileleri ve toplumları bölen, popüler olmayan bir savaş ortamında tamamlanmış özkıyımların artabileceğini belirtti (32). Ancak Durkheim’in bu eserine bakıldığında özkıyımın bireysel faktörlerine yeterince vurgu yapılmadığı görülmektedir. Durkheim, özkıyım ile ruhsal bozukluklar, alkol kullanım bozukluğu, genetik ve hava sıcaklığı, iklim ve mevsimsellik gibi kozmik nedenler arasında bir ilişki olmadığını belirtir (33). Sonrasında geriye tek bir etkenin kaldığını belirtir: Toplum (34). Ancak günümüzde Durkheim’in bu görüşlerinin geçerliliğini yitirdiğini rahatlıkla söyleyebiliriz.

2.4.1.2 Durkheim Sonrası Özkıyım Kuramları

Andrew Henry ve James Short, özkıyımı cinayetler ile ilişkilendirmişlerdir. Onlara göre, sosyal değişkenler açısından özkıyımlar ve insan öldürme arasında doğrudan bir ilişki vardır. Henry ve Short, psikanalizden etkilenecek saldırganlıkla ilişkili bir teori (Engellenme-Saldırganlık Teorisi) ortaya koymuşlardır. Kişinin saldırganlığını kendine yönlendirmesine özkıyım adı vermektedirler. Toplumda dışlanan, hor görülen, toplumun kaynaklarından mahrum edilen kesim bu kaynaklara sahip olmak için birtakım saldırganlıklarda

ve cinayetlerde bulunacaklardır. Ama bu eylemler meşru olmadığı için saldırganlığı kendilerine yönelteceklerdir (34). Edip Cansever'in "... İntihar mı dediniz, sakın cinayet olmasın / Bu tükenmiş kavgası, bu acı, bu nasıl bulduğumuz..." dizelerini çağrıştıran bu kuramdan, daha sonra Lester de etkilenmiş eğitim, sağlık ve refah açısından yaşam kalitesi daha yüksek olduğu toplumlarda özkıyımın; daha düşük olduğu toplumlarda cinayetin daha sık görüldüğünü belirtmiştir (35).

Durkheim'in öğrencisi Maurice Halbwachs özkıyım ile ilişkin kapsamlı araştırmalar yapmıştır (36). Halbwachs Durkheim'in intihar kuramını geliştirmekle birlikte bazı yerlerine eleştiride bulunmuştur. Halbwachs'ın önerdiği Psiko-Sosyal Özkıyım hipotezi ile, Durkheim'in özkıyımın toplumsal nedenleri ve bireyin özkıyım güduları arasında çizdiği kesin ayrımı reddeder (37). Özkıyım girişiminin bilinç içindeki bağlamsal değişikliklerden de kaynaklanabileceğini savunur (34).

Lester' a kadar sosyologlar, çalışmalarında tamamlanmış özkıyımlara odaklanmışlardır. Özkıyım girişimlerini ise başarısız özkıyımlar olarak tanımlamışlardır. Lester, özkıyım girişimleri ile tamamlanmış özkıyımın farklı olduğunu ve bazı özkıyım girişimlerinin kişinin çevreyle iletişimde kullandığı bir araç olabileceğini belirtmiştir (38,39). Lester özkıyım girişimini sosyal öğrenme kuramı ile "kısmen de olsa, stresli yaşam koşullarına karşı öğrenilmiş bir davranış" olarak açıklamaya çalışmıştır (40).

2.4.2 Psikanalitik Özkıyım Kuramları

Freud'un özkıyım konusundaki ilk gözlemleri, psikanalitik teorilere ve çalışmalara yol açtı. Freud Haz İlkesinin Ötesinde adlı çalışmasında kendi kendini yok etmeyi teşvik eden içsel güçleri yaşam "Eros" ve ölüm "Thanatos" dürtüleri olarak kavramsallaştırmıştır. Yaşam dürtüsü, hayatta kalma ihtiyaçlarıyla bağlantılı gerilimi azaltmaya; ölüm dürtüsü, yaşamın kendi gerilimini ortadan kaldırmaya yöneliktir. Freud, tüm organizmaların evrensel amacının inorganik dünyanın sessizliğine geri dönmek olduğunu ve yineleme kompulsiyonunun bunun temelini oluşturduğunu savunmuştur. Kendini öldürme enerjisinin, daha önce bastırılmış bir başkasını yok etme arzusundan

kaynaklandığını belirtmiştir. Özkıyım, bu nesnenin içselleştirilmesini ve kişinin kendi egosunun bir parçasına karşı dışsal ölüm arzusunun içe dönmesini temsil eder (41). Freud, Yas ve melankoli kitabında egonun, kayıp nesneye yönelik çift-değerli duygulanımından bahseder. Freud’a göre özkıyım eylemi ancak özdeşleşme mekanizması ile mümkündür. Özdeşleşme sevgi ve nefretin bir arada deneyimlendiği çift-değerli bir duygulanımı ve narsistik bir yatırımı içerir. Bu durumda özkıyımın melankolinin yanında narsisizm ile de ilişkili olduğu görülmektedir. Narsisizm durumunda nesne kaybı, kişinin kendini yok etmesiyle sonuçlanabilir. Freud özkıyımına neden olan şeyin, narsistik bir temele dayanan ve sansürleme işlevi gören süperegonun sadizmi olduğunu belirtir. Kendini süperego tarafından sevilme yerine nefret edilen pozisyonunda bulan ego kendisinden vazgeçer. Özetle Freud’un özkıyımına bakışında içe yansıtılan kayıp nesnenin ve bu nesneye yönelik çift değerli duyguların yanı sıra, nesneden egoya yönelen nefret de yer alır (42).

Freud’un ölüm içgüdüğü hipotezinin özkıyım hakkında düşünme üzerinde etkisi büyük olmuştur (29). Karl Menninger özkıyım eylemini saldırma/öldürme arzusuyla bağdaştırmıştır. Menninger özkıyım eylemlerinde bireylerin 3 temel güdü “ölme, öldürme ve öldürülme” ile hareket ettiğini ileri sürmüştür (43). Kişi kızgınlık ve öfke duyguları ile öldürme isteği duymaktadır. Öfkesini kendisine yönlendiren kişi “içe yansıtma” aynı zamanda kendisi öldürülme isteği duymaktadır. Kendisine yönelttiği bu duygulardan dolayı da ölmeyi istemektedir. Menninger özkıyımını üçe ayırmaktadır: kronik özkıyım (yüksek miktarda sigara içimi, alkol bağımlılığı, sağlıksız yaşam tarzı vs.), fokal özkıyım (kendine zarar verme, kasıtlı kaza) ve organik özkıyım (hastalık kaynaklı) (29).

Freud’un öne sürdüğü yaşam ve ölüm içgüdülerini Melanie Klein çalışmalarıyla ileri götürmüştür. Klein’in ruhsal gelişim sürecini paranoid-şizoid konumla depresif konum arasındaki salınımla açıklayan kuramının temelinde yaşam içgüdüleriyle ölüm içgüdüğü arasındaki çatışma yer alır (44). Melanie Klein 1935 tarihli manik-depresif durumlar üzerine olan makalesinde, Abraham ve James Glover’ın bulgularına da atıfta bulunarak depresyonda özkıyım eyleminin içe alınmış kötü nesnelere yönelik olduğunu belirtir ve bu eylemin

aynı zamanda iyi nesneyi koruma amacı da taşıdığını ifade eder. Bu durumda özkıyımın altında yatan düşlemler, içselleştirilmiş iyi nesneleri ve egonun iyi nesnelerle özdeşleştirilen kısmını korumayı ve aynı zamanda kötü nesneler ve id ile özdeşleştirilen egonun diğer bölümünü yok etmeyi amaçlar (45). Klein'ın kuramında depresif pozisyonda iyi ve kötü nesnelerin birleşimi sırasında, kişi şizoid pozisyon evresindeki haset nedeniyle bu nesneye yönelik tutumundan “annesinin vücuduna yaptığı sadist saldırılar” suçluluk duymaya başlar. Bu suçluluk nedeniyle ego kendini yok etmek isteyebilir (45).

Klein'ın hasetin doğuştan gelen saldırganlığın (ölüm içgüdüsünün türevi) kötü huylu ve şiddetli bir biçimini temsil ettiği iddiası, özkıyımı narsisizmle ilişkilendirmek için bir temel sağlamıştır. Rosenfeld (1971), narsisizm teriminin anlamını, içinde yıkıcı ve saldırgan unsurlar da dahil ederek genişletmiştir. Ona göre, narsisizm hem libidinal hem de yıkıcı bir yön içerir. Baskın yıkıcılık durumlarında Rosenfeld, hasetin daha şiddetli olduğunu ve hastanın analist gibi bağımlı olduğu nesneleri yok etme, aynı zamanda kendiliği, yani kişinin kendi ilerlemesini, başarısını ve ilişkilerini yok etme veya ona zarar verme arzusuyla ilişkili olduğunu gözlemlemiştir. Bu hastaların bazıları özkıyıma yatkın hale geldiğini ve ölme, unutulup gitme arzularını oldukça açık bir şekilde ifade ettiklerini ve ölümün tüm sorunlara bir çözüm olarak idealleştirildiğini belirtmiştir (46).

Klein ve Rosenfeld'den etkilenen Otto Kernberg, özkıyımda aşırı bir nefret biçiminin ifade edildiğini iddia etmiştir: “Benlik, nefret edilen nesneyle özdeşleştirilir ve nesneyi de yok etmenin tek yolu kendini ortadan kaldırmaktır” Antisosyal davranış, ego-sintonik sadizm ve paranoid yönelim ile karakterize edilen daha şiddetli bir süperego işlev bozukluğu seviyesini belirtmek için 'habis narsisizm' terimini kullanmıştır. Özkıyımın yüksek yoğunluktaki nefret duygusuyla olduğu kadar habis narsisizm ile de ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ona göre kişilerin özkıyım isteğinin altında yatan bilinçli veya bilinçdışı fantezi, kişinin kendi canını alabilmesinin, acı ve ölüm korkusu üzerinde bir üstünlük ve zafer olduğu fantezisiidir. Bu, diğer insanlar üzerinde sadistik bir denetim sağlamak veya denetleyemedikleri bir dünyadan “çekip gitmek” anlamına gelir. (47).

Heinz Kohut özellikle özkıyımla ilgilenmese de Kendiliğin Çözümlemesi adlı eserinde, utanç, kıskançlık, ego-ideali ve narsisistik öfkeyi özkıyıma bağlayan bir dipnot kaleme almıştır: “Hırslı ve teşhirci hedeflerine ulaşma yolunda yenilgi yaşadıktan sonra, bu türden insanlar genellikle ilk önce dağlayan bir utanç ve ardından da kendilerini başarılı rakiple kıyaslayarak, yoğun bir haset yaşarlar. Bu utanç ve hasedi kendine zarar verme itkisi izleyebilir. Bunlar da, üstbenin kendi üzerine saldırısı değil, acı çeken benin, dış kırıklığı yaratan ve kızdıran başarısızlığın gerçekliğini silmek için kendine zarar verme girişimleri olarak anlaşılmalıdır. Başka bir deyişle, buradaki kendine zarar verme itkisi, depresif hastanın kendini öldürme itkisine benzer değildir ve narsisistik hiddetin ifadesi olarak ele alınmalıdır.” (48). Buradan Kohut’un diğer bahsedilen kuramcılar gibi özkıyım eylemini süperegounun egoyu cezalandırmasıyla ilişkilendirmekten ziyade; egounun kendiliği kendilikten uzaklaşmasıyla açıklamaya çalıştığı sonucuna varılabilir. Ayrıca depresif duruma bağlı gelişen özkıyım ile narsistik öfkenin ortaya çıkardığı özkıyımlı birbirinden ayırması da önem arz eder.

Özkıyıma ilişkin psikanalitik görüşlerde içe yansıtılan nesneye saldırganlık, süperegounun egoyu yok etmesi, kendiliğin yok edilmesi, narsisizm, saldırganlık gibi birbirinden farklı pek çok unsur ele alınmıştır. Freud sonrası kuramların çoğunda ölüm içgüdüğü ele alınmamıştır. Bununla birlikte, genel eğilimde ölüm içgüdüğü bir kenara atma konusunda istisnalar vardır. Bu istisnaların en önemlisi Lacan’dır. Lacan, Freud’un öğretisindeki ölüm içgüdüğü görmezden gelmenin onu tamamen yanlış anlamaya yol açacağını savunmaktadır. İçgüdüler, bir organizmanın çevresel uyarılara uyarlanabilir bir şekilde tepki vermesini sağlar ve dolayısıyla hayatta kalmasını sağlar. Bu nedenle Lacan, ölüm içgüdüğü kavramını kendi içinde çelişkili bulur ve onun yerine "dürtü" terimini koyar. Görevi yaşamı desteklemek olan içgüdülerin aksine, Lacan’a göre dürtülerin zıt bir amacı var gibi görünmektedir (49). Lacan’a göre erken dönemlerde ölüm dürtüsü kendisini anne çocuk arasındaki beslenme ilişkisinde gösterir. Lacan, memeden kesilme karmaşası ile özkıyım arasındaki ilişkiyi “ölüme duyulan iştah” söylemi üzerinden açıklar. Ona göre “ölüme duyulan iştah” anoreksiya, madde kötüye kullanımı ve mide ile ilgili

nevrozlar gibi pasif özkıyım olarak değerlendirilebilecek patolojilerle kendini gösterir. Özkıyım, simgesel öncesine, yani bebeğin anneden ayrı bir özne olabilmesinin koşulu olan dile geçişin öncesine dönem ve anne ile tekrar birleşme çabası olarak değerlendirilir. Lacan özkıyımı açıklarken “eyleme dökme” ve “eyleme geçiş” kavramlarıyla devam eder. Ona göre her ikisi de bilinç dışıdır. Eyleme dökmede bastırılan ve dile dökülemeyen materyal açığa çıkar; burada amaç “büyük öteki” ye mesaj vermektir. Lacan bazı özkıyım girişimlerini eyleme dökme olarak tanımlar. Eyleme geçişte ise öznenin simgeselden çıkışı söz konusudur ve Lacan tamamlanmış özkıyım eylemini eyleme geçiş olarak tanımlar. Dolayısıyla Lacan’ın kuramında özkıyım girişimi ile tamamlanmış özkıyım eylemi arasında fark vardır ve bu fark büyük öteki ile ilişkiden kaynaklanır (42).

2.4.3 Bilişsel Davranışçı Özkıyım Kuramları

Özkıyımı açıklayan bilişsel kuramlardan biri de Aaron Temkin Beck’in bilişsel kuramıdır. Beck, özkıyım girişimini kişinin yaşadığı sorunlar karşısındaki bilişsel çarpıtmaları ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Beck’e göre kişi çözemediği sorunları karşısında kaçma tutumunu sergiler, bu tutum kişide yetersizlik, beceriksizlik ve çaresizlik düşüncelerini arttırır ve artık kişi için bu sorunlar karşısından hayatına son vermekten başka bir seçenek göremez. Çünkü bu hastalar sorunlarının çözümü olmadığına ve hiçbir zaman çözüm bulamayacaklarına inanırlar (50). Beck daha sonra hastaların bu durumunu umutsuzluk olarak adlandırmıştır. Umutsuzluk ise gelecek hakkında negatif beklentilerden oluşan bir set olarak tanımlanmıştır (51). Beck, özkıyımı mod kavramı üzerinden de ele almıştır. Şemalar, bireyin çevrede olup bitenlere tutarlı bir biçimde anlam oluşturduğu bilişsel yapılardır. Modlar ise kendine özgü şemalardan oluşan, bilişsel, duygusal, davranışsal alt birimler içeren yapılardır. Kişinin özkıyıma yönelik bilişsel bir yatkınlıkları olabilir; ancak bu yatkınlıkları yaşam olayları tarafından tetiklenebilir ve artabilir (52).

Beck’in mod kavramı üzerinden “özkıyım modu” kuramını ise M. David Rudd tanımlamıştır. Rudd, özkıyım ile ilgili çeşitli risk faktörlerinin, özkıyımla ilişkili duygu düşünce ve davranışların yani “özkıyım mod” unun aktifleşmesini olası kıldığını belirtmektedir (53). Rudd daha sonrasında özkıyım riskinin zaman

içinde değişkenlik gösterdiğini, girişimi tetikleyen faktörlerin var olduğu varsayımına dayanan Değişken Yatkınlık Kuramı'nı öne sürmüştür (54). Bu kuram, özkıyım girişiminin önceden bir plan yapılmadan birden gerçekleşmesini açıklamak için iyi bir temel sağlamaktadır. Kuram, özkıyımı doğrusal olmayan bir zaman sürecini takip eden dinamik bir yapı olarak kavramsallaştırır (55). Bu zamansal dinamikler hakkındaki temel varsayımları ise şunlardır: Özkıyım riski, çevresel ve bireysel süreçlere tepki olarak değişen dinamik özelliklere sahiptir ve dinamik (akut) ve kalıcı (temel) risk süreçleri arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (56).

Yine Beck'in kuramından yola çıkarak özkıyımı ele alan kuramlardan biri de Wenzel ve Beck'in özkıyım formülasyonudur. Wenzel'e göre özkıyım eyleminin altında yatan üç ana yapı vardır: Yatkınlık durumları, ruhsal hastalık ile ilgili bilişsel süreçler, özkıyım ile ilgili bilişsel süreçler. Yatkınlık faktörlerini beş grupta toplamaktadır: dürtüsellik, sorun çözme yetersizliği, aşırı genelleşmiş bellek, sürekli uyumsuz bilişsel yapı ve kişilik. Psikiyatrik rahatsızlıkla ilişkili bilişsel süreçleri, birçok psikiyatrik bozukluk ve semptom türüyle ilişkili olan uyumsuz bilişsel içerikler (yani, insanların ne düşündüğü) ve bilgi işleme yanlışlıkları (yani, insanların nasıl düşündükleri) olarak tanımlamaktadır. Özkıyım eylemiyle ilişkili bilişsel süreçler ise uyumsuz bilişsel içeriklerdir ve bu süreçler, bir kişi özkıyım krizi içindeyken iş başındadır. Wenzel'e göre bu bilişsel dürtüsel ve depresif temalı özkıyım girişimlerinde farklılık gösterir. Dürtüsel girişimlerde hakim olan biliş "katlanamama, dayanamama" iken depresif temalı girişimlerde "umutsuzluk" bilişleri etkindir (57).

Özkıyımın bilişsel modeli ile ilgili Beck sonrası en önemli isimlerden biri kuşkusuz suisidolojinin "özkıyım bilimi" kurucusu kabul edilen Edwin S. Shneidman'dır. Shneidman, bir bireyin dayanılmaz bir ruhsal acısı olduğunda özkıyım riskinin arttığını varsayar. Shneidman'ın teorisinde ruhsal acı olmadığında özkıyımın gerçekleşmeyeceği belirtilir. Shneidman'a göre ruhsal acı, fiziksel acıdan ziyade keder, utanç, suçluluk, korku, endişe ve yalnızlık gibi yoğun duyguları ifade eder. Bir kişinin ihtiyaçları karşılanmadığında veya kabul edilmediğinde veya kişi hayal kırıklığına uğradığında ruhsal acı ortaya çıkmaktadır (58,59). David Lester, Sylvia Plath'ın özkıyım girişimini farklı

özkıyım kuramlarına göre ele aldığı çalışmasında Shneidman'ın özkıyım kuramını şöyle özetler: Kişi dayanılmaz ruhsal acısına ve bundan nasıl kaçacağına odaklanır, ölmenin dayanılmaz olan rahatsızlık durumuna bir çözüm sağlayacağına inanır, ölümle yaşam arasında kararsızlık yaşar ancak yoğun ruhsal acı ve ızdırabı baskın gelir ve kişi yok olmak ister (60). Yani kişi, ölme isteğinden ziyade, ruhsal acıdan kurtulma isteğiyle özkıyım girişiminde bulunur.

2.4.4 Kişilerarası Psikolojik Özkıyım Kuramı

Kişilerarası psikolojik özkıyım kuramı, Thomas Edwin Joiner tarafından öne sürülmüştür. Van Orden ve arkadaşları tarafından daha da geliştirilmiştir (61). Bu kuram, bir bireyin ancak hem ölme arzusuna hem de bunu gerçekleştirme yeteneğine sahip olması durumunda özkıyım yoluyla öleceğini varsaymaktadır (62). Özkıyım düşüncesi, ya bireyin ait olma ihtiyacının karşılanmaması “engellenmiş aidiyet” ya da bireyin kendisini çevresindekilere bir külfet olarak algılanması “algılanan yük olma” deneyiminden kaynaklanmaktadır. Bu algılara üçüncül olarak kuramın anahtar yapısı olan “kazanılmış özkıyım yeteneği” eklenince özkıyım düşüncesinden özkıyım girişimi eylemine geçiş oluşur (63). Bu kuramın en önemli özelliği, öncesinde ortaya atılan toplumsal kuramlardaki çevrenin rolü ile psikolojik kuramlardaki bireyin rolünü birleştirmesi ve özkıyım düşüncesinden özkıyım girişimine geçişi formüle edebilmesidir.

2.4.5 Biyolojik Özkıyım Açıklamaları

Literatürde özkıyımın nörobiyolojisini araştırmak için, trombositler, lenfositler ve özkıyıma meyilli hastalardan veya tamamlanmış özkıyım sonrası beyinlerinden elde edilen beyin omurilik sıvısı gibi periferik dokular kullanılmıştır. Bu yollarla serotonerjik ve noradrenerjik mekanizmalar ve ikinci haberci sistemler, nörotrofinler, hipotalamik-hipofizer-adrenal (HPA) eksen ve immün sistemdeki bulgular ele alınmıştır (64).

Serotonerjik sistem, özkıyım girişimi ve tamamlanmış özkıyım ile geniş çapta ilişkilendirilmiştir. Serotonini özkıyım girişimleri ile ilişkilendiren ilk kanıtlar, özkıyım girişimlerinin, aynı zamanda serotonerjik işlev bozukluğu ile de ilişkili olan depresyon (65) ve dürtüsel özelliklerle (66) ilişkili olduğu

gözlemleridir. Bununla birlikte, serotonin ile özkıyım girişimini ilişkilendiren ana kanıt, özkıyım meyilli hastaların BOS sıvısında 5HT'nin majör bir metaboliti olan 5HIAA saptandığı çalışmalardan elde edilmiştir. İlk olarak Åsberg ve ark. (1976) tamamlanmış özkıyım sonrası postmortem BOS 5-HIAA düşük seviyeleri ile özkıyım arasında bir ilişki saptamıştır (67). Bu ilişkinin, daha sonra özkıyım girişimi için de geçerli olduğu çeşitli çalışmalarda gösterildi (68–70). Bazı araştırmacılar, plazma veya trombositlerdeki 5HT düzeyleri ile özkıyım girişimi arasında ilişki saptamışlardır. Spreux-Varoquaux ve arkadaşları özkıyım girişimi olan bireylerin plateletlerinde ve plazmasında 5HT düzeylerinin kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha düşük olduğunu bildirmiştir (71). Tyano ve arkadaşları, özkıyım girişimi sonrası hospitalize edilen ergenlerde plazma serotonin düzeyi ile özkıyım girişimi yönteminin şiddeti arasında negatif ilişki bulmuşlardır (72). Plateletlerdeki 5-HT_{2A} reseptörlerinin B_{max}'ının özkıyım girişiminde bulunan depresif bireylerde, bulunmayan depresif bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (73). Bir nöroendokrin çalışmasında ise özkıyım girişimi olan fenfluramin yüklemesine karşı prolaktin yanıtının azaldığı saptanmış, bu verinin serotonin işlev bozukluğu ile özkıyım girişimi arasındaki ilişkiyi desteklediği belirtilmiştir (74).

Özkıyım girişimindeki noradrenerjik (NA) fonksiyon öncelikle iki farklı strateji kullanılarak incelenmiştir. Birincisi, özkıyım meyilli hastaların idrarında, plazmasında veya BOS'unda NE veya metaboliti MHPG düzeylerini belirleyerek veya bazı durumlarda bir nöroendokrin stratejisi kullanarak NA fonksiyonunun çalışmalarını içerir. İkincisi ise, fenilalanin'den NE sentezinde hız sınırlayıcı bir adım olan Triptofan Hidroksilaz enzimi ile birlikte özkıyım meyilli deneklerden elde edilen postmortem beyinde başta α - ve β -AD olmak üzere NA reseptörlerinin belirlenmesini içerir (75). Secunda ve arkadaşları, majör depresif bozukluğu olan özkıyım girişimi olan hastaların girişim öyküsü olmayanlara göre BOS sıvısında norepinefrinin ana metaboliti olan 3-metoksi-4-hidroksifenilglikolün (MHPG) azaldığını bildirmiştir. Yakın zamanlı bir çalışmada Norepinefrin nörotransmitter taşıyıcı gen (SLC6A2) polimorfizmleri ile özkıyım girişimleri arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (76).

Nörotransmitterler ve reseptörler dışında, protein kinaz C (PKC), protein kinaz A (PKA) ve glikojen sentaz kinaz 3 β (GSK-3 β) gibi ikincil habercilerin de özkıyım ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu araştırmalar çoğunlukla postmortem beyin çalışmaları olduğundan özkıyım girişiminden ziyade tamamlanmış özkıyım ile ilişkiye odaklanmıştır. Ren ve arkadaşları, tamamlanmış özkıyım sonucu ölen kişilerin prefrontal kortekslerinde ve hipokampuslerinde pGSK-3 β -ser(9) protein seviyelerinin önemli ölçüde azaldığını saptamışlardır (77). Yakın tarihli bir çalışmada PKC' nin mRNA ekspresyonlarının tamamlanmış özkıyım sonucu ölen kişilerde genel popülasyona göre önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur (78).

BDNF, özkıyım alanındaki araştırmacılar arasında büyük bir ilgi görmüştür. BDNF konsantrasyonları, serum, plazma veya tam kanda periferik olarak ölçülebilir ve kan-beyin bariyerini geçtiğinden, beyin omurilik sıvısında santral olarak ölçülebilir. Fusar-Poli ve arkadaşları yakın tarihli bir meta-analizde, özkıyım girişiminde bulunan bireylerin, özkıyım girişimi olmayanlara göre BDNF'nin sadece plazma düzeyinde anlamlı bir azalma olduğunu gösterdiler (79).

Özkıyım girişimleri ile HPA aksı ve immün sistem ilişkisi hakkında az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmaların ortak sonucu immün sistem bozukluklarının özkıyım girişimi ile ilişkili olduğunu gösterse de, daha fazla çalışma sonucuna ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (64,80,81).

2.5 Epidemiyoloji

Özkıyım girişimleri ile ilgili epidemiyolojik verilere bakıldığında çok az veri vardır ve var olan veriler eksik, yanlış veya tanı koyma ve raporlama ile ilgili güvenilir istatistiklerin eksikliği nedeniyle kalite düşüktür. DSÖ, bu konuda dünyanın hiçbir ülkesinden bilgi almamaktadır, ancak en azından acil servislerden / hastanelerden veriler ve bazı öz-raporlar elde edilebilmektedir (82). DSÖ'ye göre özkıyım girişimi sayısı tamamlanmış özkıyımlardan yaklaşık 20 kat fazladır (1).

Kadınlar erkeklerden 2-3 kat daha sık özkıyım girişiminde bulunmaktadır (83). 21 ülkeden katılımcıların olduğu DSÖ Dünya Akıl Sağlığı Araştırmasında özkıyım girişimlerinin 12 aylık sıklığı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde

(sırasıyla %0,3, %0,4) benzer bulunmuştur (84). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise özkıyım girişim hızı görece daha düşük (erkek %0.05; kadın %0.1) saptanmıştır (85).

Tamamlanmış özkıyım ile ilgili epidemiyolojik veriler daha fazladır. DSÖ verilerine göre her yıl yaklaşık 703.000 insan tamamlanmış özkıyım sonucunda ölmektedir. Bu her 40 saniyede bir kişi kasıtlı olarak kendini öldürdüğü anlamına gelmektedir. Tamamlanmış özkıyım, 2019'da dünyada genç yaş ölümleri (15-29 yaş) nedenleri listesinde dördüncü sırada yer almıştır. Tamamlanmış özkıyımların büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Dünyada kaba özkıyım hızı giderek azalırken düşük ve orta gelirli ülkelerin oranı giderek artmaktadır. Bunu yüksek gelirli ülkelerde son yıllarda uygulanmaya başlayan özkıyımı önleme programlarına yorabiliriz. Ayrıca DSÖ'ye bildirilen özkıyım hızları gerçeği yansıtmayabilir. Bunun bazı nedenleri bazı ülkelerde halen suç olması, özkıyımın hassas ve damgalamaya müsait bir konu olmasıdır (1).

Türkiye'de 2018'de kaba özkıyım "tamamlanmış" hızı yüz binde 3,88 iken (86), DSÖ verilerine göre Türkiye'de tamamlanmış özkıyımların yaşa göre düzeltilmiş hızları 2015'te toplamda yüz binde 7,5, erkek cinsiyette yüz binde 11,3, kadın cinsiyette yüz binde 3,3 dür (87).

2.6 Risk Faktörleri

Bu faktörler, her bir bireyin bu faktörlere farklı tepki vermesiyle, bireylerin olumsuz durumlara karşı savunmasızlığını artırma eğilimindedir. Bu nedenle, bu faktörlerin bireyin yaşamı üzerindeki etkilerini belirleyen yalnızca bu varlığı değil, aynı zamanda yoğunluk, sıklık ve yorumlanma biçimleridir (88). Özkıyım girişimi ile ilişkili risk faktörleri, tekrarlayan girişimleri, tamamlanmış özkıyımları ve bunlarla ilgili yüksek maliyetleri engellemek için önemlidir. Özkıyım girişimi ile ilgili risk faktörleri 5 başlıkta toplanabilir (5).

2.6.1 Bireysel Faktörler

2.6.1.1 Biyolojik Cinsiyet:

Biyolojik cinsiyet, özkıyım davranışıyla önemli ölçüde ilişkili kabul edilen sosyodemografik bir değişkendir (89). Tamamlanmış özkıyım erkek cinsiyette daha yüksek oranda görülürken, özkıyım girişimi ve cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında, kadınlarda erkeklerden daha yüksek risk olduğu görülmektedir (20,84,90–94). Literatürde “cinsiyet paradoksu” (95) olarak adlandırılan bu durumu açıklamak için toplumsal cinsiyet rolleri (96), seçilen özkıyım girişim yöntemlerinin farklılıkları (97), hormonal farklılıklar (98) gibi çeşitli görüşler ileri sürülse de kesin bir açıklaması halen yoktur. Tamamlanmış özkıyımlarda erkek/kadın oranının ülkelerin sosyoekonomik düzeylerine göre 2 kata varan değişkenlikler göstermesi (5) dikkate değer bir veridir. Düşük gelir ve sigara içme erkeklerde özkıyım girişimi ile ilişkilendirilirken, kadınlarda özkıyım girişimi daha düşük eğitim düzeyi ve kötü sağlık durumu ile ilişkilendirilmiştir (89).

2.6.1.2 Yaş:

Yaş ve özkıyım girişimleri arasındaki ilişki karmaşıktır. Dünyanın hemen hemen tüm bölgelerinde hem erkekler hem de kadınlar için 15 yaşın altındaki kişilerde en düşük ve 70 yaş ve üzerindekilerde en yüksek özkıyım girişimi oranları saptanır. Ancak 15-70 yaş arasında ülkelerin sosyoekonomik düzeylerine göre farklılıklar vardır. Gelişmiş ülkelerde yaşlılarda risk daha yüksek iken gelişmekte olan ülkelerde genç-ergen popülasyon daha çok risk altındadır (5,84,91,92).

2.6.1.3 Medeni durum:

Literatüre bakıldığında, evlilerde özkıyım girişimi riski, bekar veya boşanmış olanlara göre daha az saptanmıştır (84,93,99). Ancak bu durum yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. 65 yaş üstündeki kadınlarda medeni durum ile özkıyım girişimi riski arasında ilişki saptanamamıştır (100). Bazı çalışmalarda ise medeni durum ne olursa olsun, yalnız yaşıyor olmanın özkıyım girişimi riskini arttırdığı belirtilmiştir (90,101).

2.6.1.4 İşsiz olmak ya da düşük sosyoekonomik düzey:

Çalışmayan bireylerde, çalışan bireylere oranla özkıyım girişimi riski daha fazladır (92,102). Yine sosyoekonomik düzey arttıkça özkıyım girişim riskinin azaldığı görülmüştür (103,104).

2.6.1.5 Düşük eğitilmiş olma:

Eğitim seviyesi ve özkıyım ilişkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Eğitim seviyesi ve özkıyım arasında negatif ilişki bulan çalışmalar daha fazladır (84,90,93,105). Ancak bazı çalışmalarda hiç ilişki bulunamamış (106); bazılarındaysa pozitif ilişki (107) bulunmuştur. Ødegaard ve arkadaşları ise bu durumun çalışmalarda medeni durumun karıştırıcı faktör etkisinden kaynaklandığını ileri sürmüş ve kendi çalışmalarında eğitim durumu ile özkıyım riski arasında medeni durum da hesaba katıldığında negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır (99).

2.6.1.6 Psikiyatrik hastalıklar

2.6.1.6.1 Depresyon:

Herkesin hayatında “inişler ve çıkışlar” olabilir. Gündelik yaşamda herkes zaman zaman kendini çökkün, mutsuz ya da karamsar hissedebilir. Bazen bu günlük duyguları tanımlamak için "depresyon" terimi kullanılsa da, depresyon bilimsel literatürde “majör depresif bozukluk” anlamında klinik bir terim olarak kullanılır. Klinik anlamda bir depresyondan “yani majör depresif bozukluktan” söz etmek için kişinin uyku ve iştah gibi vejetatif bulgularının etkilenmesi, var olan depresif ruh halinin en az 2 hafta boyunca günün hemen her anında süregelen bir şekilde var olması, kendini bu durum içinde başarısız ve değersiz olarak algılaması ve belki de çözüm olarak özkıyım girişimlerini görmesi gerekmektedir. Bireyin majör depresif bozukluk tanısının olması özkıyım girişimi için önemli bir risk faktörüdür (20,93,94). Özkıyım girişiminde bulunan ergenlerin yaklaşık %75'i, majör depresif bozukluk veya distimi için tanı kriterlerini karşılamaktadır (108). Depresyon ile özkıyım düşünceleri ve özkıyım girişimi arasındaki karmaşık etkileşim söz konusudur. Depresyon özkıyım düşüncesi ve girişimi için bir risk faktörü iken özkıyım düşüncesinden girişimine geçen süreci yordamada etkisizdir (91,109).

2.6.1.6.2 Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete Bozuklukları kümesinde yer alan Panik Bozukluk (110), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (94,111), Sosyal Anksiyete Bozukluğu (88) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu (94) gibi hastalıklar özkıyım girişimi riskinde artışa sebep olur. TSSB' nin özellikle yeniden deneyimleme ve kaçınma semptom kümelerinin özkıyım girişimleri ile daha anlamlı olarak ilişkili olduğunu bulunmuştur (111).

2.6.1.6.3 Alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB)

Alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB) tanısı artan özkıyım girişimi riski ile ilişkilidir (92,94,112). Bu bireyler genel popülasyon ile karşılaştırıldığında özkıyım girişimi açısından 6 kat daha fazla risk taşırlar. Alkol Kullanım Bozukluğu olanlarda, kadın cinsiyet, genç yaş, düşük sosyoekonomik düzey, dipsomanik alkol kullanımı, birinci ve ikinci derece akrabalarında alkol kullanım bozukluğu olanlar, komorbid MDB,YAB ya da Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olanlar daha da fazla özkıyım girişimi riski taşırlar (113).

2.6.1.6.4 Yetişkin Kişilik ve Davranış Bozukluğu Tanı Grubu

Kişilerin 'Yetişkin kişilik ve davranış bozukluğu' tanı grubundan biri bozukluğun tanı kriterlerini karşılıyor olması özkıyım girişim riskini artırır (104). Ülkemizde yapılan bir çalışmada özkıyım girişimi ile başvuran kişilerin %90 ının SCID-2 (DSM-4 e göre yapılandırılmış klinik görüşme kılavuzu) uygulandığında en az bir kişilik bozukluğu için tanı kriterlerini karşıladığı %74 ünün en az iki kişilik bozukluğu için tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. Aynı çalışmada özkıyım riski ile en fazla ilişkili bozukluklar sırasıyla sınır kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, paranoid ve edilgen saldırgan kişilik bozukluklarıdır (114).

2.6.1.6.5 Geçmiş Özkıyım Girişimi Öyküsü:

Kişinin geçmişte bir özkıyım girişiminin olması, daha sonraki zamanlarda hem özkıyım girişimi riskini (115) hem de tamamlanmış özkıyım riskini artıran bir risk faktörüdür (116). İlk girişimden sonraki ilk 6 ay riskin en

fazla olduğu dönemdir. Dolayısıyla  nleme/müdahale çalışmalarında ana hedef bu dönemdir (117). Bir başka çalışmada ise özkıyım girişimi ile başvuran hastaların yaklaşık yarısının geçmişte bir özkıyım girişimi olduğunu, bunlardan da yaklaşık beşte birinin son 12 ay içinde gerçekleştiği belirtilmiştir (118).

2.6.1.7 Fiziksel Hastalıklar:

Beden ve ruh sağlığı arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Birçok fiziksel hastalıkla özkıyım girişimi arasında ilişki bulunmuştur. Kronik ağrı (119), serebrovasküler olaylar (120,121), epilepsi (122), kanser (123) bunlardan başlıcalarıdır. Fiziksel sağlık düzeyinin düşüklüğü ile özkıyım riski arasındaki bu ilişkinin yaşa bağlı olup olmadığı tartışmalı bir konu olup; yakın zamanlı bir takip çalışmasında bu ilişkinin bireylerin yaşı ile ilişkili olmadığı ancak fiziksel aktivite azalmasının bu ilişkide bir karıştırıcı faktör olabileceği belirtilmiştir (124). Buna ek olarak fiziksel hastalıklar depresyona ve diğer psikiyatrik hastalıklara neden olmak veya alevlendirmek, kognitif ve emosyonel değişimlere neden olan mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğuna yol açmak, d rt sellike yol açmak gibi çeşitli yollarla da özkıyım girişimine neden olurlar (125).

Bahsedilen sosyodemografik özellikler, ruhsal ve fiziksel hastalıklar dışında bazı bireysel risk faktörleri de özkıyım girişimini arttırmaktadır. Bunlardan bazıları dürtüsellik (20,84,90,126), ailede özkıyım girişimi öyküsü olması (92,127), ailede ruhsal hastalık öyküsü olması (104) sigara kullanımı (112), sorun / problemleri çözme becerilerindeki yetersizliklerdir (128).

2.6.2. İlişkisel risk faktörleri:

Özkıyım girişimi riskini etkileyen ilişkisel faktörler, boşanma (129) ve ya ayrılma (130), ebeveynlerin boşanmaları ve yetersiz ebeveyn bağlanması (131), sosyal izolasyon (132) yetersiz sosyal destek (90,101), aile içi ilişki sorunları (133) ve aile içi şiddet (88) şeklinde sıralanabilir.

2.6.3 Çevresel risk faktörleri:

Travma, ihmal ve istismar (134), g   ve kültürel yabancılaşma (135), etnik ayrımcılığa maruz kalma (136) savaş deneyimi (137) afet ve kitlesel

yaralanma deneyimleri (138), saldırıya maruz kalma (90) özkıyım girişimi riskini arttıran başlıca çevresel faktörlerdir.

2.6.4 Toplumsal risk faktörleri:

Özkıyım araçlarına ulaşım kolaylığı, medyanın tutumu (139) olumsuz sosyal medya/internet kullanımı (140), yardım arama davranışının toplum tarafından olumsuz değerlendirilmesi (5) gibi toplumsal faktörler özkıyım girişimi riskini arttırmaktadır.

2.7 Özkıyım Girişiminde Kullanılan Yöntemler:

Özkıyım girişimi yöntemleri eylemin dolaylı ya da dolaysız olmasına göre aktif ve pasif olarak ikiye ayrılabilir. Kişinin ölüm niyetiyle; yemek gibi fizyolojik ihtiyaçlarını gıdirmemesi, doktorları tarafından hastalığına yönelik belirli bir tedaviyi reddederse ölümle sonuçlanacağı konusunda bilgilendirildiği halde tedavi görmeyi veya ilaç kullanmayı reddetmesi, idam cezasının bulunduğu ülkelerde bu cezayı almasına neden olacak bir suç işlemesi, kolluk gücünün kendisini ateşli silahla vurmasını gerektirecek bir eylem gerçekleştirmesi, dolaylı (pasif) özkıyım girişimlerine örnek oluşturmaktadır (141).

Başlıca aktif özkıyım girişimi yöntemleri, ilaç alımı, kesici veya delici aletleri, zehirli gazlar/mutfak tüpü ile kendini zehirleme, ası, ateşli silah veya patlayıcı kullanımı ve yüksekten atlama şeklindedir. Kullanılan yöntemler kişilerin cinsiyetine ve toplumların yaşadığı coğrafyaya göre değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Literatüre bakıldığında en çok kullanılan yöntem genellikle ilaç alımı olurken en az kullanılan yöntem asıdır (142,143).

Bir İsveç kohort çalışmasında özkıyım girişimi yöntemi türünün sonrasında gerçekleşecek tamamlanmış özkıyım için farklı oranlarda yordayıcılığı olduğu, en yüksek riskli yöntemin ası olduğu bulunmuştur (143). Bu ası ile özkıyım girişiminde bulunan bireylerin hem bu girişimlerinde hem de daha sonraki girişimler için tamamlanmış özkıyım açısından en yüksek riski taşıdığını göstermektedir.

2.8 Özkıyım Girişimi ve Mevsimlerle İlişkisi

Özkıyım girişimi ile mevsimsellik ilişkisi birçok çalışmada bildirilmiştir (144,145). Bu çalışmalar, doğası gereği, nedensel ilişkileri açıklayamayan korelasyonel çalışmalarıdır (146). Çalışmaların çoğunda ilkbahar sonu ve yaz aylarında “kuzey yarım küre için” özkıyım girişimi oranlarının arttığı bulunmuştur (146,147).

2.9 Özkıyım Girişimine Karşı Koruyucu Faktörler

Koruyucu etmenler, kişinin özkıyım girişimi riskini azaltan, yaşamdaki zorluklar karşısında baş etme ve sorun çözme kapasitelerini arttıran faktörler olarak tanımlanabilir. Yüksek benlik saygısı ve öz yeterlilik (88), olumlu özellikleri “güvenli, adil vs.” olan aile ve okul ortamı (148), dini ya da manevi inanışlar, güçlü kişisel ilişkiler ve güçlü baş etme mekanizmaları (5) başlıca koruyucu faktörlerdendir.

2.10 Acil Serviste Özkıyım Girişiminin Değerlendirilmesi

Özkıyım girişimlerinin meydana gelmesi sürecinden birçok komponentin “biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel” etkinliği ve ölümcül araçlara erişim, bir/birkaç akut stres etkenine yanıt olarak birleşir. Özkıyım riski zamana ve duruma göre değişkenlik gösterir. Bu da dün özkıyım eğilimi olmadığı düşünülen bir hasta için bugün yeni bir değerlendirme gerekebileceği anlamına gelir (149). Bu nedenle, acil servis, özkıyımı önleme müdahalelerinin geliştirilmesi için önemi giderek artan bir ortam olarak kabul edilmektedir ve çalışmalar, özkıyım girişiminde bulunan hastalar için acil serviste kalış sırasında başlanan etkili müdahaleler geliştirmeye odaklanmıştır (150,151).

2.10.1 Akut Medikal Yaklaşım:

Acil servise başvuran her hastada olduğu gibi, özkıyım girişimi ile başvuran hastalarda da en önemli iki faktör solunum ve dolaşım fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve korunmasıdır (152). Tıbbi değerlendirme tamamlandıktan sonra psikiyatrik değerlendirmeye geçilmelidir. Özkıyım düşünceleri veya davranışları için değerlendirilen hastaların, değerlendirme tamamlanana kadar

acil servisi terk etmelerine izin verilmemeli, gerekirse bir güvenlik görevlisinden yardım istenmeli, ayrıca potansiyel olarak tehlikeli nesnelere (örneğin kemerler, ayakkabı bağları veya keskin tıbbi aletler) erişimi olmayan özel bir odaya yerleştirilmesi sağlanmalıdır (153). Mekanik veya kimyasal kısıtlamalar hasta için travmatik olabilir ve uyumu bozabilir, bu nedenle acil servis personelleri önce sözlü olarak ajite hastaları yönetmeye çalışmalıdır (örneğin, fazladan personelin gözden kaybolmasını sağlayarak ve iş birliğine dayalı, saygılı bir konuşma yaparak). Bu başarısız olursa fiziksel kısıtlamalar kullanılmalıdır (149).

2.10.2 Psikiyatrik Yaklaşım

Sempatik ama doğrudan bir yaklaşımla yakınlık kurmak, hastayla iletişimi ve dolayısıyla değerlendirmenin kalitesini artırabilir. Acil servis çalışanlarının özkıyım önleme programlarının ölümleri önleyebileceğine dair kanıtlara rağmen, özkıyımın önlenebilirliği konusunda şüpheleri olduğu ve ruhsal hastalığı olan bireylere önyargı ile yaklaştığı bildirilmiştir (154). Bu nedenle tıbbi acil durumlar tedavi edildikten sonra ruh sağlığı hekimlerinden konsültasyon istenmesi önerilmektedir.

Psikiyatri hekimi acil serviste hastayı değerlendirdikten sonra hastanın özkıyım riskini değerlendirmeli, sonrasında tedavinin ayaktan ya da hastaneye yatırılarak yapılması planlanmalıdır. Bu riski değerlendirmek oldukça zordur. Yapılan çeşitli çalışmalar özkıyım girişimlerin önceden saptanma ihtimalinin yaklaşık %50 civarında olduğunu saptamıştır (155,156). Karar ayaktan tedavi şeklinde olacaksa, acil serviste özkıyım girişimi ile başvuran her hastanın kontrol muayenesi için psikiyatri polikliniğine gelmesi sağlanmalıdır. Acil serviste başlatılan özkıyım önleme programları, hem terapötik fayda sağlar hem de gelecekte kendine zarar vermenin önlenmesinde yardımcı olabilir ve özellikle ayaktan tedavi edilen hastalar için önemli olabilir (149).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Çalışma Örneklemi

Bu araştırma hastane kayıtlarına dayalı olarak geriye dönük uzunlamasına (retrospektif prospektif) bir çalışma desenine sahiptir. Özkıym girişimi, eylemin sonucunda ölme niyetiyle yapılan herhangi bir kendine zarar verme eylemi olarak tanımlanmıştır. Hastanemize özkıym girişimi ile acil servise başvuran her hasta, tıbbı durumu stabilize olduktan sonra psikiyatri konsültasyon ve liyezon birimimize danışılmakta ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmektedir.

1 Ocak 2015 tarihinden 31 Aralık 2018 tarihine kadar DEÜ Acil servisine özkıym girişimi nedeniyle başvurmuş olan kişilerin bilgileri hastanemiz kayıt sistemi (Probel) üzerinden elde edilmiştir. Listedeki isimler başvuru yıllarına göre ayrılmış ve kişilerin iletişim bilgileri sistemden alınmıştır. Tüm kişilere telefon ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Telefon ile ulaşılabilenlere çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenler yüz yüze görüşme yapmak için hastaneye davet edilmişlerdir. Hastaneye gelmeyi kabul eden katılımcılarla belirlenen gün ve saatte görüşme yapıp, elde edilen veriler ile araştırma veri formu doldurulmuştur. Hastaneye gelmeyi kabul etmeyip, telefon görüşmesi ile çalışmaya katılmayı kabul edenlerle telefon görüşmesi ya da zoom programı üzerinden online görüşme yapılmış, bu görüşmelerden elde edilen veriler ile araştırma veri formu doldurulmuştur. Telefonla ulaşıp çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler red grubuna alınmışlardır. Telefon ile ulaşılamayan kişilerin sadece Probel sistemi üzerindeki bilgileri (başvuru tarihi, yaş, cinsiyet, medeni hal, yaşadığı yer özkıym girişimi yöntemi) kullanılmıştır.

Çalışma örneklemi, 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine herhangi bir özkıym girişimiyle başvuran 1053 kişiden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılamayan 64 kişi analize dahil edilmemiştir. Bu kişiler konsültan hekim değerlendirmesi yapılmadan önce acil servisi terk eden (s=55), demans tanısı olan (s=5), mental retardasyonu olan (s=3) ve deliryum tablosunda olan

(s=1) kişilerden oluşuyordu. Sonuç olarak çalışmaya 989 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan dışlanma kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

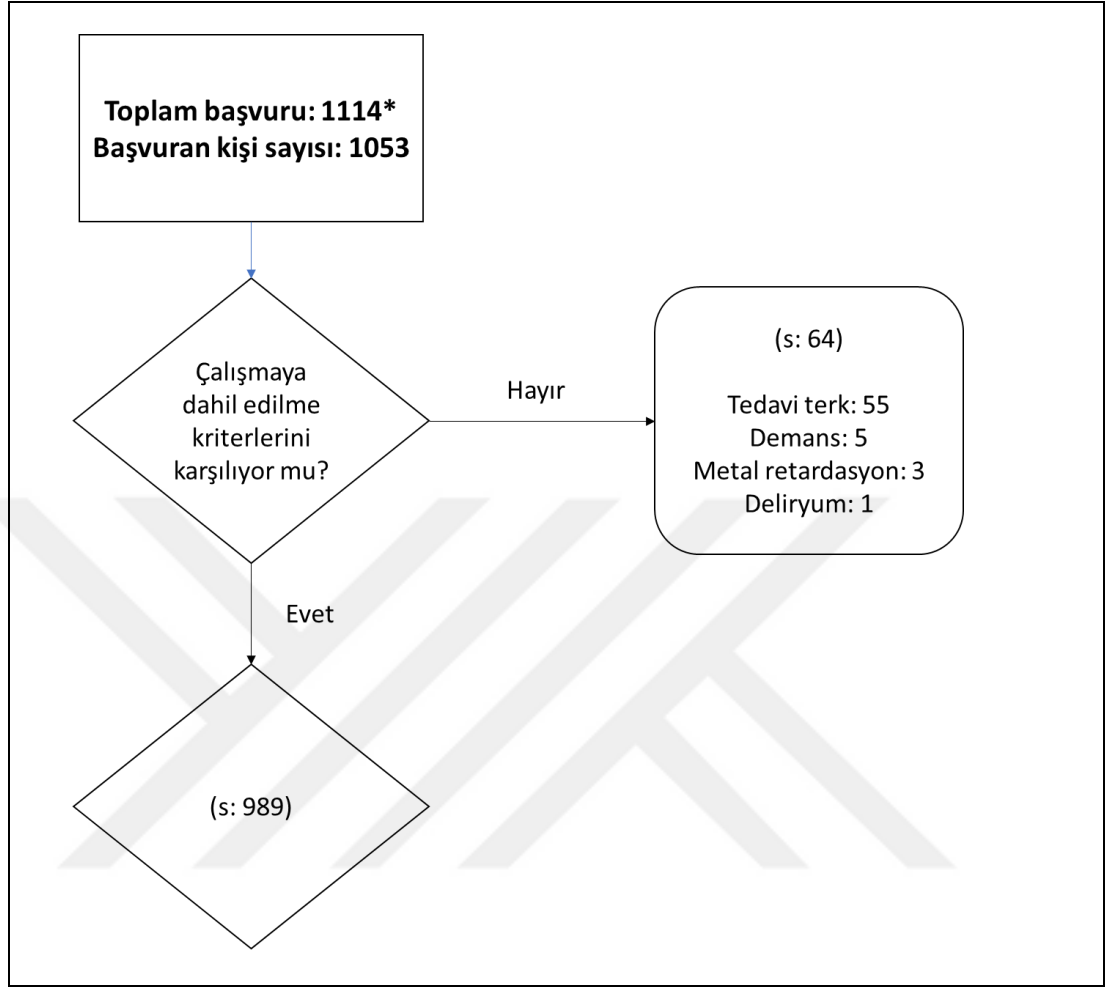
1. 18 yaşından büyük olmak
2. 1 Ocak 2015 tarihinden 31 Aralık 2018 tarihine kadar DEÜ Acil servisine özkıyım girişimi nedeniyle başvurmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve gönüllü onam formunu imzalamak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Yalnızca özkıyım düşüncesine sahip olmak, girişimde bulunmamak
2. Bilişsel işlevleri etkileyebilecek organik beyin hastalığının (demans, deliryum, vs.), tıbbi ve bedensel rahatsızlığın varlığı
3. Mental retardasyon

Çalışma örnekleminin belirlenmesi süreci Şekil 1’de özetlenmiştir.

Şekil 1. Çalışma evreni



3.2. Çalışmanın Yöntemi ve Uygulanma Aralığı

Bu çalışmada, 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine herhangi bir özkıyım girişimiyle başvuran Aralık 2021-Ekim 2022 tarihleri arasında yüz yüze veya online görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılacak tüm hastalara yapılacak çalışmanın detayları sözel olarak tekrar anlatılmış, kendilerinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

3.3. Çalışmanın Etik Kurul Onayı

Çalışmanın etik kurul onayı, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan XXXXXXXXX tarih ve XXXXXXXXX karar numarası ile alınmıştır.

3.4. Çalışmada Kullanılan Araçlar

3.4.1 Sosyodemografik veri formu

Örnekleme yer alan bireylerin yaşları, biyolojik cinsiyetleri, eğitim ve meslek/iş durumları, medeni durumları, kimlerle yaşadıklarını içermektedir.

3.4.2 Klinik veri formu:

Örnekleme yer alan bireylerin sigara, madde ve alkol kullanımlarını, psikiyatrik tanıları, tıbbi tanıları, soy geçmişinde yer alan psikiyatrik tanılar ve psikiyatri servisinde yatış öykülerini, özkıyım girişimi öykülerini, ailede tamamlanmış özkıyım öykülerini içermektedir.

3.4.3 Özkıyım girişiminin özellikleri ve yapılan müdahaleler ile ilgili veri formu:

Örnekleme yer alan bireylerin özkıyım amacıyla uyguladığı yöntemler, acil serviste bireylere uygulanan müdahaleler, yapılan müdahale sonrasındaki tedavi takip şeklini, düzenlenen randevuya gelip gelmedikleri ve takipte tekrarlayan özkıyım girişimlerini içermektedir.

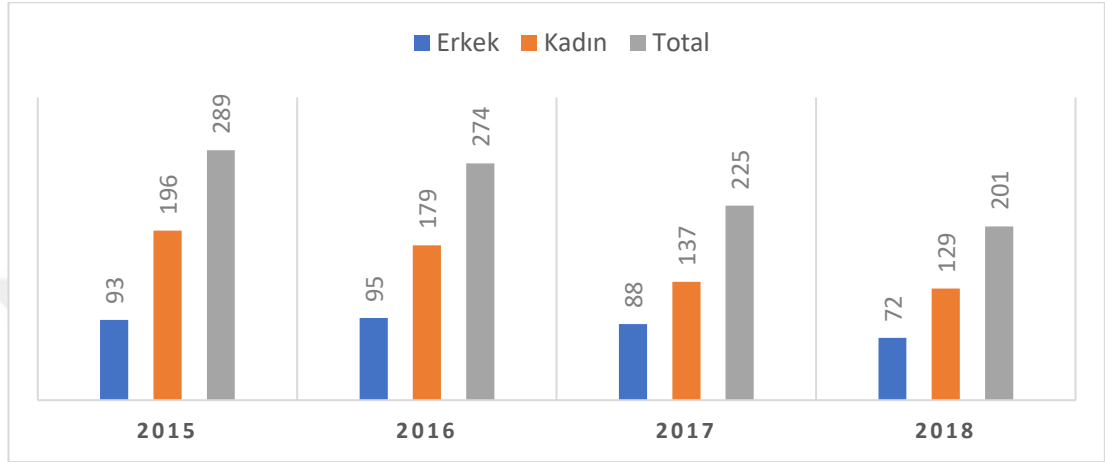
3.5 İstatistiksel Analiz

Bütün istatistiksel testlerde IBM SPSS Statistics Windows versiyon 24.0 kullanılmış ve en düşük anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki için χ^2 , sürekli değişkenler arasındaki ilişki için t testi, çoklu değişkenler arası ilişki için lineer ya da lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Hesaplanan olasılıklar oranları (OO) ya da katsayılar (β) %95 güven aralıkları (GA) ile verilmiştir. Olası karıştırıcı faktörlerin mevcutluğunda karşılıklı etkileşimlerinin anlaşılması için ikili lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Lojistik regresyon analiziyle saptanan ilişkiler, olasılık oranları (odds ratio) ve %95 güvenlik aralıkları ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan 989 kişinin başvurduğu yıllara göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. DEÜ Hastanesi acil servisine özkıyım girişimi nedeniyle başvuran hastaların yıllara göre dağılımı



Örneklemin %64,8’i (s=641) kadındı. Kişilerin yaş ortalaması 32,74 olup, en küçük vaka 18, en büyük vaka ise 90 yaşındadır. Bireylerden %40,4’ü (s=400) evli, %45,8’si (s=453) bekar, %13,8’si (s=136) boşanmıştı. Bireylerin %78,6 sı İzmir’in merkezinde yaşamakta olup, %16,2 si İzmir’in ilçelerinde, %5,3 i İzmir dışında bir ilde veya başka bir ülkede yaşamaktaydı. Bireylerin %78,8 i (s=779) ailesiyle, %9,8’ü (s=97) aile dışı bireylerle yaşamaktayken; %11,4 ’u (s=113) yalnız yaşamaktaydı. Özkıyım girişim yöntemlerine bakıldığında bireylerin %80,8 i (s=799) ilaç alımı yöntemini, %8,3 ü (n=82) kesi, vurma ya da yakma ile vücut bütünlüğünü bozma yöntemini, %2,4 ü (s=24) yüksekten atlama yöntemini, %1,6 sı (s=16) ası yöntemini, %5,1’i (s=50) koroziv madde & insektisid & zararlı madde içme yöntemini ve %1,8 i (s=18) diğer özkıyım girişim yöntemlerini kullanmışlardı. Çalışma örnekleminin sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1 DEÜ Hastanesi acil servisine 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2018 arasında özkıym girişimi nedeniyle başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullanılan yöntemlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırması

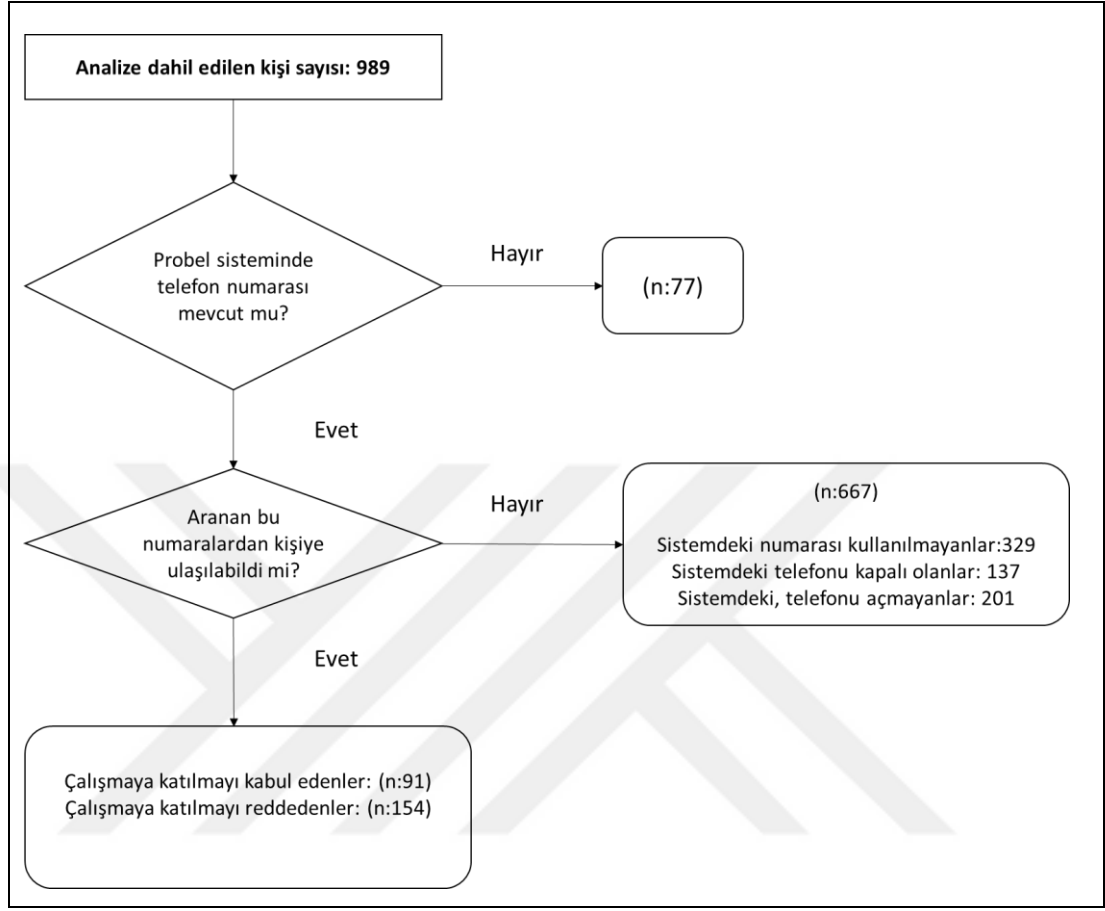
	Erkek (s: 348)	Kadın (s: 641)	Toplam (s: 989)	İstatistik ve p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Yaş				χ^2 : 5,6; 0,13
18-29	173 (49,7)	329 (51,3)	502 (50,8)	
30-44	100 (28,7)	209 (32,6)	309 (31,2)	
45-64	64 (18,4)	92 (14,4)	156 (15,8)	
65 ve üstü	11 (3,2)	11 (1,7)	22 (2,2)	
Yaşadığı yer				χ^2 : 0,2 ; 0,89
İzmir merkez	276 (79,3)	501 (78,2)	777 (78,6)	
İzmir ilçesi	55 (15,8)	105 (16,4)	160 (16,2)	
İzmir dışı	17 (4,9)	35 (5,5)	52 (5,3)	
Medeni durum				χ^2 : 10,8; 0,004
Evli	122 (35,1)	278 (43,4)	400 (40,4)	
Bekar	184 (52,8)	269 (41,9)	453 (45,8)	
Boşanmış	42 (12,1)	94 (14,7)	136 (13,8)	
Yaşama biçimi				χ^2 : 14,9; <0,001
Tek	45 (12,9)	68 (10,6)	113 (11,4)	
Aile ile	253 (72,7)	526 (82,1)	779 (78,8)	
Aile dışı bireylerle	50 (14,4)	47 (7,3)	97 (9,8)	
Özkıym girişimi yöntemi				χ^2 : 47,1; <0,001
İlaç alımı	243 (69,8)	556 (86,7)	799 (80,8)	

Yüksekten atlama	10 (2,9)	13 (2)	24 (2,4)	
Ası	11 (3,2)	5 (0,8)	16 (1,6)	
Kesi, vurma ya da yakma ile vücut bütünlüğünü bozma	44 (12,6)	37 (5,8)	82 (8,3)	
Koroziv madde & insektisid & zararlı madde kullanımı	27 (7,8)	23 (3,6)	50 (5,1)	
Diğer	13 (3,7)	5 (0,8)	18 (1,8)	

Araştırma tarihi içinde acil servise başvuran hastaların %4,1'inin (s=41) 2022 yılı itibariyle vefat ettiği anlaşılmıştır. Ölen hastaların %19,5'inin (s=8) tekrarlayan özkıyım girişimi sonucunda, %46,3 ünün (s=19) çeşitli tıbbi nedenlerle öldüğü saptanmış olup; %34,2 sinin (s=14) ölüm nedenine ulaşılammıştır. Buna göre araştırma evreninde *özkıyıma bağlı kaba ölüm hızının* yıllık en az 2,1/1000 kişi olduğu saptanmıştır.

Bir sonraki aşamada bireylere ulaşmak için hastane kayıt sistemindeki (PROBEL) iletişim bilgileri kullanıldı (Şekil 3'te gösterilmiştir). Hastane kayıt sisteminde bu kişilerin %7,8 inin (s=77) iletişim bilgisi yoktu. Geriye kalan 912 kişi, kendilerine ulaşılan kadar hastane kayıt sistemindeki numaralarından art arda üç gün boyunca arandılar. Bireylerin %67,4'ü (s=667) ile iletişim kurulamadı.

Şekil 3. Hastaların iletişim bilgilerine ulaşılma süreci ve çalışmaya katılmayı reddedenler



Örneklemede telefonla ulaşılabilen ve ulaşılabilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir. İki grup arasında bazı sosyodemografik özellikler açısından anlamlı farklılıklar vardı. Özkıyım girişiyle acil servise başvurduğu dönemde aile dışında bireylerle yaşayan kişilere ve İzmir dışı ya da Türkiye dışında yaşıyor; çeşitli sebeplerle o dönem İzmir’de bulunduğu için DEÜ acil servis başvurusu olan bireylere telefon ile ulaşma oranı daha düşüktü. Diğer sosyodemografik özellikler ve özkıyım girişi yöntemlerinin karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 2 Örneklemin ulaşılanlar ve ulaşılamayanlara göre sosyodemografik özellikler ve özkıyım girişimi yöntemlerinin karşılaştırılması

	Ulaşılanlar (s: 245)	Ulaşılamayanlar (s: 744)	Toplam (s: 989)	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	İstatistik ve <i>p</i>
Cinsiyet				χ^2 : 7 ; 0,08
Erkek	69 (28,2)	279 (37,5)	348 (35,2)	
Kadın	176 (71,8)	465 (62,5)	641 (64,8)	
Yaş				χ^2 : 6,7 ; 0,08
18-29	113 (46,1)	389 (52,3)	502 (50,8)	
30-44	80 (32,7)	229 (30,8)	309 (31,2)	
45-64	49 (20,0)	107 (14,4)	156 (15,8)	
65 ve üstü	3 (1,2)	19 (2,6)	22 (2,2)	
Yaşadığı yer				χ^2 : 10,8 ; 0,005
İzmir merkez	210 (85,7)	567 (76,2)	777 (78,6)	
İzmir ilçesi	29 (11,8)	131 (17,6)	160 (16,2)	
İzmir dışı	6 (2,4)	46 (6,2)	52 (5,3)	
Medeni durum				χ^2 : 1 ; 0,60
Evli	101 (41,2)	299 (40,2)	400 (40,4)	
Bekar	115 (46,9)	338 (45,4)	453 (45,8)	
Boşanmış	29 (11,9)	107 (14,4)	136 (13,8)	
Yaşama biçimi				χ^2 : 10,7 ; 0,005
Tek	27 (11)	86 (11,6)	113 (11,4)	
Aile ile	207 (84,5)	572 (76,8)	779 (78,8)	

Aile dışı bireylerle	11 (4,5)	86 (11,6)	97 (9,8)	
Özkıyım girişimi yöntemi				χ^2 : 8,3 ; 0,13
İlaç alımı	201 (82,0)	598 (80,4)	801 (81,0)	
Yüksekten atlama	11 (4,5)	13 (1,7)	23 (2,3)	
Ası	4 (1,6)	12 (1,6)	16 (1,6)	
Kesi, vurma ya da yakma ile vücut bütünlüğünü bozma	17 (6,9)	65 (8,7)	81 (8,2)	
Koroziv madde & insektisid & zararlı madde kullanımı	9 (3,7)	41 (5,6)	50 (5,1)	
Diğer	3 (1,2)	15 (2,0)	18 (1,8)	

Ulaşılan 245 kişiden %37,1 i (s=91) çalışmaya katılmayı reddetti. Geriye kalan 154 kişi ile görüşme yapıldı. Çalışmaya katılmayı reddedenlerin büyük kısmını (%59,3) genç erişkin yaş grubu (18-29) oluştururken; çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yaş dağılımı daha homojendi. 65 yaş üzerinde kabul eden iki, reddeden bir olmak üzere sadece üç hasta vardı. İzmir merkezi dışında yaşayan 35 kişinin 29 tanesi İzmir'in diğer ilçelerinde altısı ise İzmir dışı bir şehirde ya da yurtdışında yaşamaktaydı. Çalışmaya katılmayı kabul edenler ve reddedenlerin diğer sosyodemografik özellikleri ve kullanılan özkıyım girişimi yöntemleri açısından karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 3)

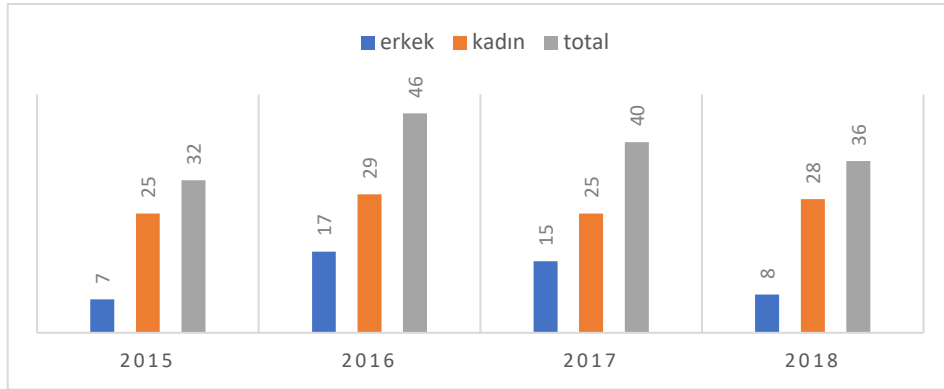
Tablo 3 Araştırma için ulaşılanların ileri görüşmeye katılmayı kabul edenler ve reddedenler açısından sosyodemografik özellikleri ve kullanılan yöntemlere göre karşılaştırması

	Kabul (s: 154)	Red (s: 91)	Toplam (s:245)	İstatistik ve p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet				χ^2 : 1,1 ; 0,28
Erkek	47 (30,5)	22 (24,2)	69 (28,2)	
Kadın	107 (69,5)	69 (75,8)	176 (71,8)	
Yaş				χ^2 : 10,5 ; 0,005
18-29	59 (38,3)	54 (59,3)	113 (46,1)	
30-44	56 (36,4)	24 (26,4)	80 (32,7)	
45 yaş ve üzeri	39 (25,3)	13 (14,3)	52 (21,2)	
Yaşadığı yer				χ^2 : 0,0 ; 1,0
İzmir merkez	132 (85,7)	78 (85,7)	210 (85,7)	
İzmir merkez dışı	22 (14,3)	13 (14,3)	35 (14,3)	
Başvuru yılı				χ^2 : 2,4 ; 0,47
2015	32 (20,8)	26 (28,6)	58 (23,7)	
2016	46 (29,9)	25 (27,5)	71 (29)	
2017	40 (26)	24 (26,4)	64 (26,1)	
2018	36 (23,3)	16 (17,5)	52 (21,2)	
Medeni durum				χ^2 : 5,6 ; 0,06
Evli	72 (46,7)	29 (31,9)	101 (41,2)	
Bekar	64 (41,6)	51 (56)	115 (46,9)	
Boşanmış	18 (11,7)	11 (12,1)	29 (11,8)	
Yaşama biçimi				χ^2 : 3,3; 0,19
Tek	14 (9,1)	13 (14,3)	27 (11)	

Aile dışı bireylerle	5 (3,2)	6 (6,6)	11 (4,5)	
Aile ile	135 (87,7)	72 (79,1)	207 (84,5)	
Özkıyım girişimi yöntemi				$\chi^2: 1,8 ; 0,86$
İlaç alımı	128 (83,1)	73 (80,2)	201 (82,0)	
Yüksekten atlama	6 (3,9)	5 (5,5)	11 (4,5)	
Ası	2 (1,3)	2 (2,2)	4 (1,6)	
Kesi, vurma ya da yakma ile vücut bütünlüğünü bozma	11 (7,1)	6 (6,6)	17 (6,9)	
Koroziv madde & insektisid & zararlı madde kullanımı	6 (3,9)	3 (3,3)	9 (3,7)	
Diğer	1 (0,6)	2 (2,2)	3 (1,2)	

Görüşme yapılan 154 kişinin başvuru yıllarına göre dağılımı Şekil 4'te gösterilmiştir.

Şekil 4. Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin DEÜ Hastanesi acil servisine özkıyım girişimi nedeniyle başvuru yıllarına göre dağılımı



Bu kişilerin %69,5'i (s=107) kadındı. Yaş ortalaması 34,9 (SS: $\pm$ 18-81) olarak saptandı. 65 yaş üzerinde sadece iki kişi vardı. Hastaların %46,8'si (s=72) evli, %41,5'i (s=64) bekar, %11,7'si (s=18) boşanmıştı. Bireylerin %85,7'si İzmir kent merkezinde ikamet etmekteydi. olup, %11,1 i İzmir'in ilçelerinde, %3,2'i İzmir dışında bir ilde veya Türkiye dışında başka bir ülkede yaşamaktaydı. Bireylerin %87,7'ü (s=135) ailesiyle yaşamaktayken; %3,2'si aile dışı bireylerle ve %9,1'i (s=14) yalnız yaşamaktaydı. Bireylerin %40,9'u (s=63) ilkokul ya da ilköğretim mezunu, %32,5'i (s=50) lise mezunu, %26,6'sı (s=41) lisans ve üzeri tahsil durumuna sahipti. Bireylerin %55,8'i (s=86) ise herhangi bir işte çalışmıyordu. Bireylerin çalışma durumu cinsiyetler arasında anlamlı farklılık göstermekteydi. Erkeklerin %59,6'sı bir işte çalışırken; kadınların %62,6'sı herhangi bir işte çalışmıyordu. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

	Erkek (s: 47)	Kadın (s: 107)	Toplam (s:154)	İstatistik ve p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Yaş				χ^2 : 1,4; 0,48
18-29	15 (31,9)	44 (41,1)	59 (38,3)	
30-44	20 (42,6)	36 (33,6)	56 (36,4)	
45 yaş ve üstü	12 (25,5)	27 (25,3)	39 (25,3)	
Yaşadığı yer				χ^2 : 0,1; 0,72
İzmir merkezi	41 (87,2)	91 (85,0)	132 (85,7)	
İzmir merkezi dışı	6 (12,8)	16 (15,0)	22 (14,3)	
Medeni durum				χ^2 : 2,5; 0,27
Evli	21 (44,7)	51 (47,7)	72 (46,8)	

Bekar	23 (48,9)	41 (38,3)	64 (41,5)	
Boşanmış	3 (6,4)	15 (14)	18 (11,7)	
Yaşama biçimi				χ^2 : 0,1; 0,67
Tek veya aile dışı bireyler ile	5 (10,6)	14 (13,1)	19 (12,3)	
Aile ile	42 (89,4)	93 (86,9)	135 (87,7)	
Eğitim Düzeyi				χ^2 : 2,1; 0,33
İlköğretim	20 (42,6)	43 (40,2)	63 (40,9)	
Lise	18 (38,3)	32 (29,9)	50 (32,5)	
Lisans, yüksek lisans ve doktora	9 (19,1)	32 (29,9)	41 (26,6)	
Çalışma Durumu				χ^2 : 6,5; 0,01
Çalışıyor	28 (59,6)	40 (37,4)	68 (44,2)	
Çalışmıyor	19 (40,4)	67 (62,6)	86 (55,8)	

Çalışmaya katılan bireylerin klinik özellikleri Tablo 5’te gösterilmiştir. Bireylerin %48,7’si (s=75) ise günde yarım paketten fazla sigara kullanıyordu. Bireylerin %51,3’ü (s=79) alkol kullanmazken, %30,5’i (s=47) düşük alkol tüketimine (ayda bir gün ile haftada bir gün arası) sahipti. Bireylerin %18,2’si (s=28) ise haftada en az iki gün alkol tüketmekteydi. Bireylerin %22,1’inde (s=34) hayatının belirli bir döneminde düzenli esrar kullanımı mevcuttu ve %9,7’si esrar dışında bir psikoaktif madde kullanımı öyküsüne sahipti.

Katılımcıların %57,8’inde (s=89) tıbbi hastalık öyküsü mevcutken, %75,3’ünde (s=116) psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttu. Psikiyatrik bir tanısı olmayan 38 kişiden sadece 7 kişi daha önce bir psikiyatrik yakınmasının olmadığını belirtmiş; kalan 31 kişi bir psikiyatrik sorunu/yakınması olduğu halde bir hekimden yardım talebinde bulunmadığını belirtmiştir. Katılımcıların

%9,1'inde (s=14) bir kez, %14,3'ünde (s=22) en az iki kez psikiyatri servisine yatırılarak tedavi görme öyküsü mevcuttu. Psikiyatri servisine yatış öyküsü oranı erkek hastalarda kadın hastalara göre anlamlı bir yükseklik mevcuttu (sırasıyla %36,2 ve %17,7). Bireylerin %17,5'inde (s=27) bir kez özkıyım girişimi öyküsü; %25,3'ünde (s=39) en az iki kez özkıyım girişimi öyküsü mevcuttu. Katılımcıların %9,7'sinde (s=15) ise ailesinde tamamlanmış özkıyım öyküsü mevcuttu.

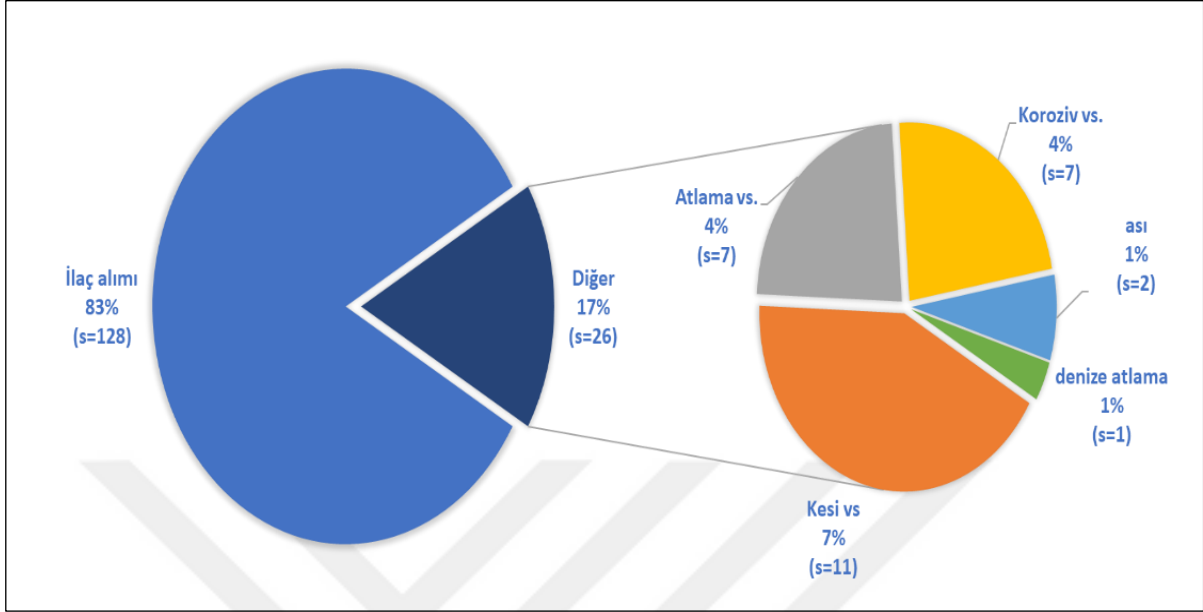
Tablo 5 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin cinsiyete göre klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Erkek (s: 47)	Kadın (s: 107)	Toplam (s:154)	İstatistik ve p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Sigara Kullanımı				χ^2 : 0,5 ; 0,74
Kullanmıyor	14 (29,8)	35 (32,7)	49 (31,8)	
Günde yarım paketten az kullanıyor	8 (17,0)	22 (20,6)	30 (19,5)	
Günde yarım paketten fazla kullanıyor	25 (53,2)	50 (46,7)	75 (48,7)	
Alkol Kullanımı				χ^2 : 7,2 ; 0,26
Alkol Kullanmıyor	18 (38,3)	61 (57,0)	79 (51,3)	
Düşük alkol tüketimi	15 (31,9)	32 (29,9)	47 (30,5)	
Hemen her gün	14 (29,8)	14 (13,1)	28 (18,2)	
Esrar Kullanımı				χ^2 : 0,4 ; 0,49
Yok	35 (74,5)	85 (79,2)	120 (77,9)	

Var	12 (25,5)	22 (20,6)	34 (22,1)	
Esrar dışında bir psikoaktif madde kullanımı				χ^2 : 0,06 ; 0,80
Yok	42 (89,4)	97 (90,7)	139 (90,3)	
Var	5 (10,6)	10 (9,3)	15 (9,7)	
Tıbbi Komorbidite				χ^2 : 3,3 ; 0,67
Yok	25 (53,2)	40 (37,4)	65 (42,2)	
Var	22 (46,8)	67 (62,6)	89 (57,8)	
Psikiyatrik Tanı				χ^2 : 0,02; 0,87
Yok	12 (25,5)	26 (24,3)	38 (24,7)	
Var	35 (74,5)	81 (75,7)	116 (75,3)	
Psikiyatrik yatış				χ^2 : 7,6 ; 0,02
Yok	30 (63,8)	88 (82,1)	118 (76,6)	
Bir kez	5 (10,6)	9 (8,4)	14 (9,1)	
Birden fazla	12 (25,6)	10 (9,3)	22 (14,3)	
Ailede tamamlanmış özkıyım				χ^2 : 4,4 ; 0,03
Yok	46 (97,9)	93 (86,9)	139 (90,3)	
Var	1 (2,1)	14 (13,1)	15 (9,7)	

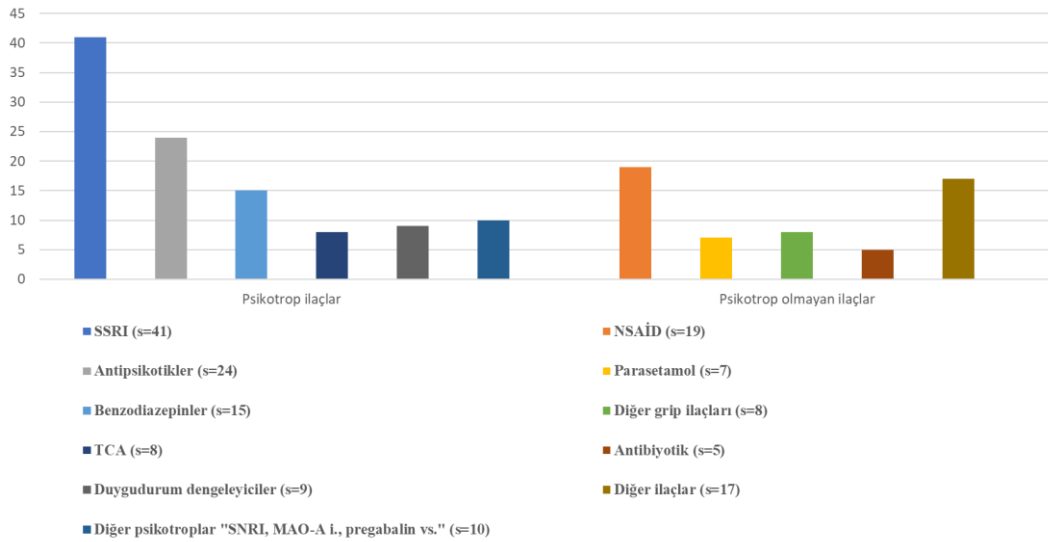
Katılımcıların %83,1 i (s=128) özkıyım girişimi olarak ilaç alımı yöntemini kullanmıştı. Diğer yöntemleri kullanan katılımcıların sayısı Şekil 5’de gösterilmiştir.

Şekil 5. Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin özkıyım girişimi yöntemleri



İlaç alımı yöntemini kullanan bireylerin %56,2 ü psikotrop ilaçları kullanırken; %33,6 sı psikotrop olmayan ilaçları, %10,2 si ise her iki gruptan da ilaç kullanmıştı. Özkıyım girişiminde kullanılan ilaçların dağılımı Şekil 6’da gösterilmiştir. İlaç alımı yöntemini kullananların %58,6’sı tek tür etken maddeli ilaç kullanırken, %41,4’ü birden fazla ilaç çeşidi kullanmıştı.

Şekil 6. İlaç alımı yöntemi kullanan bireylerin kullandıkları ilaç türleri



Katılımcılara acil serviste uygulanan müdahalelerin %64,9'u sadece psikiyatrik görüşmeden; %14,9 u görüşmeye ek olarak psikotrop bir ilaç tedavisi başlanmasından %20,2 si ise görüşmeye ek olarak önceden var olan ilaç tedavisinin düzenlenmesinden oluşuyordu. Acil serviste yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucu verilen kararlar ise katılımcıların %74,7 sinin taburculuk ve ayaktan tedavi; %25,3 ünün ise servis yatışı şeklindeydi. Servis yatışı kararı verilen 39 hastanın 13 ü psikiyatri servisine yatırıldı, dördü başka bir psikiyatri servisine yatırıldı, 13 ü yatış sırasına alındı, altısı ise tıbbi durumları nedeniyle psikiyatri dışı bir servise "Dahiliye, ortopedi, YBÜ vs." yatırılarak tedavi edildi. Katılımcıların %43,5 (s=67) i ilk 1 hafta içinde düzenlenen psikiyatri randevusuna gelmiş olup, %14,9'u (s=23) 1 hafta – 1 ay arasında randevusuna gelmiş ve %41,6'sı (s=63) randevusuna gelmemiştir. İzlemde hastaların %34,4'ü (s=53) ikinci bir özkıyım girişiminde bulunmuştu. Bireylerin ikinci girişimlerde kullandıkları yöntemlerin dağılımı Şekil 7'de gösterilmiştir. Katılımcıların özkıyım girişimi ve sonrasındaki değerlendirmelerinin özellikleri Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin cinsiyete göre özkıyım girişimi özelliklerinin karşılaştırılması

	Erkek (s: 47)	Kadın (s: 107)	Toplam (s:154)	İstatistik ve p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Özkıyım girişimi yöntemi				χ^2 : 2,0 ; (0,15)
İlaç alımı	36 (76,6)	92 (86,0)	128 (83,1)	
Diğer	11 (23,4)	15 (14,0)	26 (16,9)	
Acil serviste uygulanan müdahale				χ^2 : 0,9 ; (0,61)
Sadece görüşme	32 (68,1)	68 (63,6)	100 (64,9)	

Görüşme ve ilaç başlama	5 (10,6)	18 (16,8)	23 (14,9)	
Görüşme ve var olan ilaç tedavisinin düzenlenmesi	10 (21,3)	21 (19,6)	31 (20,2)	
Acil serviste verilen karar				χ^2 : 0,7 ; (0,39)
Taburculuk ve ayaktan izlem	33 (70,2)	82 (76,6)	115 (74,7)	
Servis yatışı	14 (29,8)	25 (23,4)	39 (25,3)	
Taburculuk sonrası 1 hafta içinde görüşme yapılmış mı?				χ^2 : 1,4; (0,22)
Hayır	30 (63,8)	57 (53,3)	87 (56,5)	
Evet	17 (36,2)	50 (46,7)	67 (43,5)	
İzlemde yeni bir özkıyım girişimi oldu mu?				χ^2 : 1; (0,29)
Hayır	28 (59,6)	73 (68,2)	101 (65,6)	
Evet	19 (40,4)	34 (31,8)	53 (34,4)	
Daha önce özkıyım girişimi				χ^2 : 0,8 ; 0,65
Yok	26 (55,3)	62 (57,9)	88 (57,1)	
Bir kez	7 (14,9)	20 (18,7)	27 (17,5)	
Birden fazla	14 (29,8)	25 (23,4)	39 (25,3)	

Şekil 7. İzlemede tekrarlayan özkıyım girişimi olan bireylerin (s=53) kullandığı yöntemlerin dağılımı



Süreçte tekrarlayan özkıyım girişimi olanların %32,1 i (s=17) düzenli bir işte çalışırken, tekrarlayan özkıyım girişimi olmayanlarda bu oran %50,5 (s=51) idi ($p=0,02$). Bireylerin çalışma durumu dışında diğer sosyodemografik özellikleri ile yeni özkıyım girişimi ile başvuru arasında anlamlı ilişki yoktu. Araştırma kapsamında görüşme yapılan 154 kişinin, süreçte yeni bir özkıyım girişimi olup olmasına göre sosyodemografik özellikleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıyım girişimine göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Başvuru sonrası özkıyım girişimi		Toplam (s:154)	İstatistik ve p
	Yok (s: 101)	Var (s: 53)		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet				χ^2 : 1,0 ; 0,29
Erkek	28 (27,7)	19 (35,8)	47 (30,5)	
Kadın	73 (72,3)	34 (64,2)	107 (69,5)	

Yaş				χ^2 : 1,8 ; 0,40
18-29	35 (34,7)	24 (45,3)	59 (38,3)	
30-44	38 (37,6)	18 (33,9)	56 (36,4)	
45 yaş ve üstü	28 (27,7)	11 (20,8)	39 (25,3)	
Yaşadığı yer				χ^2 : 1,5 ; 0,21
İzmir merkezi	84 (83,2)	48 (90,6)	132 (85,7)	
İzmir merkezi dışı	17 (16,8)	5 (9,4)	22 (14,3)	
Medeni durum				χ^2 : 0,9 ; 0,63
Evli	50 (49,5)	22 (41,5)	72 (46,8)	
Bekar	40 (39,6)	24 (45,3)	64 (41,6)	
Boşanmış	11 (10,9)	7 (13,2)	18 (11,7)	
Yaşama biçimi				χ^2 : 0,07 ; 0,78
Aile ile	88 (87,1)	47 (88,7)	135 (87,7)	
Tek veya aile dışı bireyler ile	13 (12,9)	6 (11,3)	19 (12,3)	
Eğitim Düzeyi				χ^2 : 4,8 ; 0,08
İlköğretim	41 (40,6)	22 (41,5)	63 (40,9)	
Lise	28 (27,7)	22 (41,5)	50 (32,5)	
Lisans, yüksek lisans ve doktora	32 (31,7)	9 (17,0)	41 (26,6)	
Çalışma durumu				χ^2 : 4,7 ; (0,02)
Çalışıyor	51 (50,5)	17 (32,1)	68 (44,2)	
Çalışmıyor	50 (49,5)	36 (67,9)	86 (55,8)	

Süreçte tekrarlayan özkıym girişimi olanlar, olmayanlara göre daha yüksek oranda günde yarım paketten fazla sigara kullanımı (sırasıyla %58,5 ve %43,6), daha fazla yüksek alkol tüketimi (sırasıyla %24,5 ve %14,9) daha yüksek düzenli esrar tüketimi (sırasıyla %32,1 ve %16,8) ve daha yüksek esrar dışı başka psikoaktif madde kullanımı (sırasıyla %18,9 ve %5) oranlarına sahipti. Alkol tüketimi dışında diğerleri istatistiksel olarak anlamlıydı. Süreçte tekrarlayan özkıym girişimi olan bireylerde, olmayanlara göre geçmişte bir psikiyatrik tanıya sahip olma oranı daha yüksekti (sırasıyla %88,7 ve %68,3) ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı. Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıym girişimine göre klinik özellikleri Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıym girişimine göre klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	Başvuru sonrası özkıym girişimi		Toplam (s:154)	İstatistik ve p
	Yok (s: 101)	Var (s: 53)		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Sigara kullanımı				χ^2 : 7,6 ; (0,02)
Kullanmıyor	31 (30,7)	18 (34,0)	49 (31,8)	
Günde yarım paketten az kullanıyor	26 (25,7)	4 (7,5)	30 (19,5)	
Günde yarım paketten fazla kullanıyor	44 (43,6)	31 (58,5)	75 (48,7)	
Alkol Kullanımı				χ^2 : 2,7 ; (0,25)
Alkol Kullanmıyor	52 (51,5)	27 (51,0)	79 (51,3)	
Düşük alkol tüketimi	34 (33,7)	13 (24,5)	47 (30,5)	

Hemen her gün	15 (14,9)	13 (24,5)	28 (18,2)	
Esrar Kullanımı				$\chi^2: 4,6 ; (0,03)$
Yok	84 (83,2)	36 (67,9)	120 (77,9)	
Var	17 (16,8)	17 (32,1)	34 (22,1)	
Esrar dışında başka madde kullanımı				$\chi^2: 7,6 ; (<0,01)$
Yok	96 (95)	43 (81,1)	139 (90,3)	
Var	5 (5)	10 (18,9)	15 (9,7)	
Tıbbi Komorbidite				$\chi^2: 0,04 ; (0,83)$
Yok	42 (41,6)	23 (43,4)	65 (42,2)	
Var	59 (58,4)	30 (56,6)	89 (57,8)	
Psikiyatrik Öykü				$\chi^2: 7,7 ; <0,01$
Yok	32 (31,7)	6 (11,3)	38 (24,7)	
Var	69 (68,3)	47 (88,7)	116 (75,3)	
Psikiyatrik yatış				$\chi^2: 3,6 ; (0,16)$
Yok	82 (81,2)	36 (67,9)	118 (76,6)	
Bir kez	8 (7,9)	6 (11,3)	14 (9,1)	
Birden fazla	11 (10,9)	11 (20,8)	22 (14,3)	
Ailede tamamlanmış özkıym				$\chi^2: 2,6 ; (0,10)$
Yok	94 (93,1)	45 (84,9)	139 (90,3)	
Var	7 (6,9)	8 (15,1)	15 (9,7)	

Süreçte tekrarlayan özkıym girişimi olanların, olmayanlara göre geçmişte özkıym girişimi öyküsüne sahip olma oranı anlamlı olarak daha fazlaydı (sırasıyla %62,3 ve %32,6). Bireylerin acil servisten ya da tedavi amacıyla yatırıldıkları diğerv servislerden taburculukları sonrasında ilk bir hafta içinde düzenlenen randevuya gelmeyenlerin oranı tekrarlayan özkıym girişimi olan grupta %67,9 iken tekrarlayan özkıym girişimi olmayan grupta %50,5 idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,03). Bireylerin başvuru sonrasındaki özkıym girişimlerine göre özkıym girişimiyle ilişkili özellikleri Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9 Araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin başvuru sonrası özkıym girişimine göre özkıym girişimi özelliklerinin karşılaştırılması

	Başvuru sonrası özkıym girişimi		Toplam	İstatistik ve p
	Yok (s: 101)	Var (s: 53)		
	Sayı (%)	Sayı (%)		
Özkıym girişimi yöntemi				χ^2 : 0,7 ; (0,37)
İlaç alımı	82 (81,2)	46 (86,8)	128 (83,1)	
Diğerv	19 (19,8)	7 (13,2)	26 (16,9)	
Acil serviste uygulanan müdahale				χ^2 : 0,9 ; (0,61)
Sadece görüşme	67 (66,3)	33 (62,3)	100 (64,9)	
Görüşme ve ilaç başlama	13 (12,9)	10 (18,9)	23 (14,9)	
Görüşme ve var olan ilaç tedavisinin düzenlenmesi	21 (20,8)	10 (18,9)	31 (20,1)	
Acil serviste verilen karar				χ^2 : 0,3 ; (0,53)

Taburculuk ve ayaktan izlem	24 (23,8)	15 (28,3)	39 (25,3)	
Servis yatışı	77 (76,2)	38 (71,7)	115 (74,7)	
Taburculuk sonrası 1 hafta içinde görüşme yapılmış mı?				$\chi^2: 4,2 ; (0,03)$
Evet	50 (49,5)	17 (32,1)	67 (43,5)	
Hayır	51 (50,5)	36 (67,9)	87 (56,5)	
Daha önce özkıyım girişimi				$\chi^2: 14,1 ; (<0,001)$
Yok	68 (67,3)	20 (37,7)	88 (57,1)	
Bir kez	16 (15,8)	11 (20,8)	27 (17,5)	
Birden fazla	17 (16,8)	22 (41,5)	39 (25,4)	

Çalışmanın bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişkeni arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler olasılık oranı ile değerlendirilmiştir. Taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde randevu düzenleme şeklindeki müdahale yöntemi ile bireyin ileride olası tekrarlayan özkıyım girişimi ilişkisini karıştırabilecek faktörler için uyarlanarak yeniden analiz yapılmıştır.

Bireyin çalışma durumu ile ileride tekrarlayan bir özkıyım girişiminde bulunması ile ilişkili bulunmuştur ve bu ilişki cinsiyet ve yaş değişkenlerine uyarlanmasıyla daha da güçlenmiştir. Yaş ve cinsiyet için uyarladığında bir işte çalışmıyor olanların düzenli bir işte çalışan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı 2,5 kat yüksek olmaktadır. Yaş ve cinsiyet için uyarladığında diğer sosyodemografik faktörler ile bireyin ileride olası tekrarlayan özkıyım girişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10 İlk başvuru sonrası dönemde tekrarlayan özkıyım girişimi ve ilişkili olduğu sosyodemografik faktörlerin lojistik regresyon analizi

	Olasılık Oranı ve %95 GA	p	Olasılık Oranı ve %95 GA¹	P	
Cinsiyet					
Erkek	Ref		-		
Kadın	0,7 (0,3-1,4)	0,29	0,7 (0,3-1,3)	0,21	
Yaş					
45 yaşı ve üstü	Ref		Ref		
30-44	1,2 (0,5-2,9)	0,68			
18-29	1,7 (0,7-4,1)	0,21			
Medeni durum					
Evli	Ref		Ref		
Bekar	1,3 (0,6-2,7)	0,39	0,9 (0,3-2,2)	0,83	
Boşanmış	1,4 (0,5-4,2)	0,50	1,5 (0,5-4,4)	0,47	
Yaşama biçimi					
Aile ile	Ref		Ref		
Tek veya aile dışı bireyler ile	0,8 (0,3-2,4)	0,78	0,7 (0,2-2,1)	0,58	
Eğitim Düzeyi					

Lisans, yüksek lisans ve doktora	Ref		Ref		
Lise	2,7 (1,1-7,0)	0,03	0,4 (0,1-1,2)	0,11	
İlköğretim	1,9 (0,7-4,7)	0,16	1,3 (0,6-2,9)	0,45	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	Ref		Ref		
Çalışmıyor	2,1 (1,1-4,3)	0,03	2,5 (1,1-5,4)	<0,01	

¹Yaş ve cinsiyete göre uyarlanmış olasılıklar oranı

Yaş ve cinsiyet için uyarladığında esrar dışında başka bir psikoaktif madde kullanımı olanların, kullanımı olmayan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı 3,9 kat yüksek bulunmuştur. Geçmişte psikiyatrik bir tanısı olan bireylerin olmayan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı 3,6 kat yüksek bulunmuştur. Yaş ve cinsiyet için uyarladığında diğer klinik faktörler ile bireyin ileride olası tekrarlayan özkıyım girişimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11 İlk başvuru sonrası dönemde özkıyım girişimi ve ilişkili olduğu klinik faktörlerin lojistik regresyon analizi

	Olasılık Oranı ve %95 GA	P	Olasılık Oranı ve %95 GA¹	p	
Sigara kullanımı					
Kullanmıyor	Ref		Ref		
Günde yarım paketten az kullanıyor	0,2 (0,1-0,8)	0,03	0,2 (0,1-0,7)	<0,01	
Günde yarım paketten fazla kullanıyor	1,2 (0,5-2,5)	0,61	1,0 (0,4-2,2)	0,94	
Alkol Kullanımı					
Alkol Kullanmıyor	Ref		Ref		
Düşük alkol tüketimi	0,7 (0,3-1,6)	0,44	0,6 (0,2-1,3)	0,23	
Hemen her gün	1,6 (0,7-4,0)	0,25	1,3 (0,5-3,4)	0,51	
Esrar Kullanımı					
Yok	Ref		Ref		
Var	2,3 (1,1-5,1)	0,03	2,0 (0,8-4,8)	0,1	
Esrar dışında başka madde kullanımı					
Yok	Ref		Ref		
Var	4,4 (1,4-13,8)	0,01	3,9 (1,2-12,9)	0,02	

Tıbbi Komorbidite					
Yok	Ref		Ref		
Var	0,9 (0,4-1,8)	0,82	1,1 (0,5-2,5)	0,65	
Psikiyatrik Öykü					
Yok	Ref		Ref		
Var	3,6 (1,4-9,3)	<0,01	3,6 (1,4-9,5)	<0,01	
Psikiyatrik yatış					
Yok	Ref		Ref		
Bir kez	1,7 (0,5-5,2)	0,35	1,6 (0,5-5,2)	0,38	
Birden fazla	2,2 (0,9-5,7)	0,08	2,2 (0,8-6,0)	0,09	
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü					
Yok	Ref		Ref		
Var	1,7 (0,87-3,3)	0,11	1,6 (0,8-3,3)	0,15	
Ailede tamamlanmış özkıym					
Yok	Ref		Ref		
Var	2,3 (0,8-6,9)	0,11	2,7 (0,9-8,4)	0,07	

¹Yaş ve cinsiyete göre uyarlanmış olasılıklar oranı

Yaş ve cinsiyet için uyarladığında geçmişte özkıyım girişi olanların, geçmişte özkıyım girişi olmayan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı 3,4 kat yüksek bulunmuştur. Geçmişteki özkıyım girişi sayıları incelendiğinde sadece bir özkıyım girişi deneyimi olan bireyler için anlamlı risk artışı saptanmazken, geçmişte birden fazla özkıyım girişi öyküsü olanlarda risk 4,5 kat yüksek saptanmıştır. Hastane taburculuğundan sonra ilk bir hafta içinde düzenlenen psikiyatri randevusuna gelmeyen bireylerin, randevusuna gelen bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı 2 kat yüksek bulunmuştur. Bu ilişki yaş ve cinsiyete göre uyarlandığında da devam etmektedir. Yaş ve cinsiyet için uyarladığında diğer özkıyım girişi ile ilişkili faktörler ile bireyin ileride olası tekrarlayan özkıyım girişi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12 İlk başvuru sonrası dönemde özkıyım girişi ve ilişkili olduğu özkıyım girişi ile ilişkili faktörler

	Olasılık Oranı ve %95 GA	p	Olasılık Oranı ve %95 GA¹	P	
Daha önce özkıyım girişi					
Yok	Ref		Ref		
Var	3,4 (1,7-6,8)	<0,001	3,4 (1,7-7,2)	<0,001	
Bir kez	2,3 (0,9-5,8)	0,06	2,3 (0,9-5,9)	0,07	
Birden fazla	4,4 (1,9-9,8)	<0,001	4,5 (1,9-10,5)	<0,001	
Özkıyım girişi yöntemi					

İlaç alımı	Ref		Ref		
Diğer	0,6 (0,2-1,6)	0,38	0,5 (0,2-1,5)	0,26	
Acil serviste verilen karar					
Servis yatışı	Ref		Ref		
Taburculuk ve ayaktan izlem	0,7 (0,3-1,6)	0,53	1,2 (0,5-2,6)	0,57	
Taburculuk sonrası 1 hafta içinde görüşme yapılmış mı?					
Evet	Ref		Ref		
Hayır	2,0 (1,0-4,1)	0,04	2,0 (1,0-4,1)	0,05	

¹Yaş ve cinsiyete göre uyarlanmış olasılıklar oranı

5. TARTIŞMA

Tıpta uzmanlık için yapılan bu tez çalışmasında 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında özkıyım girişimi ile DEÜ Hastanesi acil servisine başvuran hastaların taburculuk sonrasında düzenlenen psikiyatri randevusuna gelme durumlarının ileride tekrarlayan özkıyım girişimi olasılığına etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

Bu çalışma sonucunda acil servise özkıyım girişimiyle başvuran bireylerden taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde düzenlenen psikiyatri randevusuna gelmeyenlerin tekrarlayan özkıyım girişimi olasılığının, randevuya gelenlere göre iki kat fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmada kapsamında görüşme yapılan bireylerin yaklaşık üçte biri özkıyım girişimi nedeniyle acil servise başvurmasından sonra tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunmuştur. Bir işte çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişimi olasılığı daha fazla bulunmuştur. Çalışma durumu dışındaki sosyodemografik faktörlerle tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bireyin esrar dışında bir psikoaktif madde kullanımı olması, psikiyatrik bir tanısının bulunması ve geçmişte özkıyım girişimi öyküsünün bulunmasının tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığını arttırdığı, düşük miktarda sigara tüketiminin ise bu olasılığın riskini azalttığı bulunmuştur.

Madrid merkezli bir gözlemsel çalışmada, acil servise özkıyım girişimi ile başvuran hastalara taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde psikiyatri randevusu planlamanın, tekrarlayan özkıyım girişimi riskini üç yıllık bir takipte %25'e kadar düşürdüğü saptanmıştır (157). Güney Kore verilerinin kullanıldığı özkıyım girişimiyle acil servise başvuran 5874 kişinin incelendiği retrospektif kohort çalışmasında özkıyım girişiminden sonraki 7 gün içinde bir psikiyatri birimine başvuran hastalarda, gitmeyenlere göre bir yıl içinde yeniden özkıyım girişimi riskinin yarı yarıya azaldığı belirtilmiştir (158). Özkıyım girişimi için bilinen en önemli risk faktörlerinden birinin geçmiş özkıyım girişimleri olduğu göz önüne alındığında (159), yüksek riskli bireyler arasında özkıyım girişimini önlemeyi temel alan çalışmamız, acil servisten özkıyım girişiminde bulunanları taburcu etmeden önce sadece bir randevu planlayarak teması sürdürmenin, özkıyım girişiminin nüksetme riskini azaltabileceğini öne süren literatürdeki

verilere katkıda bulunmaktadır. Özkıyım girişiminde bulunanların önemli bir çoğunluğunun psikiyatrik bir tanısı olduğu bilinmektedir (94). Buna rağmen acil servise özkıyım girişimi ile başvuran kişilerin önemli bir kısmının psikiyatrik teması zayıftır. Güney Kore kohortunda acil servise özkıyım girişimi ile başvuran 5874 kişinin sadece %30'unun son 6 ay içinde psikiyatriye başvurduğu belirtilmiştir (158). Bizim çalışmamızda da araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin yaklaşık beşte birinin bir psikiyatrik yakınması/sorunu olduğu halde bir psikiyatriste başvurmadığını saptanmıştır. Bu bağlamda ilk 7 gün içinde randevu oluşturma ve burada yapılan psikiyatrik değerlendirme, uygulanması kolay, etkinliği kanıtlanmış ve düşük maliyetli bir yöntem olmasıyla rahatlıkla uygulanabilecek bir temas geliştirme müdahalesi olabilir.

Literatürde az sayıda çalışma özkıyım girişiminde bulunan bireylerin acil servis taburculuğu sonrasında psikiyatri başvurularını araştırmış olup, bu çalışmalarda değişen oranlarda katılım saptanmıştır. Shin ve arkadaşlarının Güney Kore'de yaptıkları bir çalışmada ise özkıyım girişiminde bulunan 525 kişiden 107'sinin (%20,4) acil servisten taburcu edildikten sonra polikliniğe başvurduğu belirtilmiştir (160). Fransa'da yapılan bir çalışmada 368 hastadan 261'si (%71) acil servisten taburcu edildikten sonra ayakta psikiyatrik bakım hizmetine başvurduğunu bildirmiştir, ancak bu çalışmada ne kadar süre sonra ulaşıldığı belirtilmemiştir (161). Danimarka'da yapılan bir çalışmada ayakta tedavi için, özkıyım girişiminden sonraki ilk hafta içinde planlanan tedaviye katılanların yüzdesi %57 idi (162). Tıpta uzmanlık için yapılan bu tez çalışmasında ise araştırma kapsamında görüşme yapılan bireylerin özkıyım girişimi sonrasında taburculuk sonrası düzenlenen randevuya katılım oranı ise %43,5 olarak hesaplanmıştır. Bu farklılık, ülkelerin sağlık sistemlerinin farklılığı, bu farklılıktan kaynaklanan randevu vermede zorluklar, sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığı ya da zorluğu gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Danimarka, İsveç, İrlanda gibi kişi başına düşen sağlık harcamaların daha yüksek olduğu Beveridge modeli sağlık sistemine sahip ülkelerde aynı gün randevu alabilme ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilme oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (163). 34 OECD ülkesinin ruh sağlığı hizmet performansı karşılaştırmasının yapıldığı bir çalışmada Danimarka altıncı, Fransa

dokuzuncu Türkiye on beşinci sıradayken, Güney Kore son sırada yer almıştır (164). 2020 yılında OECD ülkeleri içinde kaba özkıyım hızı en yüksek ülkenin Güney Kore olması, bu ülkenin farklı ülkelerdeki çalışmalar arasındaki bir hafta içinde psikiyatrik değerlendirme yapılabilme açısından en düşük orana sahip olmasının bir başka sebebi olabilir (165).

Çalışmamızda görüşme yapılan bireylerden %34,3'ü (53/154) özkıyım girişimi nedeniyle acil servise başvurmasından sonra tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunmuştur. Bu bulgu, indeks girişiminde bulunanların 2-5 yıllık takipleri sonrasında %23-31'inin daha sonra bir girişimde bulunduğu diğer araştırma sonuçlarıyla uyumludur (166–170).

Sosyodemografik faktörler “yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer” ile özkıyım girişiminin tekrarlanması arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların birçoğunda anlamlı ilişki saptanmamıştır. Christiansen ve arkadaşlarının çalışmasında bireyin bir işte çalışma durumu ve bazı meslek türleri ile tamamlanmış özkıyım arasında bir ilişki bulunmuş ancak tekrarlayan özkıyım girişimi ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (168). Scoliers ve arkadaşlarının beş yıllık izlem çalışmasında da bireyin çalışma durumu ile özkıyım girişiminin tekrarlanması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (166). İtalya’da yapılan ve tekrarlayıcı girişimciler ile tek özkıyım girişimi deneyimi olan kişilerin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise tekrarlayan girişimi yordayan tek sosyodemografik faktör bekar veya boşanmış/dul olmaktı (171). Fransa’da bir acil servise özkıyım girişimiyle başvuran hastalarda sonraki özkıyım girişimi için anlamlı bir yordayıcı sosyodemografik faktör bulunamamıştır (172). Kadın cinsiyetin tekrarlayan özkıyım girişimi için risk faktörü olduğunu belirten çalışmaların (166,168) yanı sıra cinsiyet ve tekrarlayan özkıyım girişimi ilişkisi olmadığını belirten (173,174) çalışmalar da mevcuttur. Araştırmamızda özkıyım girişimi ile acil servise başvuran bireylerin daha sonra tekrarlayan özkıyım girişimi ile başvurmasıyla istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olan tek sosyodemografik faktör bireyin çalışma durumudur. Bir işte çalışmayan bireylerin çalışan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı 2,5 kat fazla bulunmuştur. İşsizliğin tekrarlayan özkıyım girişimi eğilimini etkileyebileceği

en önemli mekanizmalardan biri, istihdamın ruhsal sağılığın depresyon, kaygı ve benlik saygısı gibi diğler boyutları üzerindeki olumlu etkisi (175) olabilir. Araştırmamız ile sosyodemografik faktörlerle özkıyım girişiminin tekrarlanması arasındaki ilişkiyi araştıran diğler bazı çalışmaların sonuçlarındaki bu farklılıklar toplumların kültürel özelliklerine, çalışmalardaki farklı izlem sürelerine, sosyal değışkenlere bağılı olabilir.

Literatürde sigara ve alkol kullanımı ile tekrarlayan özkıyım girişimleri arasında ilişkiyi inceleyen çalışmaların sonuçları tutarsızdır. Alkol kullanım ile tekrarlayan özkıyım girişimleri arasında anlamlı ilişkiye dair sonuçlar veren çalışmalar mevcutken (9,157,168,173), diğler bazı çalışmalarda (166,176) ve bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu durum sigara kullanımı ve tekrarlayan özkıyım girişimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürdeki araştırmaların sonuçları için de geçerliydi. Sigara kullanımı ile tekrarlayan özkıyım girişimleri arasında anlamlı ilişkiye dair sonuçlar veren çalışmalar mevcutken (177), diğler bazı çalışmalarda (9,168) ve bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bir çalışmada ise bu ilişkinin sadece erkek cinsiyet için anlamlı olduğı saptanmıştır (178). Bununla birlikte, sınırlı sayıda çalışma, sigara içme miktarı ve özkıyım arasındaki doz-yanıt ilişkisini araştırmıştır. Bir çalışmada nikotin bağımlılığı kriterlerini karşılamayan özkıyım girişimi ile ilişkili olduğı; ancak bağımlı olmadan düzenli kullanım (yaşamları boyunca en az dört hafta boyunca her gün sigara içmiş, ancak nikotin bağımlılığı için DSM-IV kriterlerini hiçbir zaman karşılamamış kişiler) ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır (179). Kessler ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içme miktarı ile özkıyım düşüncesi arasında bir doz-yanıt ilişkisi bildirilmektedir, ancak sigara içme miktarı ve özkıyım girişimi arasında doz-yanıt ilişkisi bulunamamıştır (180). Bir başka meta-analizin sonuçları ise sigara içme ve özkıyım arasındaki ilişkide nedensellik olmadığını, diğler bir ifadeyle, sigara içenler arasında özkıyım davranışı daha sık görülürken, özkıyım eğilimi olan bireylerde de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı daha yüksek olduğunu, bu durumun sigara içmenin özkıyım ile ilişkili olduğı anlamına geldiğini ancak sigara içmenin özkıyım girişimine neden olduğı anlamına gelmediğini belirtmektedir (181). Bu tutarsız sonuçlar sigara,

alkol kullanımının düzeyini belirlemede kullanılan yöntemlerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bazı çalışmalarda kişinin kullanım sıklığına “haftada kullandığı gün sayısı gibi” göre kriter belirlenirken bazı çalışmalarda belli bir doz eşiğinin üstü kriter olarak belirlenmiş, bazılarında da DSM kriterlerine göre kullanım bozukluğu kriterlerini karşılayıp karşılamamasına dikkat edilmiştir. Nikotine akut maruziyet frontal kortekste serotonin düzeylerini yükselterek depresif ve anksiyöz semptomları hafifletme gibi kısa vadeli bir etki yaratırken (182), kronik nikotin alımı ile frontal kortekste serotoninerjik etki azalabilmektedir (183). Bu iki bulgu, çalışmamızdaki düşük düzey sigara kullanımının tekrarlayan özkıyım girişimi ile negatif ilişkisini açıklayabilir. Bu negatif ilişki, dürtüsellik faktörü ile de açıklanabilir. Bazı çalışmalar (184,185), sigara tüketim miktarı ile dürtüsellik puanları arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Madde kullanımı ile tekrarlayan özkıyım arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürde madde kullanımının riski arttırdığı belirtilmektedir (157,172). Ancak kullanılan madde türlerine göre tekrarlayan özkıyım riskini sorgulayan çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Çalışmamızda bireyin düzenli esrar ve esrar dışında bir psikoaktif madde kullanımı olması tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığını arttırdığı bulunmuş; ancak yaş ve cinsiyete göre uyarlanmış analizlerde sadece esrar dışı psikoaktif madde kullanımının tekrarlayan özkıyım girişimini yordadığı saptanmış olup, bu bulgu literatür ile uyumludur.

Bireyin geçmişte bir psikiyatrik tanısının olmasıyla tekrarlayan özkıyım girişimi olasılığı 3,6 kat artmaktaydı. Bu sonuç özkıyım girişiminin tekrarlanmasını geçmiş psikiyatrik öyküyle ve psikopatoloji ölçümlerinde yüksek puanlarla ilişkilendiren literatürdeki çalışmalarla uyumluydu (157,166,168,176). Çalışmamızda geçmişte özkıyım girişimi olanların, geçmişte özkıyım girişimi olmayan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığı daha yüksek bulunmuştur. İspanya’da yapılan bir başka çalışmada ise geçmişte özkıyım girişimi olanların, geçmişte özkıyım girişimi olmayan bireylere göre tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunma olasılığının 2,32 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (157). Bu sonuçlar geçmişteki özkıyım girişiminin gelecekteki özkıyım girişimlerini yordadığını belirtmesi açısından

literatürdeki diğer araştırma sonuçlarıyla uyumludur (115,118,173). Bu çalışmada geçmişteki özkıyım girişimi sayılarına göre ayrı ayrı analiz edildiğinde, geçmişte sadece bir özkıyım girişimi olanlarda anlamlı bir risk artışı saptanmazken; geçmişte en az iki kez özkıyım girişimi olanlarda riskin 4,5 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer bir sonuç, Kanada’da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada da bulunmuştur. Bu çalışmada bir kez özkıyım girişiminde bulunanlarla karşılaştırıldığında, tekrarlayan özkıyım girişimleri olanların hem sonraki özkıyım girişimi riski hem de tamamlanmış özkıyım riski daha fazla olduğu saptanmıştır (186).

Araştırma tarihi içinde acil servise başvuran hastaların %4,1’inin (s=41) 2022 yılı itibariyle vefat ettiği anlaşılmıştır. Ölen hastaların önemli bir kısmının ölüm nedenine ulaşılmasa da, %19,5’inin (s=8) tekrarlayan özkıyım girişimi sonucunda öldüğü verisi göz önüne alındığında araştırma evreninde kaba özkıyım hızının yıllık en az 2,1/1000 kişi olduğu saptanmıştır. TÜİK verilerine göre İzmir’de 2015-2018 arası dört yılın kaba özkıyım hızı ortalaması 5,15/100000’dir (187). Bu veriler, bir özkıyım girişimiyle acil servis başvurusu öyküsü olan popülasyonun kaba özkıyım hızının genel toplumdan yaklaşık en az 40 kat fazla olduğunu göstermektedir. Güney Kore kohortunda özkıyım girişiminde bulunan 5874 kişinin %88,4 ü girişiminden sonraki 3 ay sonunda hayatta kalırken; 7 gün içinde; tüm nedenlere bağlı ölüm oranı %8,0; 7 gün-90 gün içinde ise %3,6 idi (158). Özellikle ilk 7 gündeki bu yüksek oran, olasılıkla ölüm nedeninin indeks girişim ile bağlantılı olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırma evreninde acil servise özkıyım girişimi ile başvuranların %64,8 i kadındı. Bu bulgu kadınların özkıyım girişimi açısından daha yüksek risk taşıdığını belirten diğer çalışmalarla uyumludur (9,20,84,157,172). Cinsiyet paradoksu, özkıyım ile ilgili literatürde kadınların özkıyım girişimi riskinin, erkeklerin ise tamamlanmış özkıyım riskinin daha fazla olduğunu açıklayan bir kavramdır (95). Avrupa Birliği sınırları içinde yapılan çok uluslu bir araştırmaya göre bunun önemli bir sebebi erkeklerin kadınlara oranla “ölümle sonuçlanma olasılığı daha yüksek” girişim yöntemlerini seçme olasılığının daha fazla olmasıdır (188). Araştırmamızda da özkıyım girişim yöntemlerine bakıldığında her iki cinsiyette de en sık ilaç alımı yönteminin kullanıldığı, ancak erkeklerin

kadınlara oranla daha yüksek oranda ası ve kesi, vurma ya da yakma ile vücut bütünlüğünü bozma yöntemini kullandıkları saptandı. Hindistan'da yapılan dört yıllık bir retrospektif çalışmada ise hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık kullanılan yöntemin ası olduğu bulunmuştur (189). Hindistan'da, eşi vefat eden kadınların ritüel olarak kendini kurban etmesi (Sanskritçe'de "iyi eş" anlamına gelen "sati") halen yaygın görülmektedir (190). Bu sonuçlar özkıyım girişimi yöntemleri seçiminde biyolojik cinsiyet faktörünün yanında toplumun ölüme ve özkıyım atıfları, o toplumdaki cinsiyet rolleri ve diğer kültürel özelliklerinin de önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda erkekler kadınlara oranla daha yüksek bekar olma ve daha düşük aileyle yaşama oranlarına sahipti. Literatürde medeni durumun ile özkıyım girişimi ilişkisinde cinsiyet farklılıklarına ilişkin veriler genellikle sosyoloji çalışmalarından kaynaklanmakta; psikiyatri literatüründe bu konu üzerine fazla durulmadığı gözlemlenmektedir. ABD ulusal kayıtlarına dayalı bir çalışmada boşanmanın/ayrılmanın hem erkekler hem de kadınlar için tamamlanmış özkıyım riskini artırsa da, erkekler için düzeltilmiş göreceli riskin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmış, boşanmanın/ayrılığın erkekleri kadınlardan daha fazla etkileyebileceği belirtilmiştir (191). Araştırmamızda özkıyım girişimiyle acil servise başvuran kadınların bir işte çalışma oranı erkeklere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır. Japonya'da yapılan bir çalışmada işsizliğin, erkekler için %33,2 ve kadınlar için %60,0 atfedilebilir risklerle özkıyım ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (192). Ancak gerek bizim çalışmamızda gerekse de bu çalışmada ev hanımı olan kadınların "çalışmıyor" şeklinde kodlanması, cinsiyetler arasında bu kadar anlamlı bir fark oluşmasına neden olmuş olabilir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışma evreninde bulunan 989 kişiden yalnızca %15,6 sı ile görüşme yapılabildi. Popülasyondaki bireylere ulaşılamamasında en büyük etken Probel sistemindeki telefon numaralarının artık kullanılmamasıydı. Ulaşılabilen kişilerin ise yaklaşık üçte biri çalışmaya katılmayı reddetti. Bu durum, kişilerin psikolojik sorunlar nedeniyle yardım aramaya yönelik olumsuz tutumları ve damgalanma kaygısından kaynaklanıyor olabilir (193). Geçmişte özkıyım girişimi olan kişiler, bu deneyimi olmayanlara göre daha fazla damgalanma algılarları ve daha fazla utanç duygusu yaşarlar (194). Acil servise başvurduğu dönemde aile dışında bireylerle yaşayan bireylere ulaşılamama oranı daha fazlaydı. Bu durum olasılıkla asker popülasyonundan kaynaklanmaktaydı. Askerlik görevini yaparken kışlada aile dışı bireylerle yaşayan kişiler özkıyım girişimi ile acil servise başvurdıklarında hastane kayıt sistemine o günkü nöbetçi amirin telefonu kaydedildiğinden bu kişilerin hemen hiçbirine ulaşamadı. Çalışmada ulaşılabilen ve ulaşılamayan bireylerin diğer sosyodemografik faktörler açısından anlamlı bir farklılık göstermemesi, sonuçların genellenebilirliği açısından olumlu bir faktördür.

Çalışmamızda “psikiyatrik öykü” değişkeninin büyük kısmı hastane kayıtlarından saptansa da belirli bir bölümü bireylerin öz bildirimlerinden oluşmaktaydı. SCID-V veya başka bir yapılandırılmış/yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi kullanılmadı. Bu nedenle 1 hafta içerisinde düzenlenen randevunun hangi psikopatolojilere sahip bireylerde daha fazla ya da daha az etkin olduğu saptanamadı. Bilgilerin hastaların bildirimlerine dayanması nedeniyle verilerin eksik ya da yanlış olabilmesi ve sonuçlara tesir etmesi olasıdır.

Araştırmada katılımcıların indeks özkıyım girişimi sonrasında sadece ilk hafta içinde psikiyatri randevularına gelmeleri baz alınmış; sonrasında psikiyatrik takibinin ve ilaç kullanımının olup olmamasına, olası ilaç kullanımında doz farklılıkları ya da tedavi uyumu gibi özkıyım girişimi riskiyle ilişkili faktörlere bakılamamıştır. Bu durum çalışmanın diğer bir önemli kısıtlılığıdır.

Özkıyımın multidisipliner (psiko-sosyo-biyolojik) bir fenomen olması ve gerek etyolojisinin ve gerek risk faktörlerinin çok kapsamlı olması her özkıyım araştırması için olduğu gibi bu araştırma için de önemli bir kısıtlılıktır.

7. SONUÇLAR

Çalışmamızda özkıyım girişimi ile acil servise başvuran hastalara taburculuk sonrası ilk bir hafta içinde poliklinik randevusu düzenleme şeklindeki temas artırma müdahalesinin tekrarlayan özkıyım girişimi oranına etkisini araştırılmış olup; çalışmanın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1. Acil servis taburculuğu sonrasındaki yedi gün içinde düzenlenen psikiyatri randevusuna gelen hasta grubu, sonrasında daha düşük bir tekrarlayan özkıyım girişimi riskine sahiptir.
2. Kişinin bilinen bir psikiyatrik bozukluk tanısının olması ve bilinen bir özkıyım girişimi öyküsünün olması daha yüksek tekrarlayan özkıyım girişimi riski ile ilişkili bulunmuştur.
3. Kişinin işsiz olması ve bilinen esrar dışı psikoaktif madde kullanımının olması daha yüksek tekrarlayan özkıyım girişimi riski ile ilişkili bulunmuştur.
4. Kişinin günde yarım paket sigarayı geçmeyecek şekilde düşük miktarda sigara tüketimi olması daha düşük tekrarlayan özkıyım girişimi riski ile ilişkili bulunmuştur.

8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. World Health Organization, Geneva. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
2. Perez VW. The Relationship Between Seriously Considering, Planning, and Attempting Suicide in the Youth Risk Behavior Survey. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2005;35(1):35–49.
3. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O’Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2007;37(3):264–77.
4. Li ZZ, Li YM, Lei XY, Zhang D, Liu L, Tang SY, et al. Prevalence of suicidal ideation in Chinese college students: A meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(10).
5. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide Preventing suicide. WHO Libr Cat Data. 2014;89.
6. Chen VCH, Cheng ATA, Tan HKL, Chen CY, Chen THH, Stewart R, et al. A community-based study of case fatality proportion among those who carry out suicide acts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(12):1005–11.
7. Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon JC, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: A retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly.* 2012;142(JULY):1–10.
8. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA, Silverman MM. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. *Suicide Life Threat Behav.* 2016;46(3):352–62.
9. Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M,

- Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *J Affect Disord*. 2013;150(3):840–6.
10. Boyd A, Van De Velde S, Vilagut G, De Graaf R, O'Neill S, Florescu S, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;173:245–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.002>
 11. McMain SF, Guimond T, Barnhart R, Habinski L, Streiner DL. A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(2):138–48.
 12. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Gerhard T, Blanco C. Suicide following deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2017;174(8):765–74.
 13. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1183–91.
 14. Sercan M. No Title. In: Özgüven, Halise Devrimci and Sercan M, editor. *İntihar Anlama ve Müdahale Temel Kitap*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. p. 2–458.
 15. Nişanyan S. No Title [Internet]. 2022. Available from: <https://www.nisanyansozluk.com/kelime/intihar>
 16. Zhan Y, Zhang B, Zhou Y, Zheng W, Liu W, Wang C, et al. A preliminary study of anti-suicidal efficacy of repeated ketamine infusions in depression with suicidal ideation. *J Affect Disord*. 2019;251(January):205–12.
 17. Silverman MM, De Leo D. Why there is a need for an international nomenclature and classification system for suicide. *Crisis*. 2016;37(2):83–7.
 18. Halicka J, Kiejna A. Differences between suicide and non-suicidal self-harm behaviours: A literary review. *Arch Psychiatry Psychother*.

2015;17(3):59–63.

19. Huang X, Ribeiro JD, Franklin JC. The Differences Between Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Are Complex (vs. Complicated or Simple). *Front Psychiatry*. 2020;11(April):1–15.
20. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12(December):307–30.
21. Georges Minois. İntiharın Tarihi. Dost Kitabevi. 2008. 374 p.
22. Şen N. Batı Düşünce Tarihinde İntiharın Algısal İnşası. İstanbul Üniversitesi. 2008;191–203.
23. Platon. Yasalar. 3rd ed. Kabalcı Yayınevi; 2007.
24. Sümer N. ANTİK Ve İlkel Toplumlarda İntihar Olgusu. Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Derg [Internet]. 2016;1(1):83–116. Available from: <https://dergipark.org.tr/siirtilahiyat/issue/17278/180506>
25. Odağ C. İntihar (Özkıyım)-Tanım, Kuram, Sağaltım. 2nd ed. İzmir: Odağ Vakfı Yayınları; 2002. 5–95 p.
26. Özkan S. Batıdan Bir Okumayla İntiharın Kısa Tarihi [Internet]. 2012. Available from: <http://www.gunceltarih.org/2012/05/batdan-bir-okumayla-intiharn-ksa-tarihi.html>
27. Akşit B. Köy, Kasaba ve Kentlerde Toplumsal Değişme. Toplum, Siyaset ve Kültür Dönüşümleri Üzerine Araştırmalar. Ankara: Turhan Kitabevi; 1985.
28. Kołodziej-Sarzyńska M, Majewska M, Juchnowicz D, Karakuła-Juchnowicz H. Risk factors of suicide with reference to the theory of social integration by Émile Durkheim. *Psychiatr Pol*. 2019;53(4):865–81.
29. Naguy, A. Elbadry H, Salem H. Suicide: A Précis! *J Fam Med Prim Care*. 2020;9(8):4009–15.
30. Durkheim E. İntihar. 5th ed. İzmir: Cem Yayınevi; 2019. 412 p.
31. Khan AR, Shimul SMAK, Arendse N. Suicidal behaviour and the

- coronavirus (COVID-19) pandemic: Insights from Durkheim's sociology of suicide. *Int Soc Sci J*. 2021;71(Undp 2020):7–21.
32. Pridmore S. Suicide: Reframing the problem from the perspective of Durkheim. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020;54(1):105–6.
33. ŞEKER A. Durkheim'in Sosyolojisinde İntihar Olgusu ve İntiharla Mücadelede Sosyal Hizmetin İşlevi. *Mavi Atlas*. 2019;7(1):90–110.
34. Köse A, Arslan F. Sosyolojik Bir Olgu Olarak İntihar. *Sivas Cumhuri Üniversitesi Sos Bilim Derg*. 2019;1(1):1–20.
35. Lester D. Suicide, homicide and the quality of life in various countries. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;81(4):332–4.
36. Ayyıldız B. Cesare Pavese, Italo Svevo ve Tezer Özlü'de İntihar Kavramı. *Erdem*. 2015;(69):22–40.
37. sungur Z. İntihar Olgusunun Sosyal Ve Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi Ve Eskişehir Bölgesi'Nde Bir Uygulama çalışması. *Anadolu Univ ProQuest Diss Publ [Internet]*. 2018; Available from: <https://www.proquest.com/docview/2572340571?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
38. Lester D. Toward a Theory of. *Entrep Theory Pract [Internet]*. 1988;19(2):7–21. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001872678303601003%0A> <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/104225879501900202>
39. Lester D. Theories of attempted suicide: Should they differ from theories of completed suicide? *Clin Neuropsychiatry*. 2009;6(5):188–91.
40. YEĞENOĞLU İ. İntiharın Anlamı, İntihar ve İntihara Yönelik Tutumlar. 2015;105.
41. Barzilay S, Apter A. Psychological Models of Suicide. *Arch Suicide Res*. 2014;18(4):295–312.
42. Canbolat, F. ve Gençöz T. İntihara ilişkin psikanalitik kuramlar: Freud ve sonrası. In: Devrimci Özgüven, Halise & Sercan M, editor. *İntiharı*

- Anlama ve Müdahale: Temel Kitap. 1st ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2019. p. 64–72.
43. Valach L, Michel K, Young RA. Suicide as a Distorted Goal-Directed Process: Wanting to Die, Killing, and Being Killed. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(11):812–9.
 44. Blass RB. On “the fear of death” as the primary anxiety: How and why Klein differs from Freud. *Int J Psychoanal.* 2014;95(4):613–27.
 45. Klein M. A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. 2009;(1935):1–14.
 46. Ronningstam E, Weinberg I, Maltzberger J. Psychoanalytic theories of suicide. In: Wasserman D, editor. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention*. 2nd ed. Glasgow; 2021. p. 147–57.
 47. Kernberg O. Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık. 4th ed. Büyükkal Banu, editor. İstanbul: Metis Yayınları; 2019. 360 p.
 48. Kohut H. Kendiliğin çözümlenmesi. 6th ed. Atbaşoğlu C, Büyükkal B, İşcan C, editors. İstanbul: Metis Yayıncılık; 2022. 288 p.
 49. Mikhailova O. Suicide in psychoanalysis. *Psychoanal Soc Work.* 2006;12(2):19–45.
 50. Beck A. *Thinking and Depression*. 1963;
 51. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and Suicidal Behavior. *JAMA.* 1975;234:1146–9.
 52. Beck AT. Beyond Belief A Theory Of Modes Personality And Psychopathology. In: Salkovskis PM, editor. *Frontiers Of Cognitive Therapy* [Internet]. The Guilford Press.; 1996. p. 1–25. Available from: <https://archive.org/details/beck-1996-beyond-belief-a-theory-of-modes-personality-and-psychopathology-from-p/mode/2up>
 53. Rudd MD. Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *J Contemp Psychother.* 2004;34(1):59–72.

54. Rudd MD. Fluid Vulnerability Theory: A Cognitive Approach to Understanding the Process of Acute and Chronic Suicide Risk. *Cogn suicide Theory, Res Ther*. 2007;355–68.
55. Bryan CJ, Butner JE, May AM, Harris J, Bryan AO. theory of suicide. 2021;1–22.
56. Bulut BP, Demirbaş H. Breaking Point: Second Generation Suicide Theories. *Nesne Psikol Derg*. 2021;9:418–31.
57. Wenzel A, Beck AT. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Appl Prev Psychol*. 2008;12(4):189–201.
58. Shneidman ES. Commentary: Suicide as psychache. Vol. 181, *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993. p. 145–7.
59. Shneidman ES. The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 1999;29(4):287–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10636323>
60. Lester D. Theories of suicidal behavior applied to Sylvia Plath. *Death Stud*. 1998;22(7):655–66.
61. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The Interpersonal Theory of Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis of a Decade of Cross-National Research. *Psychol Bull*. 2018;143(12):1315–45.
62. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575–600.
63. Stewart SM, Eaddy M, Horton SE, Hughes J, Kennard B. The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017;46(3):437–49.
64. Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord*. 2013;15(5):524–41.
65. John Mann J. The serotonergic system in mood disorders and suicidal

- behaviour. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2013;368(1615).
66. Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(1):11–25.
 67. Carlborg A, Jokinen J, Nordström AL, Jönsson EG, Nordström P. CSF 5-HIAA, attempted suicide and suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Schizophr Res* [Internet]. 2009;112(1–3):80–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.04.006>
 68. Lidberg L, Tuck JR, Åsberg M, Scalia-Tomba GP, Bertilsson L. Homicide, suicide and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand.* 1985;71(3):230–6.
 69. Chatzittofis A, Nordström P, Hellström C, Arver S, Åsberg M, Jokinen J. CSF 5-HIAA, cortisol and DHEAS levels in suicide attempters. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(10):1280–7.
 70. Sharma R, Tikka SK, Yadav AK, Bhute AR, Dhamija P, Bastia BK. Cerebrospinal fluid monoamine metabolite concentrations in suicide attempt: A meta-analysis. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2021;62(May):102711. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102711>
 71. Spreux-Varoquaux O, Alvarez JC, Berlin I, Batista G, Despierre PG, Gilton A, et al. Differential abnormalities in plasma 5-HIAA and platelet serotonin concentrations in violent suicide attempters. Relationships with impulsivity and depression. *Life Sci.* 2001;69(6):647–57.
 72. Tyano S, Zalsman G, Ofek H, Blum I, Apter A, Wolovik L, et al. Plasma serotonin levels and suicidal behavior in adolescents. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006;16(1):49–57.
 73. Alda M, Hrdina PD. Distribution of platelet 5-HT(2A) receptor densities in suicidal and non-suicidal depressives and control subjects. *Psychiatry Res.* 2000;94(3):273–7.
 74. Malone KM, Corbitt EM, Li S, Mann JJ. Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. *Br J*

- Psychiatry. 1996;168(MAR.):324–9.
75. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. *Arch Suicide Res.* 2007;11(3):235–46.
 76. Kim YK, Hwang JA, Lee HJ, Yoon HK, Ko YH, Lee BH, et al. Association between norepinephrine transporter gene (SLC6A2) polymorphisms and suicide in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord [Internet].* 2014;158:127–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.01.018>
 77. Ren X, Rizavi HS, Khan MA, Dwivedi Y, Pandey GN. Altered Wnt signalling in the teenage suicide brain: Focus on glycogen synthase kinase-3 β and β -catenin. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2013;16(5):945–55.
 78. Pandey GN, Sharma A, Rizavi HS, Ren X. Dysregulation of Protein Kinase C in Adult Depression and Suicide: Evidence from Postmortem Brain Studies. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2021;24(5):400–8.
 79. Fusar-Poli L, Aguglia A, Amerio A, Orsolini L, Salvi V, Serafini G, et al. Peripheral BDNF levels in psychiatric patients with and without a history of suicide attempt: A systematic review and meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry [Internet].* 2021;111(April):110342. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110342>
 80. Melhem N, Munroe S, Marsland A, Gray K, Brent D, Porta G, et al. Blunted HPA axis activity prior to suicide attempt and increased inflammation in attempters. *Psychoneuroendocrinology.* 2018;176:139–48.
 81. Berardelli I, Serafini G, Cortese N, Fiaschè F, O’connor RC, Pompili M. The involvement of hypothalamus–pituitary–adrenal (Hpa) axis in suicide risk. *Brain Sci.* 2020;10(9):1–12.
 82. Sherman RE, Anderson SA, Dal Pan GJ, Gray GW, Gross T, Hunter NL, et al. Real-World Evidence — What Is It and What Can It Tell Us?

- N Engl J Med. 2016;375(23):2293–7.
83. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1–23.
 84. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617–28.
 85. Devrimci-Ozguven H, Sayil I. Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):324–9.
 86. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Ölüm İstatistikleri, 2018. 2019;2017–8.
 87. TOPUZOĞLU A. Türk i ye’de İ nt i har Ep i dem i yoloj i s i ve İ nt i har ı n Toplum Ruh Sa ğ l ı ğ ı Aç ı s ı ndan Önem i. 2021;
 88. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, de Almeida RMM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(11):3767–77.
 89. Zhang J, Mckeown RE, Hussey JR, Thompson SJ, Woods JR. Gender differences in risk factors for attempted suicide among young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Ann Epidemiol*. 2005;15(2):167–74.
 90. Hawton K, Saunders KEA, O’Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet [Internet]*. 2012;379(9834):2373–82. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
 91. Rogers ML, Ringer FB, Joiner TE. The association between suicidal ideation and lifetime suicide attempts is strongest at low levels of depression. *Psychiatry Res [Internet]*. 2018;270(September):324–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.061>
 92. Dendup T, Zhao Y, Dorji T, Phuntsho S. Risk factors associated with

- suicidal ideation and suicide attempts in Bhutan: An analysis of the 2014 Bhutan STEPS Survey data. *PLoS One*. 2020;15(1):1–13.
93. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Depress Sci Ment Heal*. 2013;6:31–40.
 94. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101(1–3):27–34.
 95. Canetto SS, Sakinofsky I. The Gender Paradox in Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*. 1998;28(1):1–23.
 96. Fennig S, Geva K, Zalzman G, Weitzman A, Fennig S, Apter A. Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit. *Compr Psychiatry*. 2005;46(2):90–7.
 97. McAndrew FT, Garrison AJ. Beliefs about gender differences in methods and causes of suicide. *Arch Suicide Res*. 2007;11(3):271–9.
 98. Lester D. Testosterone and suicide: an explanation of sex differences in fatal suicidal behavior. *Pers Individ Dif*. 1993;15(3):347–8.
 99. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Popul Health Metr*. 2021;19(1):1–11.
 100. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med [Internet]*. 2018;197:116–26. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
 101. Pandey AR, Bista B, Ram Dhungana R, Aryal KK, Chalise B, Dhimal M. Factors associated with suicidal ideation and suicidal attempts among adolescent students in Nepal: Findings from Global School-based Students Health Survey. *PLoS One*. 2019;14(4):1–13.
 102. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in

- Australia 1907-1990. *Soc Sci Med*. 1993;36(6):749–56.
103. Chang S, Sen, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347(7925):1–15.
 104. Christiansen E, Larsen KJ, Agerbo E, Bilenberg N, Stenager E. Incidence and risk factors for suicide attempts in a general population of young people: A Danish register-based study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013;47(3):259–70.
 105. Lorant V, Kunst AE, Huisman M, Bopp M, Mackenbach J. A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Soc Sci Med*. 2005;60(11):2431–41.
 106. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: Record linkage study. *Br Med J*. 1998;317(7168):1283–6.
 107. Pompili M, Vichi M, Qin P, Innamorati M, De Leo D, Girardi P. Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study. *J Affect Disord [Internet]*. 2013;147(1–3):437–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.046>
 108. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300–10.
 109. May AM, Klonsky ED. What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clin Psychol Sci Pract*. 2016;23(1):5–20.
 110. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depress Anxiety*. 2010;27(9):791–8.
 111. Selaman ZMH, Chartrand HK, Bolton JM, Sareen J. Which symptoms

- of post-traumatic stress disorder are associated with suicide attempts? *J Anxiety Disord* [Internet]. 2014;28(2):246–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.005>
112. Sharma B, Nam EW, Kim HY, Kim JK. Factors associated with suicidal ideation and suicide attempt among school-going urban adolescents in Peru. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(11):14842–56.
113. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2007;164(4 Suppl):5–123.
114. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerde Kişilik Bozukluğu Ve Bazı {Dotless} Klinik Değişkenler. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2014;15(1):24–30.
115. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi : Risk Faktörleri ve Takip. *Klin Psikiyatr Derg*. 2012;15:218–25.
116. Kabadayı Şahin E, Şan İ, Bekgöz B, Albay B. Investigation of Sociodemographic Characteristics and Results of Recurrent Suicide Attempts: Sample of Ankara Province. *Bull Leg Med*. 2022;27(1):10–6.
117. Hvid M, Vangborg K, Sørensen HJ, Nielsen IK, Stenborg JM, Wang AG. Preventing repetition of attempted suicideII. the Amager Project, a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*. 2011;65(5):292–8.
118. Schmidtke A, Phillipe I, Temesvary B, Wasserman D, Fricke S. Attempted suicide and sociodemogra suicide attempters in Europe: rates, trend phic characteristics of A during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. 1996;
119. Ilgen MA, Zivin K, McCammon RJ, Valenstein M. Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2008;30(6):521–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.09.003>
120. Katayama M, Naritomi H, Oomura M, Nukata M, Yamamoto S, Araki

- K, et al. Case reports of unexpected suicides in patients within six months after stroke. *Kobe J Med Sci*. 2010;56(5):184–94.
121. Eriksson M, Glader EL, Norrving B, Asplund K. Poststroke suicide attempts and completed suicides : A socioeconomic and nationwide perspective. *Neurology*. 2015;84(17):1732–8.
 122. Abraham N, Buvanawari P, Rathakrishnan R, Tran BX, Thu GV, Nguyen LH, et al. A meta-analysis of the rates of suicide ideation, attempts and deaths in people with epilepsy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8).
 123. McFarland DC, Walsh L, Napolitano S, Morita J, Jaiswal R. Suicide in Patients With Cancer: Identifying the Risk Factors. 2019;33(2):221–6.
 124. Onyeka IN, Maguire A, Ross E, O'Reilly D. Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;
 125. Ekici G, Savaş HA, Çitak S. Tamamlanmış intiharlarda iki önemli risk etmeni: Fiziksel hastalığın varlığı ve yetersiz dozda psikiyatrik tedavi. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2001;11(3):168–73.
 126. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2006;47(3–4):372–94.
 127. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002;360(9340):1126–30.
 128. Pitman A, Osborn DPJ. Cross-cultural attitudes to help-seeking among individuals who are suicidal: New perspective for policy-makers. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):8–10.
 129. Dieserud G, Røysamb E, Ekeberg Ø, Kraft P. Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A Cognitive Psychological Approach. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2001;31(2):153–68.

130. Kazan D, Calear AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;190:585–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.003>
131. Chau K, Kabuth B, Chau N. Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *Biomed Res Int*. 2014;2014.
132. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *J Affect Disord*. 2019;245:653–67.
133. Freudenstein O, Zohar A, Apter A, Shoval G, Weizman A, Zalsman G. Parental bonding in severely suicidal adolescent inpatients. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2011;26(8):504–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.01.006>
134. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, et al. Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017;256:353–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.082>
135. Lipsicas CB, Mäkinen IH, Wasserman D, Apter A, Kerkhof A, Michel K, et al. Repetition of attempted suicide among immigrants in Europe. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10):539–47.
136. Oh H, Stickley A, Koyanagi A, Yau R, DeVyllder JE. Discrimination and suicidality among racial and ethnic minorities in the United States. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;245(November 2018):517–23. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.059>
137. LeardMann CA, Matsuno RK, Boyko EJ, Powell TM, Reger MA, Hoge CW. Association of Combat Experiences With Suicide Attempts Among Active-Duty US Service Members. *JAMA Netw open*. 2021;4(2):e2036065.
138. Karimi A, Bazayr J, Malekyan L, Daliri S. Prevalence of Suicidal

- Ideation and Suicide Attempts after Disaster and Mass Casualty Incidents in the World: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iran J Psychiatry*. 2022;17(1):99–109.
139. Niederkrotenthaler T, Kirchner S, Till B, Sinyor M, Tran US, Pirkis J, et al. Systematic review and meta-analyses of suicidal outcomes following fictional portrayals of suicide and suicide attempt in entertainment media. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2021;36:100922. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100922>
140. Sedgwick R, Epstein S, Dutta R, Ougrin D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(6):534–41.
141. Tanrıver U. İNTİHAR MEKTUPLARININ PSİKODİL BİLİMSEL İÇERİK VE TÜR ÖZELLİKLERİ BAĞLAMINDA İNCELENMESİ: ADLİ DİL BİLİMSEL BİR YAKLAŞIM. Hacettepe Üniversitesi; 2016.
142. Kim B, Ahn JH, Cha B, Chung YC, Ha TH, Hong Jeong S, et al. Characteristics of methods of suicide attempts in Korea: Korea National Suicide Survey (KNSS). *J Affect Disord* [Internet]. 2015;188:218–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.050>
143. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *BMJ*. 2010;341(7765):186.
144. Barker A, Hawton K, Fagg J, Jennison C. Seasonal and weather factors in parasuicide. *Br J Psychiatry*. 1994;165(SEP.):375–80.
145. Rock DJ, Greenberg DM, Hallmayer JF. Impact of case fatality on the seasonality of suicidal behaviour. *Psychiatry Res*. 2005;137(1–2):21–7.
146. Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(2):531–47.
147. Akkaya-Kalayci T, Vyssoki B, Winkler D, Willeit M, Kapusta ND, Dorffner G, et al. The effect of seasonal changes and climatic factors on suicide attempts of young people. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):1–7.

148. Fleming TM, Merry SN, Robinson EM, Denny SJ, Watson PD. school students in New Zealand. *R Aust New Zeal Coll Psychiatr*. 2007;(June 2006):214–21.
149. Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, Brown G, Capoccia L, Currier G, et al. Reducing Suicide Risk: Challenges and Opportunities in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2016;68(6):758–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.05.030>
150. Boudreaux ED, Miller I, Goldstein AB, Sullivan AF, Allen MH, Manton AP, et al. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): Method and design considerations. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2013;36(1):14–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.008>
151. Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Sugimoto T, Furuno T, et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;175:66–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>
152. Jason B, Hack J, Hoffman R. Zehirlenmiş Hastaya Genel Yaklaşım. In: JE T, editor. *Tintinalli Acil Tıp*. 2nd ed. istanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. p. 1187–93.
153. Mills PD, Watts BV, DeRosier JM, Tomolo AM, Bagian JP. Suicide attempts and completions in the emergency department in Veterans Affairs Hospitals. *Emerg Med J*. 2012;29(5):399–403.
154. Betz ME, Sullivan AF, Manton AP, Espinola JA, Miller I, Camargo CA, et al. Knowledge, attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):1005–12.
155. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis

- of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187–232.
156. Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychol Sci.* 2010;21(4):511–7.
157. Martínez-Alés G, Jiménez-Sola E, Román-Mazuecos E, Sánchez-Castro MP, de Dios C, Rodríguez-Vega B, et al. An Emergency Department-Initiated Intervention to Lower Relapse Risk after Attempted Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2019;49(6):1587–99.
158. Kim H, Kim Y, Shin MH, Park YJ, Park HE, Fava M, et al. Early psychiatric referral after attempted suicide helps prevent suicide reattempts: A longitudinal national cohort study in South Korea. *Front Psychiatry.* 2022;13(September):1–11.
159. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord [Internet].* 2015;175:147–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
160. Shin J, Yang S, Park DH, Ryu SH, Ha JH, Kim JW, et al. Predictors of psychiatric outpatient adherence after an emergency room visit for a suicide attempt. *Psychiatry Investig.* 2020;17(9):896–901.
161. Costemale-Lacoste JF, Balaguer E, Boniface B, Ivascu EB, Bernardini C, Metton JP, et al. Outpatient treatment engagement after suicidal attempt: A multisite prospective study. *Psychiatry Res [Internet].* 2017;258(July):21–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.062>
162. Nordentoft M, Søgaaard M. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nord J Psychiatry.* 2005;59(3):213–6.
163. İlker D ve, Volkan Ç. OECD Ülkeleri ve Türkiye ' nin Sağlık Sistemleri , Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması Comparing

- Health Systems , Health Expenditures and Health. *Sos Güvenlik Derg.* 2015;1(1):104–33.
164. Durur F, Özler G, Günaltay M. OECD Ülkelerinde Ruh Sağlığı Hizmet Performansının Değerlendirilmesi. 2021.
165. OECD. Suicide rates Total, Per 100 000 persons, 2020 or latest available [Internet]. [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm>
166. Scoliers G, Portzky G, van Heeringen K, Audenaert K. Sociodemographic and psychopathological risk factors for repetition of attempted suicide: A 5-year follow-up study. *Arch Suicide Res.* 2009;13(3):201–13.
167. Carter GL, Clover KA, Bryant JL, Whyte IM. Can the Edinburgh Risk of Repetition Scale Predict Repetition of Deliberate Self-poisoning in an Australian Clinical Setting? *Suicide Life-Threatening Behav.* 2002;32(3):230–9.
168. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *R Aust New Zeal Coll Psychiatr.* 2007;41:257–65.
169. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry.* 2002;181(SEPT.):193–9.
170. Taron M, Nunes C, Maia T. Suicide and suicide attempts in adults: Exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit. *Brazilian J Psychiatry.* 2020;42(4):367–72.
171. Berardelli I, Forte A, Innamorati M, Imbustaro B, Montalbani B, Sarubbi S, et al. Clinical Differences Between Single and Multiple Suicide Attempters, Suicide Ideators, and Non-suicidal Inpatients. *Front Psychiatry.* 2020;11(December):1–8.
172. Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *J Affect*

- Disord [Internet]. 2012;136(1–2):35–43. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.001>
173. Beghi M, Rosenbaum JF, Cerri C, Cornaggia CM. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:1725–36.
 174. Boyes AP. Repetition of overdose: a retrospective 5-year study. *J Adv Nurs*. 1994;20(3):462–8.
 175. Amiri S. Unemployment and suicide mortality, suicide attempts, and suicide ideation: A meta-analysis. *Int J Ment Health [Internet]*. 2020;51(4):294–318. Available from:
<https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1859347>
 176. Esposito C, Spirito A, Boergers J, Donaldson D. Affective, Behavioral, and Cognitive Functioning in Adolescents with Multiple Suicide Attempts. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2003;33(4):389–99.
 177. Esmaeili ED, Farahbakhsh M, Sarbazi E, Khodamoradi F, Gaffari Fam S, Azizi H. Predictors and incidence rate of suicide re-attempt among suicide attempters: A prospective study. *Asian J Psychiatr [Internet]*. 2022;69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102999>
 178. Ickick R, Vorspan F, Karsinti E, Ksouda K, Lépine JP, Brousse G, et al. Gender-specific study of recurrent suicide attempts in outpatients with multiple substance use disorders. *J Affect Disord [Internet]*. 2018;241(August):546–53. Available from:
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.076>
 179. Bronisch T, Höfler M, Lieb R. Smoking predicts suicidality: Findings from a prospective community study. *J Affect Disord*. 2008;108(1–2):135–45.
 180. Kessler RC, Berglund PA, Borges G, Castilla-Puentes RC, Glantz MD, Jaeger SA, et al. Smoking and suicidal behaviors in the national comorbidity survey: Replication. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(5):369–77.
 181. Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and suicide: A meta-analysis. *PLoS*

- One. 2016;11(7):1–18.
182. Ribeiro EB, Bettiker RL, Bogdanov M, Wurtman RJ. Effects of systemic nicotine on serotonin release in rat brain. *Brain Res.* 1993;621(2):311–8.
183. Kenny PJ, File SE. Nicotine regulates 5-HT_{1A} receptor gene expression in the cerebral cortex and dorsal hippocampus. *Eur J Neurosci.* 2001;13(6):1267–71.
184. YEŞİLOVA E. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ LİSANS VE YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİLERİNDE SİĞARA BAĞIMLILIĞINDA DÜRTÜSELLİK VE BENLİK SAYGISI İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ. Vol. 87. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ; 2017.
185. Lee DC, Peters JR, Adams ZW, Milich R, Lynam DR. Specific dimensions of impulsivity are differentially associated with daily and non-daily cigarette smoking in young adults. *Addict Behav [Internet].* 2015;46:82–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.009>
186. Brezo J, Paris J, Hébert M, Vitaro F, Tremblay R, Turecki G. Broad and narrow personality traits as markers of one-time and repeated suicide attempts: A population-based study. *BMC Psychiatry.* 2008;8:1–11.
187. Türkiye İstatistik Kurumu İntihar İstatistikleri 2009-2019 [Internet]. 2022. Available from: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=>
188. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry [Internet].* 2017;17(1):234. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
189. Kanchan T, Menon A, Menezes RG. Methods of Choice in Completed Suicides: Gender Differences and Review of Literature. *J Forensic Sci.* 2009;54(4):938–42.
190. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit.* 2011;17(8):65–70.

191. Kposowa AJ, Ezzat DA, Breault KD. Marital status, sex, and suicide: new longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions*. *Sociol Spectr* [Internet]. 2020;40(2):81–98. Available from: <https://doi.org/10.1080/02732173.2020.1758261>
192. Yamauchi T, Fujita T, Tachimori H, Takeshima T, Inagaki M, Sudo A. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. *J Public Heal (United Kingdom)*. 2013;35(1):49–56.
193. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol*. 2007;54(1):40–50.
194. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Help-seeking, stigma and attitudes of people with and without a suicidal past. A comparison between a low and a high suicide rate country. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;178:5–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.013>

9 EKLER

9.1. Etik Kurul Onam Formu

9.2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Çalışma Adı: ACİL SERVİSE ÖZKİYIM GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA, PSİKIYATRİK DEĞERLENDİRMENİN ETKİSİ: KAYITLARA DAYALI BİR ARAŞTIRMA [DEUOPDES]

Özkıyım eylemleri, önemli bir halk sağlığı sorunudur. 15-29 yaşları arasında en sık görülen ikinci ölüm nedeni olarak kabul edilmekte ve dünya çapında 800.000'den fazla yıllık ölüme neden olmaktadır. Özkıyım girişimleri, ölme niyetiyle yapılan ancak ölümle sonuçlanmayan, kendi kendine uygulanan, potansiyel olarak zarar verici davranışlardır. Özkıyım girişimi öyküsü, tamamlanmış özkıyım için son derece güçlü bir risk faktörüdür.

Bu araştırmaya, 1 Ocak 2015 tarihinden 31 Aralık 2018 tarihine kadar DEÜ Acil servisine özkıyım girişimi nedeniyle başvurmuş olan ve bu çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan bireyler davet edilecek olup , bireylerin tekrarlayan özkıyım girişimleri ile yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, iş durumu, psikiyatrik hastalık öyküsü ve girişim sonrası müdahale yöntemi olarak düzenlenen psikiyatri polikliniği randevusuna gelme durumunun ilişkisini araştıracağız.

Yapılan bu araştırma sayesinde elde edilebilecek sonuçlar, bizlere özkıyım girişiminin tekrarlama riskinin belirleyicilerine yönelik değerli bilgiler verebilecek, bu sayede hastalara yaklaşım ve tedavi ve önlemeye yönelik daha etkili stratejilere sahip olabileceğiz.

Bu araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacak, veriler ve size ait bilgiler ve sağlık kayıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçlarının

bunun dışında başka bir amaç için kullanılması kesinlikle söz konusu değildir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşamayacaktır. Yerel Etik Kurullar'ın ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız bu kurumlara açık olacaktır. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve araştırma ile ilgili gerçekleştirilecek diğer işlemlerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Gönüllünün beyanı:

Asistan Hekim Mehmet Emin DEMİR tarafından “ ACİL SERVİSE ÖZKİYIM GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA, PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRMENİN ETKİSİ: KAYITLARA DAYALI BİR ARAŞTIRMA [DEUOPDES]” isimli bir araştırmanın yapılacağı bana belirtildi. Araştırmanın amacı ve uygulanma şekli ile verdiğim bilgilerin gizliliğin sağlanacağı konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma sırasında temas kuracağım telefon numarası ve mail adresi verildi. İstediğim zaman kendisiyle temasa geçebilirim. İstediğim zaman araştırmadan çekilebileceğimi biliyorum. Araştırmaya katılmamam veya katılıp daha sonra araştırmadan çekilmem durumunda tedavi ve klinik takibime yönelik bir değişiklik olmayacağı belirtildi.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Dr. Mehmet Emin DEMİR tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Görüşme tarihi ve saati:

Gönüllü

Adı Soyadı / Tel / İmza:

Tanıklık Eden

Adı Soyadı / Tel / İmza:

Uygulayıcı

Adı Soyadı / İmza:

Dr. Mehmet Emin DEMİR



9.3. Veri Kayıt Formu

AA01	Örneklem no:	AA02	Nüfusta yer alan adı:
AA03	Soyadı:	AA04	Kimlik No:
SD01	Başvuru tarihinde yaşadığı yer - İzmir kent merkezi - İzmir'in diğer ilçeleri - İzmir dışı: _____	SD02	Biyolojik cinsiyet: - Erkek - Kadın
		SD03	Doğum yılı: _____ Ay: _____
SD04	Kiminle yaşıyorsunuz? - yalnız - sadece eşinizle - eş ve çocuklarınızla - anne ve/veya babanızla - diğer "yurt, otel vs"	SD05	Medeni durumunuz nedir? - Evli - Bekar - Boşanmış - Eşi vefat etmiş - Eşinden ayrı yaşıyor
SD06	Eğitim durumunuz nedir? - Okur-yazar değil - İlkokul - Ortaokul/ilköğretim - Lise - Yüksekokul (2 yıl) - Yüksekokul/fakülte (4 yıl) ve üstü	SD07	Şu an çalışıyor musunuz? - Evet [SD8'E GEÇ] - Hayır
		SD08	Mesleğiniz/yaptığınız iş/çalıştığınız yer _____ _____ _____
SD09	Tütün ürünleri kullanımınız var mı? - var - yok	SD10	Alkol kullanımınız var mı? - var - yok
SD11	Uyuşturucu, yatıştırıcı, keyif verici madde kullanımınız var mı? - var - yok		

KV01	Tıbbi bir hastalığınız, ameliyat veya alerji öykünüz var mı ? 1. Hayır 2. Evet [KV02'E GEÇİNİZ]	KV02	Tıbbi bir hastalığınız, ameliyat veya alerjiniz nedir?
KV03	Psikiyatrik bir hastalığınız var mı ? 1. Hayır 2. Evet [KV04'E GEÇİNİZ]	KV04	Psikiyatrik hastalığınız nedir? (ICD-10, bölüm V, F10-69) 1. Psikoaktif madde kullanımına bağlı zihinsel ve davranışsal bozukluklar 2. Şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar 3. Duygudurum bozuklukları; 4. Nevrotik, stresle ilişkili ve somatoform bozukluklar 5. Fizyolojik bozukluklar ve fizik faktörlerle ilişkili davranışsal sendromlar 6. Yetişkin kişilik ve davranış bozuklukları 7. Diğer:
KV05	Daha önce psikiyatri servisine yatarak tedavi gördünüz mü? 1. Hayır 2. Evet [KV06'E GEÇİNİZ]	KV06	Daha önce kaç kez psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördünüz?
KV07	Daha önce özkıym girişiminde bulundunuz mu? 1. Hayır 2. Evet [KV08'E GEÇİNİZ]	KV08	Daha önce kaç kez özkıym girişiminde bulundunuz?
KV09	Soy ağacınızda, herhangi bir psikiyatri hastalığı olan birey var mı? 1. Hayır 2. Evet	KV10	Soy ağacınızda psikiyatrik hastalığı olan birey kimdir ve psikiyatrik hastalığı ne?

ÖG01	Özkıyım amacıyla uygulanan yöntem nedir? 1. İlaç alımı [ÖG05'E GEÇİNİZ] 2. Yüksekten atlama 3. Ası 4. Kesi ile vücut bütünlüğünü bozma 5. Ateşli silah ile yaralama 6. Diğer "pestisit alımı, kafasını duvarlara vurma, yeme içmeyi kesme şeklinde pasif özkıyım girişimleri gibi"	ÖG02	Acil serviste girişimciye uygulanan müdahale nedir? 1. Sadece görüşme 2. Görüşme + ilaç tedavisi başlama 3. Görüşme + var olan farmakolojik tedavinin düzenlenmesi
ÖG03	Girişimciye uygulanan müdahale sonrası verilen karar nedir? 1. Psikiyatri servisine yatış (Zorunlu&gönüllü) 2. Başka bir psikiyatri servisine sevk 3. Psikiyatri dışında bir servise yatış (Ortopedi, Dahiliye,YBÜ vs.) 4. Ayaktan izlem(taburculuk) 5. Yatış sırasına alınma 6. Hasta tedaviyi terk etmiş.	ÖG04	Hasta taburculuk sonrası ilk hafta için verilen psikiyatri randevusuna gelmiş i 1. Evet 2. Hayır -Diğer bir psikiyatrist -Kendini iyi hissetme
ÖG05	Eğer ilaç alımı yöntemi ise hangi ilaç kullanılmış? 1. psikotrop "BDZ,TCA,SSRI,AP gibi" 2. non-psikotrop "NSAİD, antigribal gibi" 3. her ikisi de	ÖG06	Eğer ilaç alımı yöntemi ise kaç farklı il kullanılmış? 1. Tek türde ilaç 2. Birden fazla farklı türde ilaç
ÖG07	Bu özkıyım girişiminden sonra başka bir özkıyım girişiminiz oldu mu? 1. Evet [ÖG08'E GEÇİNİZ] 2. Hayır [GÖRÜŞME SONLANMIŞTIR]	ÖG08	Özkıyım amacıyla uygulanan yöntem 1. İlaç alımı [ÖG05'E GEÇİNİZ] 2. Yüksekten atlama 3. Ası 4. Kesi ile vücut bütünlüğünü bozm 5. Ateşli silah ile yaralama Diğer "pestisit alımı, kafasını duvarlara vurma, yeme içmeyi kesme şeklinde pasi girişim"

