



T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ VE KENDİNE
ZARAR VERME ÖYKÜSÜ İLE BAŞVURAN
OLGULARIN ADLİ TIBBİ AÇIDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülşah YİĞİT

Antalya, 2025



T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİNE İNTİHAR GİRİŞİMİ VE KENDİNE
ZARAR VERME ÖYKÜSÜ İLE BAŞVURAN
OLGULARIN ADLİ TIBBİ AÇIDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Gülşah YİĞİT

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Sema DEMİRÇİN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalındaki eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim, tez çalışmamda engin bilgi birikimi ile yardımlarını benden esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sema DEMİRÇİN'e

Tecrübeleri ile hekimlik sanatına farklı perspektiflerden bakmamı sağlayarak mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Y.Mustafa KARAGÖZ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ATILGAN'a

Asistanlık sürecinde birlikte çalışmaktan keyif aldığım, gerek mesleki olarak gerek sosyal hayatta her zaman yanımda olduklarını bildiğim değerli asistan arkadaşlarıma ve tüm Adli Tıp Anabilim Dalı ailesine,

Tez yazım sürecinde yapmış olduğu büyük katkılar ve desteği için Sayın Uzm. Dr. Ahmet Buğra ÖZTAŞYONAR'a,

Hayatımın her anında ve her zorluğumda benden destek, sevgi ve sabırlarını esirgemeyen aileme, eşim Muhammet Safa YİĞİT ve hayatıma girdiklerinden bu yana her şeyi güzelleştiren canım oğullarım Alp ve Deniz'e sonsuz sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dr.Gülşah YİĞİT

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 İNTİHARIN TANIMI	3
2.2 İNTİHAR İSTATİSTİKLERİ.....	4
2.2.1 Dünya’da İntihar	4
2.2.2 Türkiye’de İntihar	4
2.3 RİSK FAKTÖRLERİ.....	5
2.3.1 Yaş	6
2.3.2 Cinsiyet	6
2.3.3 Medeni Durum	6
2.3.4 Meslek ve Ekonomik Durum	6
2.3.5 Eğitim Durumu	7
2.3.6 Beden Sağlığı ve Kronik Hastalıklar	7
2.3.7 Aile Öyküsü	7
2.3.8 Daha Önceki İntihar Girişimleri	8
2.3.9 Psikiyatrik Hastalıklar.....	8
2.3.9.1 Depresyon	8

2.3.9.2 Bipolar Bozukluk	9
2.3.9.3 Şizofreni	9
2.3.9.4 Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu	9
2.3.9.5 Kişilik Bozuklukları	10
2.4 SIK KULLANILAN İNTİHAR YÖNTEMLERİ	10
2.4.1 Ası	11
2.4.2 Ateşli Silah	12
2.4.3 Yüksekten Atlama	12
2.4.4 Zehirlenmeler	13
2.5 İNTİHAR DAVRANIŞININ HUKUKİ ZEMİNİ	13
2.6 İNTİHAR DAVRANIŞINDA HEKİM SORUMLULUĞU	14
2.7 İNTİHAR DAVRANIŞINDA MEDYA ETKİSİ	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	76
6. SONUÇ	90
7. ÖZET	95
8. ABSTRACT	100
9. KAYNAKLAR	105
10. EKLER	118

SİMGELER VE KISALTMALAR

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

YT: Yaşamsal Tehlike

BTM: Basit Tıbbi Müdahale

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

NSAİİ: Nonsteroid Anti İnflamatuar İlaç

PPI: Proton Pompa İnhibitörü

TCK: Türk Ceza Kanunu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4. 1. Olguların Dağılımı (n=906)	18
Şekil 4. 2. Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı (n=906)	19
Şekil 4. 3. İntihar Girişimi Olgularının Yıllara Göre Dağılımı (n=829).....	20
Şekil 4. 4. İntihar Girişimi Olgularının Aylara Göre Dağılımı (n=829).....	21
Şekil 4. 5. İntihar Girişimi Olgularının Mevsimlere Göre Dağılımı (n=829).....	22
Şekil 4. 6 İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Hafta İçi-Hafta Sonu Dağılımı (n=829)	23
Şekil 4. 7. İntihar Girişimi Olgularının Hastaneye Başvuru Saatine Göre Dağılımı (n=829).....	24
Şekil 4. 8. İntihar Girişimi Olgularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=829)	26
Şekil 4. 9. İntihar Girişimi Olgularının Başvurdıkları Birimlere Göre Dağılımı (n=829)	30
Şekil 4. 10. İlaç Alarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Dağılımı (n=566).....	34
Şekil 4. 11. Ateşli Silah Yaralanması ile İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=63)	40
Şekil 4. 12. Kesici-delici Alet Kullanarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=90)	42
Şekil 4. 13. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Yaralanmasının BTM ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Nitelikte Olup Olmamasına Göre Dağılımı (n=829).....	45
Şekil 4. 14. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların YT Varlığına Göre Dağılımı (n=829)	48
Şekil 4. 15. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların GKS Değerine Göre Dağılımı (n=829).....	51
Şekil 4. 16. Yatarak Tedavi Edilen Olguların Yattığı Yerlere Göre Dağılımı (n=451)..	52
Şekil 4. 17. Servislerde Yatarak Takip ve Tedavisi Yapılan Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı (n=425).....	54

Şekil 4. 18. Yoğun Bakımda Takip ve Tedavisi Yapılan Olguların Cinsiyet Dağılımı (n=155).....	55
Şekil 4. 19. İntihar Girişimi Olgularının Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Dağılımı (n=829).....	56
Şekil 4. 20. İntihar Girişimi Olgularının Öyküde İntihar Nedeni Bildirme Sıklığına Göre Dağılımı (n=829).....	59
Şekil 4. 21. Olgularının, Eski İntihar Girişimi Öyküsü Dağılımı (n=829)	62
Şekil 4. 22. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş Olguların İntihar Girişimi Sayısına Göre Dağılımı (n=240)	64
Şekil 4. 23. İntihar Girişimi Sırasında Olguların Etil Alkol Kullanım Durumuna Göre Dağılımı (n=829).....	65
Şekil 4. 24. İntihar Girişimi Olgularının Tekrar İntihar Düşüncesine Göre Dağılımı (n=829).....	68
Şekil 4. 25. Kendine Zarar Verme Olgularının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=77).....	69
Şekil 4. 26. Kendine Zarar Verme Olgularının Mevsimlere Göre Dağılımı (n=77).....	70
Şekil 4. 27 Kendine Zarar Verme Olgularının Hafta İçi-Hafta Sonu Başvurusuna Göre Dağılımı	71
Şekil 4. 28. Kendine Zarar Verme Olgularının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=77).....	72
Şekil 4. 29. Kendine Zarar Verme Olgularının YT Durumuna Göre Dağılımı (n=77) ..	74

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2. 1. TUİK Verilerine Göre İntihar Sayısı ve Kaba İntihar Hızının Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye Geneli).....	5
Tablo 2. 2. TUİK Verilerine Göre İntihar Sayısı ve Kaba İntihar Hızının Yıllara Göre Dağılımı (Antalya İli).....	5
Tablo 2. 3. TUİK Verilerine Göre İntihar Yöntemlerinin Yıllara Göre Dağılımı	10
Tablo 4. 1 İntihar Girişimlerinin Meydana Geldiği Günler.....	22
Tablo 4. 2 Hafta İçi İntihar Girişimi Olgularının, Başvuru Anında Mesai Saati Olup Olmamasına Göre Dağılımı	25
Tablo 4. 3. İntihar Girişimi Olgularının Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı (n=829).....	27
Tablo 4. 4. İntihar Girişimi Olgularının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=829) ..	28
Tablo 4. 5. İntihar Girişimi Olgularının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (n=527) ..	29
Tablo 4. 6. İntihar Girişimi Olgularının Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı (n=829).....	31
Tablo 4. 7. İntihar Girişimi Yöntemlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (n=829).....	32
Tablo 4. 8. Komplike İntihar Yöntemlerinin Dağılımı (n=38)	33
Tablo 4. 9. İntihar Girişiminde Kullandığı İlaç Grubu Belirlenmiş Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı (n=566).....	35
Tablo 4. 10. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaçların Dağılımı	36
Tablo 4. 11. Kullanılan İlaç Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı	37
Tablo 4. 12. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaç Dışı Toksik Maddelerin Dağılımı (n=65).....	38
Tablo 4. 13. Kullanılan İlaç Dışı Toksik Maddelerin Cinsiyet Göre Dağılımı (n=65) ...	39
Tablo 4. 14. Ateşli Silah ile İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Travma Bölgelerinin Dağılımı (n=63).....	41

Tablo 4. 15. Baş-boyun Bölgesinde Yaralanma Tespit Edilen Olgularda Yara Lokalizasyonu (n=41)	41
Tablo 4. 16. Kesici-delici Alet Kullanarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Travma Bölgelerine Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4. 17. Yüksekten Atlayarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Travma Bölgelerine Göre Dağılımı	44
Tablo 4. 18. İntihar Girişimi Yöntemi ve Yaralanmanın/Bulguların BTM ile Giderilebilir Olup Olmasına Göre Dağılım (n=709).....	46
Tablo 4. 19. Cinsiyete Göre, Yaralanmanın BTM ile Giderilebilir Olup Olmasına Göre Dağılımı (n=709).....	47
Tablo 4. 20. İntihar Girişimi Yönteminin YT Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 4. 21. YT Bulunuşunun Cinsiyete Göre Dağılımı	50
Tablo 4. 22. İntihar Girişimi Olgularının Tedavi Şekline Göre Dağılım (n=829).....	52
Tablo 4. 23. Servislerde Takip ve Tedavisi Yapılan İntihar Girişimi Olgularının Servislere Göre Dağılımı (n=425).....	53
Tablo 4. 24. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Psikiyatrik Hastalık ve YT Bulunuşu Dağılımı (n=617)	57
Tablo 4. 25. İntihar Girişimi Olgularında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve BTM ile Giderilebilir Olup Olmasına Göre Dağılım (n=612).....	58
Tablo 4. 26. Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olduğu Bilinen Olguların Hastalıklarına Göre Dağılımı (n=436).....	59
Tablo 4. 27. İntihar Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	61
Tablo 4. 28. Eski İntihar Girişimi Öyküsü İle YT Durumunun Dağılımı (n=491).....	63
Tablo 4. 29. Eski İntihar Girişimi Öyküsü ve BTM İle Giderilebilirlik Dağılımı (n=489)	64
Tablo 4. 30. İntihar Girişimi Olgularında Alkol Saptanma Sıklığı Dağılımı (n=719)....	66
Tablo 4. 31. İntihar Girişiminin Yerine Göre Dağılım (n=526)	67

Tablo 4. 32 Kendine zarar verme davranışının meydana geldiği günler	70
Tablo 4. 33. Kendine Zarar Verme Olgularının Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı (n=77).....	72
Tablo 4. 34. Kendine Zarar Verme Olgularının BTM Durumuna Göre Dağılımı (n=77)	73
Tablo 4. 35. İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Olgularının YT Durumuna Göre Dağılımı (n=789).....	75
Tablo 4. 36. İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Olgularının BTM Durumuna Göre Dağılımı (n=780).....	75



1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar, tüm dünyada yaygın görülen önemli bir halk sağlığı problemidir. 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı tanımlamaya göre intihar; kişinin ölümcül amaçla ve bu amacın bilincinde olarak kendine zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır. İntihar olgularında farklı kavramlar karşımıza çıkabilmektedir. İntihar davranışı; kişinin içerisindeki intihar düşünceleri, kişinin kendini öldürme niyetini ve bu yöndeki planlarını tanımlar. İntihar girişimi; kişinin kendisini öldürmek amacıyla gerçekleştirdiği davranışları tanımlarken; tamamlanmış intihar, ölümle neticelenmiş intihar olaylarını tanımlamaktadır (1). Ölümle sonuçlanmasından bağımsız olarak, istemli bir şekilde yaşama son vermeyi amaçlayan her türlü eylem intihar olarak nitelendirilmektedir (2).

DSÖ verilerine göre; dünyada her kırk saniyede 1 kişi, intihar nedeniyle ölmektedir. Yine DSÖ verilerine göre her yıl 800.000'den fazla insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (3). DSÖ 2021 verilerine göre intihar; 15-29 yaş arası erkeklerde üçüncü en sık, yine aynı yaş grubundaki kadınlarda ikinci en sık ölüm nedenidir. İntihar girişimlerinin ise tamamlanmış intiharlardan 20 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (4).

Yapılan çalışmalar intihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen mortalitenin erkeklerde daha fazla olduğunu göstermiştir (5,6). Bu durum alkol/madde kötüye kullanımının, yüksek saldırganlık düzeyinin erkeklerde fazla olması ve erkeklerin daha ölümcül intihar yöntemlerini seçmesi ile açıklanabilir (7).

Sık rastlanan intihar sebepleri arasında ekonomik sebepler, duygusal ve ailevi problemler, fiziksel yakınmalar, tartışmalar ve öfke hali, ruhsal ve psikolojik nedenler, sınav ve ders kaygısı gibi nedenler bulunmaktadır (8,9).

İntihar girişimlerinde ve tamamlanmış intiharlarda en sık rastlanan intihar yöntemleri yüksek doz/toksik ilaç alımı, kesici/kesici delici alet yaralanması, yüksekten atlama, ateşli silah yaralanması, ası sayılabilir (10).

Bu çalışmada; intihar girişimi ve kendine zarar verme eylemi sonucu Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuran olguların yaş, cinsiyet, intihar nedeni, intihar yöntemi, alkol ve madde kullanım öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, adli rapor düzenlenme sıklığı, yaşamsal tehlike varlığı, tedavi süreleri ve işlemleri (ayaktan medikal tedavi, yatarak medikal tedavi, cerrahi tedavi) gibi zelliklerinin Adli-Tıbbi açıdan incelenerek, elde edilecek verilerin kaynaklarla karşılaştırılması ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 İNTİHARIN TANIMI

Türk Dil Kurumu'na göre intihar; bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesidir (11). Tıbbi kaynaklarda olgular, suisid olarak tanımlanmaktadır. Latince 'sui' yani ben, 'cedere' yani öldürmek anlamına gelen iki kelimenin birleşmesi sonucu 'suicedere' kelimesi türetilmiş ve İngilizce'ye 'suicide' şeklinde geçmiştir (12).

Bir kimsenin intihar etmek suretiyle kendi hayatına son vermesi, hayatta kalmak üzere kurulu insan doğasıyla çelişki oluşturmaktadır. Organizmanın doğası gereği, tüm libidinal enerjinin yaşamsal fonksiyonlara yatırılmış olmasına ve kişinin hayatta kalmak için zorunlu durumlarda bir başkasını öldürebileceği gerçeğine bakılır ise bir kişinin intihara yönelmesi için çok derin bir acıya (fiziksel ya da ruhsal) ya da psikotik beyinsel bir yıkıma ihtiyaç olduğu açıktır (13).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü, intiharları üç başlık altında sınıflamaktadır. Bunlar; intihar (suicide), intihar girişimi (suicide attempt) ve intihar düşüncesi (suicidal ideation) olarak üç başlık altında incelenebilir. İntihar, intihar davranışının sonucu olarak kişinin kendine yönelik zarar verici davranışın neden olduğu ölüm olarak tanımlanır. İntihar girişimi, intihar davranışının sonucu olarak kişinin kendine yönelik, potansiyel olarak zarar verici bir davranıştır. İntihar girişimi ölümle veya yaralanmayla sonuçlanmayabilir. İntihar düşüncesi, intiharı düşünme, değerlendirme veya planlama anlamına gelir(12).

İntihar davranışı; genetik, biyolojik faktörler, psikiyatrik hastalıklar, aile öyküsü, sosyolojik, ekonomik, coğrafi, dini, kültürel faktörler, yaşam olayları gibi birçok etkene bağlı olarak gelişebilen, her yaştan ve her ırktan insanı etkileyebilen evrensel bir halk sağlığı sorunudur.

2.2 İNTİHAR İSTATİSTİKLERİ

2.2.1 Dünya’da İntihar

Dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar istatistikleri incelendiğinde; 2021 yılında intihara bağlı ölümlerin Dünya ortalamasının 9,2/100.000 olduğu; Lesotho, Güney Kore, Uruguay, Güney Afrika, Uruguay, Rusya ve Ukrayna gibi ülkelerde intihara bağlı ölümlerin görülme sıklığının 20/100.000 ve üzerinde olduğu, Suriye, Ürdün, Lübnan, Mısır, Suudi Arabistan gibi Ortadoğu ülkelerinde 1/100.000’in altında olduğu bildirilmiştir (14). ABD Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi’nin (CDC) verilerine göre; ABD’de 2023 yılında 49.000 kişinin intihar nedeniyle hayatını kaybettiği, yaklaşık 13 milyon kişinin intiharla ilgili ciddi düşünceler taşıdığı, yaklaşık 4 milyon kişinin intihar etmek için plan yaptığı, 1,5 milyon kişinin de intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (15).

2.2.2 Türkiye’de İntihar

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından ölümle sonuçlanan intihar istatistikleri kaydedilmektedir. TÜİK tarafından intihar sayısının yanı sıra, kaba intihar hızı da hesaplanmaktadır. Kaba intihar hızı; her yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade etmektedir.

TÜİK verilerine göre; 2024 yılında 4460, 2023 yılında 4089, 2022 yılında 4218, 2021 yılında 4194, 2020 yılında 3710 tamamlanmış intihar olgusu bildirilmiştir (16). TÜİK verilerine göre; intihar sayısı ve kaba intihar hızının yıllara göre dağılımı Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

Tablo 2. 1. TÜİK Verilerine Göre İntihar Sayısı ve Kaba İntihar Hızının Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye Geneli)

Yıl	İntihar Sayısı	Kaba İntihar Hızı (yüz binde)
2024	4460	5,22
2023	4089	4,79
2022	4218	4,96
2021	4194	4,98
2020	3710	4,45
2019	3476	4,21
2018	3342	4,11
2017	3168	3,94
2016	3193	4,03
2015	3246	4,15

TÜİK verilerine göre, çalışmamızın yapıldığı Antalya ilindeki intihar sayılarına bakıldığında; 2024 yılında 150, 2023 yılında 144, 2022 yılında 146, 2021 yılında 148, 2020 yılında 112 intihar olgusu bildirilmiştir (17,18). Antalya ilindeki yıllara göre intihar sayısı ve kaba intihar hızı Tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. 2. TÜİK Verilerine Göre İntihar Sayısı ve Kaba İntihar Hızının Yıllara Göre Dağılımı (Antalya İli)

Yıl	İntihar Sayısı	Kaba İntihar Hızı (yüz binde)
2018	98	4,47
2019	112	4,29
2020	112	4,74
2021	148	5,80
2022	146	5,95
2023	144	5,94
2024	150	6,20

2.3 RİSK FAKTÖRLERİ

Kaynaklara göre; intihar için risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, bedensel ve ruhsal hastalıklar, daha önceki intihar girişimleri ve aile öyküsü sayılabilir.

2.3.1 Yaş

İntihar riski yaşla birlikte artmaktadır. Yapılan çalışmalarda erkeklerde 45 yaşında, kadınlarda ise 55 yaşında intihar riski pik yapmaktadır. Bunun yanında 15-24 yaş aralığındaki gençlerde intihar oranları artış göstermektedir. ABD’de 15-24 yaş aralığında intiharlar; motorlu taşıt kazaları ve cinayetlerden sonra en sık üçüncü ölüm sebebi olarak bildirilmektedir (19).

Avrupa merkezli çalışmalarda tamamlanmış intiharların çoğunluğu 40 yaş ve üzeri grupta görülürken; ülkemizde yapılan çalışmalarda tamamlanmış intiharların en sık 15-24 yaş arası grupta gerçekleştiği belirtilmektedir. İntihar girişimlerinin de çoğunluğunun 15-24 yaş aralığında olduğu kayıtlıdır (20)

2.3.2 Cinsiyet

İntihar girişimi oranları genellikle kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Buna karşın; tamamlanmış intiharlar, erkeklerde kadınlara kıyasla 2-3 kat daha siktir. Kaynaklarda; bu farkın sebebinin, erkeklerin daha öldürücü yöntemler tercih etmesi ve psikolojik yardım aramaya olan isteksizliklerinin olabileceği belirtilmiştir (9,21).

2.3.3 Medeni Durum

Yapılan çalışmalarda bekar kişilerde evli kişilere kıyasla intihar girişimlerinin daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Tamamlanmış intiharlarda bekar, boşanmış ve eşi ölmüş kişilerde ise intiharın evli kişilere göre daha sık görüldüğünü destekleyen çalışmalar olmasına karşın; evli kişilerin aile içi problemler ya da eşleriyle yaşadığı iletişim problemleri, sınırlayıcı evliliklerde sorunların kronik hale gelmesi de intihar riskini artıran sebepler olarak karşımıza çıkabilmektedir (22,23).

2.3.4 Meslek ve Ekonomik Durum

Kişinin yaptığı meslek ve içinde bulunduğu sosyoekonomik durum intihar ve intihar girişimi açısından risk faktörleri arasında sayılmaktadır (9,24). İş olmayan kişiler arasındaki intihar oranları, meslek sahibi olanlara kıyasla daha

fazlayken; belirli meslek gruplarında intihar oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. İş stresinin yüksek olduğu sağlık çalışanlarında, ateşli silahlara kolay ulaşım sağlayan ve silah kullanma tecrübesinin diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla olduğu emniyet personeli ve askeri personelde diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla intihar olgusu görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (25,26).

2.3.5 Eğitim Durumu

İntihar ve intihar girişimleri ile ilgili yapılan çalışmalarda; eğitim düzeyinin intihar açısından bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (24). Çalışmalar, intihar oranlarının eğitim seviyesi yükseldikçe azaldığını göstermektedir. En fazla intihar sayısı ilkokul mezunlarındayken, yüksek öğretim mezunlarında intihar sayısının azaldığı bildirilmektedir. Eğitim düzeyindeki eksiklik, kişilerin intihara yönelmesi açısından önemli bir etmendir (27,28).

2.3.6 Beden Sağlığı ve Kronik Hastalıklar

Kişinin bedensel sağlık halinin bozulması veya bir kronik hastalığa sahip olması intihar riskini artıran etmenler arasında sayılabilir. Kişilerin şiddetli ağrı deneyimleri, organ kayıpları, hastalığın prognozu ile birlikte kişinin acı çekmesi, kontrolü kaybetme korkusu, tedaviye olan inancın yitirilmesi gibi sebeplerle hastalık durumları da kişilerin intihar riskini artırabilmektedir. Yapılan çalışmalarda bedensel hastalık ile intihar girişiminde bulunma arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Kanserler, kalp hastalıkları, son dönem böbrek yetmezliği, KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıkları, endokrin hastalıklar (diyabetes mellitus), nörolojik hastalıklar (multiple skleroz, epilepsi, Huntington hastalığı) gibi hastalıklar artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur (9,29–31).

2.3.7 Aile Öyküsü

İntihar girişimlerini etkileyen en önemli faktörlerden birisi de aile yapısı ve aile içi ilişkilerdir. Aile yapısı ve aile içi ilişkiler kişilerin intihardan korunmasına ya da intihar için riskin artmasına neden olabilmektedir. İntihar girişimlerinin genetik geçişli olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar,

tamamlanmış intiharlarda veya intihar girişiminde bulunan kişilerin ailesinde, benzer durumların yüksek sıklıkta olduğunu göstermektedir (32). İntihar sonucu ölenlerin ailelerindeki intihar oranının normal popülasyona kıyasla çok daha fazla olduğu gösterilmiştir (33).

2.3.8 Daha Önceki İntihar Girişimleri

Daha önceki intihar girişimleri, morbidite ve mortaliteyi artıran faktörler olmasının yanında, gelecekteki intihar girişimleri açısından da uyarıcı olması nedeniyle önemlidir (24). Çoğu kaynakta eski intihar girişimlerinin, intihar için risk faktörlerinden olduğu belirtilmektedir (34). Yapılan çalışmalar, intihar girişiminde bulunan kişilerin %16'sı ile %34'ünün ilk intihar girişiminden sonraki iki yıl içinde tekrar bir intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir. İntihar girişimleri; ilerleyen yıllarda tekrar görülebilmesi ve tekrarlanan intihar girişimlerin ölümle sonuçlanabilmesi açısından yakın takip gerektirmektedir (35).

2.3.9 Psikiyatrik Hastalıklar

İntihar düşüncesi veya davranışı ile psikiyatrik hastalıklar arasında yakın bir ilişki olabileceği bildirilmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde normal popülasyona göre intihar riski 5-40 kat artmıştır. Bazı psikiyatrik hastalıklarda intihar düşüncesi veya davranışı daha sık görülmektedir (9,31).

2.3.9.1 Depresyon

Duygu durum bozuklukları, intihar ve intihar girişimlerine sıklıkla eşlik etmektedir. Yapılan otopsi çalışmalarında; intihar ederek ölen kişilerin büyük bir kısmında psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, en sık rastlanan psikiyatrik hastalığın majör depresyon olduğu bildirilmiştir. Majör depresyonlu kişilerde intihar sonucu ölme riskinin beklenenden 20 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (9,36). Yapılan çalışmalar depresyondaki kişilerin %80 kadarında intihar düşünceleri olduğunu, ölümcül olmayan intihar girişimlerinin görülme olasılığının %16-40 arasında değiştiğini belirtmektedir (37).

2.3.9.2 Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk ile intihar arasında yakın bir ilişki vardır. Yapılan araştırmalar bipolar bozukluğu olan kişilerin %25'i ila %60'ının hayatlarında en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir (38). Dünya genelinde yapılan çalışmalar bipolar bozukluğu olan kişilerin yaklaşık %15-20'sinin intihar sonucu öldüğünü bildirmektedir. Bipolar bozukluğu olan kişilerde intiharın, hastalığın psikopatolojisiyle ilişkili olduğu ve hastalığın, sosyoekonomik maliyetleri artırması, kazalara, travmalara ve ölümlere neden olması yönüyle önem arz ettiği belirtilmektedir (39).

2.3.9.3 Şizofreni

Şizofreni hastalığına sahip kişilerde intihar ve intihar girişimi oranları genel popülasyona göre artmıştır. Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalığına sahip kişilerin tahmini olarak %10'unun intihar sonucu öldüğünü, bu oranın 2-5 katı kadar da intihar girişiminin olduğunu göstermektedir (40). İntiharın, şizofreni hastalığına sahip kişilerde yaşam beklentisini azaltan en önemli etmenlerden biri olduğu bildirilmektedir. Şizofreni hastalığında kişilerin semptomlar başladıktan sonraki ilk 10 yıl içerisinde intihar riskinde yüksek artış görüldüğü, sanrılar, anhedoni, künt duygulanım, tedavi uyumsuzluğu gibi nedenlerin yüksek intihar riski ile ilişkili bulunduğu belirtilmektedir (41).

2.3.9.4 Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu

Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu; intihar düşüncesi ve davranışında önde gelen risk faktörlerindendir. Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olan kişilerin intihar açısından risk altında olduğu ve bu kişilerin intihar riski açısından değerlendirmeye tabi tutulması gerektiği belirtilmektedir (42). Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde genel nüfusa kıyasla intihar davranışı riskinin 10-14 kat arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (43). İntihar edenlerde; en sık rastlanan maddelerin alkol (%22), opioidler (%20), esrar (%10,2), kokain (%4,6) ve metamfetamin (%3,4) olduğu çalışmalarla gösterilmiştir (44).

2.3.9.5 Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları yaygın ve kronik ruh sağlığı sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir metaanaliz çalışmada; 21 ülkeden 46 çalışmanın sonuçları değerlendirilmiş, toplumda kişilik bozukluklarının oranının %7,8 olduğu ifade edilmiştir. Kişilik bozukluklarından borderline (sınır) kişilik bozukluğu ve anti-sosyal kişilik bozukluğu intihar davranışı ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Borderline kişilik bozukluğunda intihar davranışı ve kendine zarar verme davranışı borderline kişilik bozukluğunun temel özelliklerinden olup bu bozukluğa sahip kişilerin %65-80 kadarının kendine zarar verme davranışı gösterdiği düşünülmektedir. Anti-sosyal kişilik bozukluğuna sahip kişilerin ise %5 kadarının intihar sonucu öldüğü tahmin edilmektedir (45).

2.4 SIK KULLANILAN İNTİHAR YÖNTEMLERİ

TÜİK'in, 2024 yılında intihar sonucu ölen 4460 kişinin intihar yöntemlerine ait verilerine göre; 2041'inin (%45,8) ası, 1288'inin (%28,9) ateşli silah, 628 kişinin (%14,1) yüksekten atlama, 148 kişinin (%3,3) kimyevi madde kullanımı ile intihar ettiği belirtilmiştir (46). İntihar sonucu ölen kişilerin seçtikleri intihar yöntemine göre dağılımı Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2. 3. TÜİK Verilerine Göre İntihar Yöntemlerinin Yıllara Göre Dağılımı

İntihar Yöntemleri	Yıl					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ası	1659	1736	2045	1983	1877	2041
Kimyevi Madde	123	175	199	356	294	148
Yüksekten Atlama	427	521	518	564	537	628
Suya Atlama	49	61	55	37	48	63
Ateşli Silah	956	948	1102	1058	989	1288
Kendini Yakma	11	16	13	9	15	16
Kesici Alet	42	34	57	82	59	66
Doğalgaz, Tüp vb.	17	12	15	14	43	21
Motorlu Araç	14	13	13	7	20	20
Diğer	178	194	177	108	207	169
Toplam	3476	3710	4194	4218	1089	4460

2.4.1 Ası

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de ası, tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemdir. Kurtarılmaya olasılığının düşük olduğu göz önüne alındığında, ası intihar niyetinin güçlü olduğunu göstermektedir.

Ası, bir ucu yukarıda sabit bir noktaya tutturulmuş, diğer ucu boyna geçirilmiş bir bağın vücudun tam ya da kısmi ağırlığı ile solunum yolu, damar ve sinirlere bası sonucu hayati fonksiyonların engellendiği bir durumdur ve genellikle ölümle sonuçlanmaktadır. Asıda ölüm mekanizmaları şu şekildedir;

Asfiksi: Asıda kullanılan bağın larinks ve trakea lümenlerini sıkıştırması sonucu asfiksi meydana gelir.

Venöz konjesyon: Juguler venöz sistemin asıda kullanılan bağ vasıtasıyla bloklanması sonucunda venöz kan dolaşımı durur. Kullanılan bağ geniş yüzeyli ve yumuşak bir malzemeden yapılmışsa bu durum meydana gelir.

Serebral anemi/iskemi: Asıda kullanılan bağın karotis arterlere baskısı sonucu meydana gelir. Kullanılan bağın ince olması bu durumu meydana getirebilir.

Refleks kardiyak arrest: Vagal sinir ve karotis cisim baskısına uğradığında vagal inhibisyon ve kalp durması meydana gelebilir.

Servikal vertebralarda fraktür/dislokasyon: Servikal vertebralarda fraktür/dislokasyonların beyin sapındaki yaşamsal merkezleri ya da medulla spinalisi etkilemesi sonucu ölüm meydana gelebilir.

Asıdan kurtulanlarda veya kurtarılanlarda geç dönemde çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Bunlar; Hemipleji, epileptiform konvülsiyonlar, amnezi, servikal selülit, parotit ve retrofaringeal abseslerdir. Nadiren ası sebebiyle geç dönemde ölümler meydana gelebilir. Geç ölüm nedenleri; aspirasyon pnömonisi, akciğer ve larinks ödemi, serebral infarkt, hipoksik ensefalopati, beyin absesi olarak sayılabilmektedir (47–49).

2.4.2 Ateşli Silah

Ateşli silah ile intihar, hem ülkemizde hem de dünyada tamamlanmış intiharlarda en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Ateşli silah ile intihar genellikle erkeklerde kadınlardan daha fazla oranda görülmektedir (50). Bir ateşli silah yaralanması sonucu ölüm meydana geldiğinde bu olayın orijinini aydınlatmak kolay olmayabilir. Ateşli silahla intihar sonucu ölenlerde ateşli silahın giriş yarası sıklıkla şakak, alın, ağız içi ve göğüstedir. İntihar olgularında atış mesafesi sıklıkla bitişik ve bitişğe yakın atış mesafesidir. Kişinin silahı ateşleyebileceği mesafeden atış yapılmış olması beklenir, ancak uzak mesafeden atış yapabilen düzenek hazırlanmış olması da mümkündür. İntihar olgularında genellikle tek bir giriş yarası görülür ancak kadaverik spazm gibi durumlarda ateşli silah art arda ateş alarak birden çok giriş yarası oluşturabilmektedir. Ateşli silah ile intihar olgularında olay yerinde ateşli silah bulunur, ancak ilk görenlerce alınmış olabilir Kişi geride bir intihar notu bırakmamış olabilir (51,52). Tüm bu gibi özellikler, orijini belirlemede sorunlara yol açabilir.

2.4.3 Yüksekten Atlama

Yüksekten atlama tamamlanmış intiharlarda sık karşımıza çıkan yöntemlerden biridir. Ası ve ateşli silahla yaralanma gibi, yüksekten atlama da mortalitesi yüksek bir intihar yöntemidir. Yüksekten atlayarak intihar etme genç erkeklerde daha sık tercih edilen bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar, yüksekten atlayarak intihar edenlerde sıklıkla psikiyatrik hastalıkların mevcut olduğunu göstermektedir. Gerek tamamlanmış intiharlarda, gerekse yüksekten atlayarak intihar teşebbüsünde bulunmuş fakat kurtulmuş kişilerde en sık rastlanan durumun psikotik bozukluk saptanması olduğu gösterilmiştir. Yüksekten atlama sonucu kafatası kırıkları ve beyin kanamaları, kosta kırıkları, vertebra ve medulla spinalis yaralanmaları, ekstremiteler kırıkları, iç organ yaralanmaları gibi sebeplerle ölüm meydana gelebilmektedir (53,54).

2.4.4 Zehirlenmeler

TÜİK verilerine göre; tamamlanmış intiharlarda kimyevi madde ile intiharlar, kullanılan dördüncü en sık yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (46). İntihar girişimleri arasında ise en sık rastlanan yöntem ilaç alımıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalar, ilaç olarak intihar girişiminde bulunan kişilerin sıklıkla genç kadınlar olduğunu göstermektedir (55,56). İntihar amaçlı ilaç kullanımlarında sıklıkla karşımıza çıkan ajanlar; nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar, salisilatlar, parasetamol, antidepresanlar, antipsikotikler, sedatif-hipnotik ilaçlardır. Bunun dışında tarım ilaçları, organik fosfatlı bileşikler, koroziv ve kostik maddeler de intihar amaçlı kullanılabilmektedir (57,58).

2.5 İNTİHAR DAVRANIŞININ HUKUKİ ZEMİNİ

Tarih boyunca, intihar edenler veya intihar girişiminde bulunanlara çeşitli cezalar uygulanmışsa da; günümüz ceza hukuku ilkeleri intihar davranışını ya da intihar girişimlerini cezalandırmamaktadır. Bir öldürme eyleminin suç sayılabilmesi için, eylemin aktif ve pasif öğelerinin bulunması gereklidir. İntihar eyleminde, aktif ve pasif öğe aynı kişidir. Günümüz ceza hukukunun temel itibarıyla kişiler arası ilişkileri düzenlediği göz önüne alındığında, kişinin kendi yaşamını sonlandırdığı eylemler için bir yaptırım öngörülmemektedir (59).

İntihar ve intihar girişimi Türk Ceza Kanunu'nda suç olarak tanımlanmamıştır. Kabul edilen yaygın görüşe göre; intihar eden kişinin eyleminin suç olarak sayılması bir kamu yararı getirmemektedir. İntihar eylemi hem hukuk düzenine aykırılık oluşturmamakta hem de intihar eyleminde bulunan kişinin ailesi veya yakınları intihar eyleminden dolayı haksız bir fiile uğramamaktadır. İntihar eylemi sonucu ölen bir kişiyi cezalandırmak bir cesedi cezalandırmaktan farksızdır (60).

TCK'nın Kişilere Karşı Suçlar başlıklı ikinci kısmının birinci bölümünde intihara yönlendirme suçu düzenlenmiştir. Buna göre;

İntihara yönlendirme

Madde 84-(1) Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(4) İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenlerle cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten öldürme suçundan sorumlu tutulurlar (61).

İnsanın yaşamını sürdürme içgüdüsüne rağmen, belirli koşullar altında kendi yaşamını sona erdirmeye iradesi hukuken kabul edilmektedir. Ancak bu iradenin hukuken geçerli olmadığı durumlarda intihara teşvik veya yardım etme gibi eylemlerin cezalandırılabilir olduğu görülmektedir. TCK'nın 84. maddesinin gerekçesinde intihar eyleminin cezai yaptırımını olmadığı, buna karşın başkasının intihar etmesine neden olan eylem veya davranışların toplum düzeni ve kişilik hakları açısından tehlikeli olduğu vurgulanmaktadır. İntihara yönlendirme suçu intihar eyleminin herhangi bir aşamasında intihara azmettirme, intihara teşvik etme, intihar kararını kuvvetlendirme ya da herhangi bir şekilde yardım etme şeklinde işlenebilir (62).

2.6 İNTİHAR DAVRANIŞINDA HEKİM SORUMLULUĞU

İntihar eğilimi olan kişiler yardım arayışı için direkt psikiyatri uzmanlarına müracaat edebilmekte, başka hekimlerce kişinin intihar düşünceleri fark edildiğinde psikiyatri konsültasyonu istenebilmekte ya da acil servislere intihar girişimi sonucunda müracaat eden kişiler için psikiyatri uzmanlarından konsültasyon

istenebilmektedir. İntihar düşüncesi olan ve intihar girişiminde bulunan kişilerin uzun dönem takip ve tedavilerini psikiyatristler düzenlemektedir. Yapılan çalışmalar oldukça karmaşık bir süreç olan intihar eylemini tahmin etmenin oldukça güç olduğunu ortaya koymakta ve intihar düşüncesi olan kişilerin ancak %50 kadarının önceden tahmin edilebildiğini göstermektedir (63). İntiharı öngörmek zor olmasına karşın intihar girişimi riski yüksek olan veya intihar düşüncesi olan kişileri tespit ve tedavi etmek, hekimlerin sorumluluğu sayılmaktadır (64). Bu nedenle intihar riskine yönelik olarak tedbir alınmadığında ya da intihar girişimleri ölümle sonuçlandığında yasal sorunlar ortaya çıkabilmektedir (65).

İntihar girişimleri, psikiyatrik malpraktis iddialarının en önemli nedenlerinden biridir. Psikiyatristler, kişilerin öyküsünü ve sorulara verdiği doğrudan ya da dolaylı cevaplar, bilinen risk faktörleri, geçmişteki davranışlarını değerlendirerek, kişinin intihar riskini tanıyabilmekle yükümlüdür. İntihar riski olduğu tespit edilen bir kişinin birtakım kısıtlayıcı önlemlere tabi tutulması gerekebilir. İntihar düşüncesi olan kişiler, istem dışı hastane yatışı, güvenlik önlemlerinin alınması gibi müdahalelerden kaçınmak adına zaman zaman klinisyenden intihar düşüncesini saklayabilmektedir. Bu durum, klinisyenlerin intiharı öngörmesini zorlaştırmaktadır. Kişide intihar riski varsa, sağlık personeli intiharı önlemek için gerekli önlemleri almakla mükelleftir. İntihar girişimi sonrası sağlık kuruluşuna başvuran kişiler için acil tedavi yapılmalı, kişinin verileri belgelenmeli, yapılan müdahaleler detaylı bir şekilde kayıt altına alınmalıdır. Zorunlu yatış ve tedavi durumlarında klinisyenlerin karar ve gerekçelerini kapsamlı bir şekilde belgelemesi önemlidir (66,67).

2.7 İNTİHAR DAVRANIŞINDA MEDYA ETKİSİ

İntihar davranışına kitle iletişim araçlarının etkisi uzun yıllardır tartışılan bir konudur. Kimi çalışmalar kitle iletişim araçlarının intihar davranışı üzerine etkili olduğunu gösterirken, kimi çalışmalar da intihar davranışı ile kitle iletişim araçları arasında bir ilişki saptanmadığı bildirilmektedir.

Kitle iletişim araçları ile intihar davranışı arasında etkileşim için bilinen en iyi örnek Alman yazar Johann Wolfgang von Göethe'nin "Genç Werther'in Acıları" kitabıdır. Kitapta Werther isimli kahraman, Lötte isimli bir kıza karşılıksız bir aşk duymaktadır. Werther reddedilmesinin ardından kendini silahla vurarak yaşamına son vermektedir. Kitabın yayımlanmasının ardından kitapta tasvir edilen Werther gibi giyinmiş ve benzer şekilde intihar etmiş çok sayıda kişinin olması, insanların kitaptaki karakterle güçlü bir şekilde özdeşim kurduğunu ve hayali karakterlere tehlikeli bir şekilde öykünebildiğini göstermesi açısından önemlidir. Kitle iletişim araçlarında çıkan intihar haberlerinin "Werther Etkisi" olarak adlandırılan etkiyi oluşturabileceği konusunda kaynaklarda sıklıkla uyarılara rastlanmaktadır. Kitle iletişim araçları, intihar davranışı konusunda önleyici farkındalık oluşturmali, intihar haberleri belirli etik çerçeveler içerisinde alıcılara sunulmalı, toplumun intihar davranışının önlenmesi veve damgalayıcı bakış açısından kişilerin kurtarılması ile düzeltici sosyal destek eğitimi ve edinme yolları tanıtımı amaçlanmalıdır (68–70).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

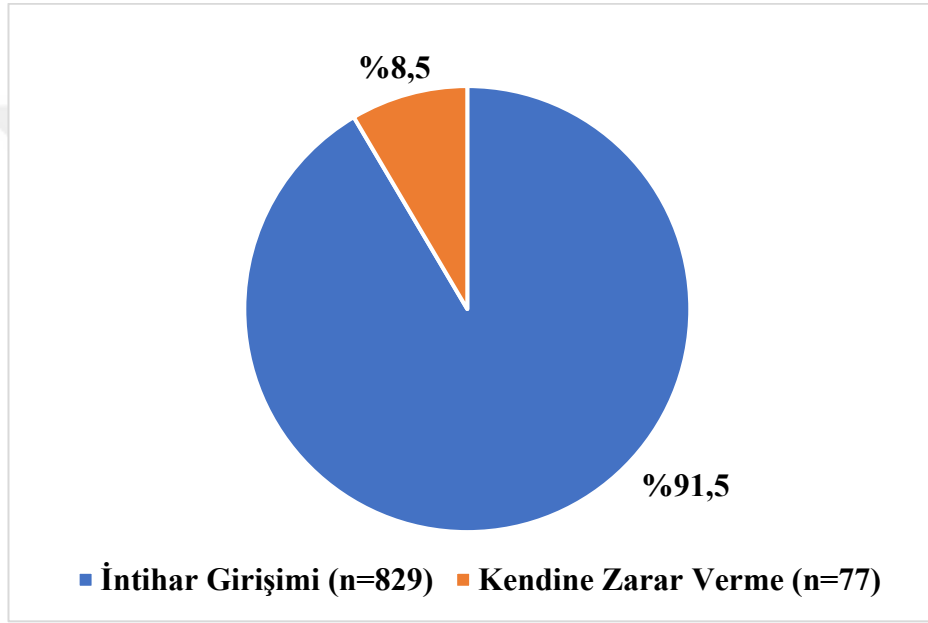
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.07.2023 tarih, KAEK-487 sayılı ve 06.03.2025 tarih, TBAEK-298 sayılı kararları ile çalışma onayı alındıktan sonra, hastanemizde kullanılmakta olan Mia-Med Hastane Bilgi Yönetim Sistemine ICD-10 kodları (X60, X61, X62, X63, X64, X65, X66, X67, X68, X69, X70, X71, X72, X73, X74, X75, X76, X77, X78, X79, X80, X81, X82, X83, X84, Z91.5, Y87.0) girilerek retrospektif olarak veri taraması yapılmıştır (Taranan ICD-10 kodların açıklamaları EK-1'de yer almaktadır).

01 Ocak 2014 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında 11 yıllık sürede, intihar girişimi ve kendine zarar verme olmak üzere 906 olgunun hastanemiz acil servis ve polikliniklerine müracaat ettiği tespit edilmiştir. Tüm olgular, demografik veriler, intihar girişiminin tipi, tedavi şekilleri ve süreleri, yaşamsal tehlike varlığı, yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmadığı, intihar girişiminin altında yatan sebepler, acil servis veya polikliniklere başvuru saat ve günleri, olay esnasında kişide alkol etkisi altında olma durumu, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, daha önceki intihar girişimi öyküleri gibi farklı açılardan ele alınmış, hastane bilgi sisteminde kayıtlı hasta dosyalarındaki mevcut bilgiler ve adli raporlar incelenerek TCK yaralanma kılavuzunda belirtilen parametrelere göre medikolegal açıdan değerlendirilmiştir (71).

Olgulara ait veriler Microsoft Office Software Excel dosyasına kaydedilmiştir. Veriler sayısal olarak kodlanarak istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 27.0 programına aktarılmıştır. İstatistiksel analizde Chi-Square (χ^2) Testi ve Fisher Exact Test, post-hoc analiz için Bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır, anlamlılık değerinin 0,05'den küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

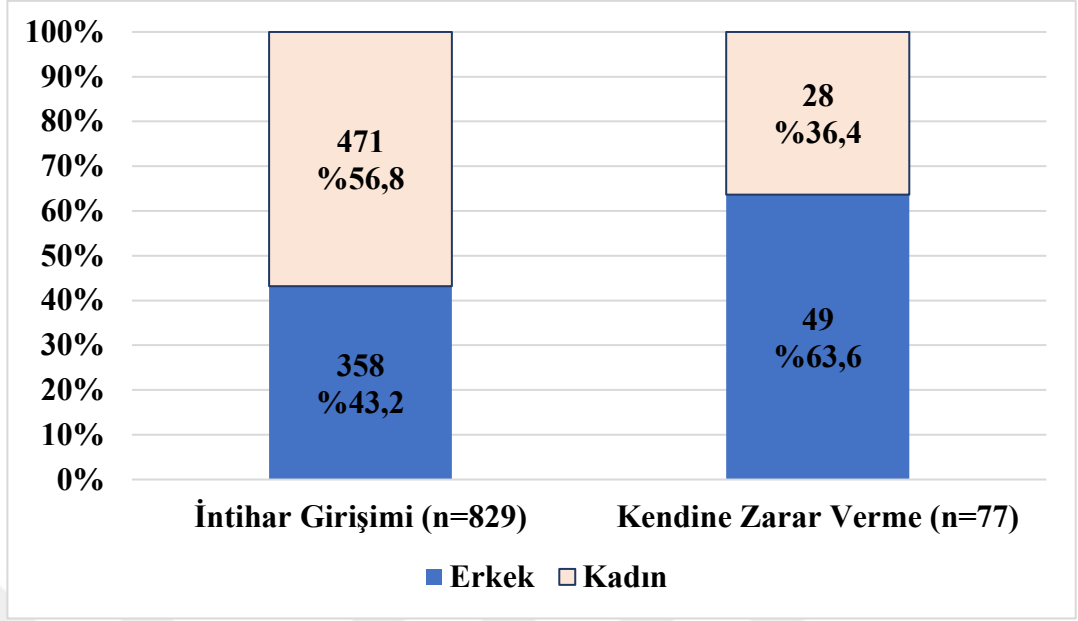
4. BULGULAR

1 Ocak 2014 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında intihar/kendine zarar verme nedeni ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat eden ve dijital hasta kayıt sisteminde yeterli bilgi kayıtlı olan toplam 906 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların %91,5'i (n=829) intihar girişimi, %8,5'i (n=77) kendine zarar verme olgularıydı (Şekil 4.1)



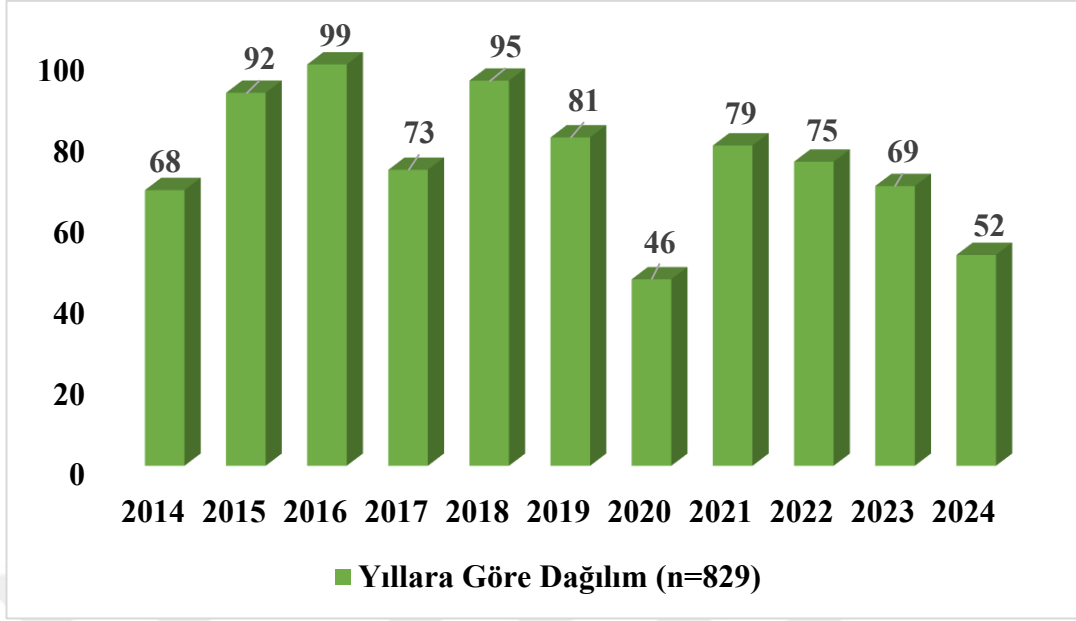
Şekil 4. 1. Olguların Dağılımı (n=906)

İntihar girişimi/kendine zarar verme sonucu hastaneye müracaat eden olguların cinsiyetleri incelendiğinde; intihar girişimi sonucu hastaneye müracaat eden (n=829) olguların %56,8'i (n=471) kadın, %43,2'si (n=358) erkektir. Kendine zarar verme sonucu müracaat eden (n=77) olguların %63,6'sı (n=49) erkek, %36,4'ü (n=28) kadındır (Şekil 4.2)



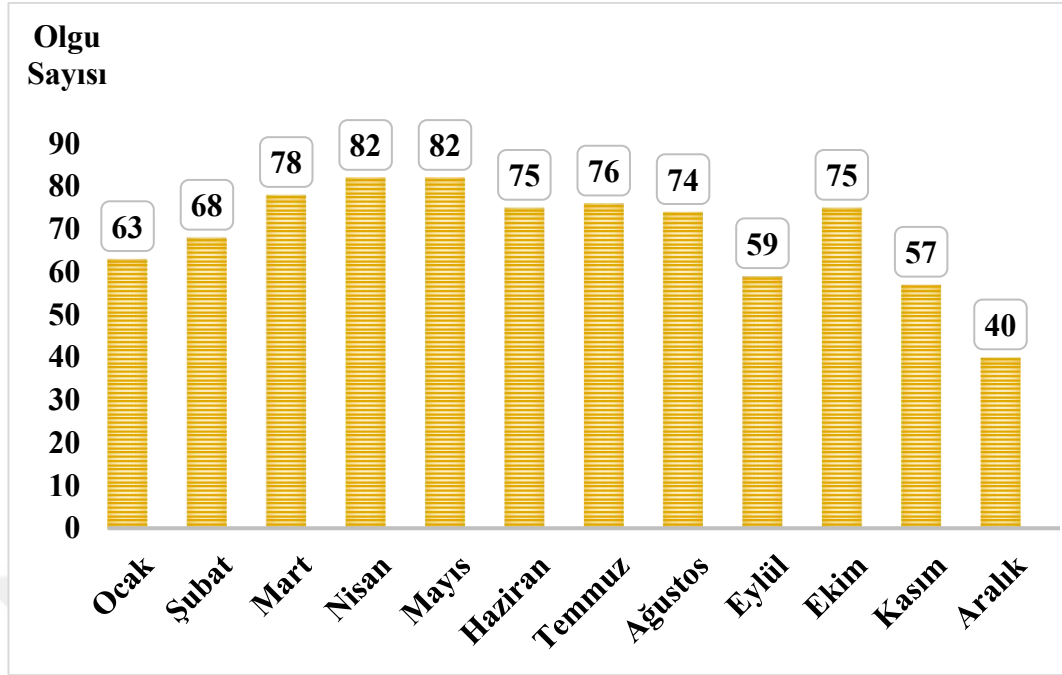
Şekil 4. 2. Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı (n=906)

İntihar girişimi nedeniyle Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat eden olguların (n=829) yıllara göre dağılımı incelendiğinde; olguların %11,9'unun (n=99) 2016 yılında, %11,5'inin (n=95) 2018 yılında, %11,1'inin (n=92) 2015 yılında, %5,5'inin (n=46) 2020 yılında, %6,3'ünün (n=52) 2024 yılında müracaat ettiği kayıtlıdır. İntihar girişimi nedeniyle müracaat eden olguların yıllara göre dağılımı Şekil 4.3'te gösterilmiştir.



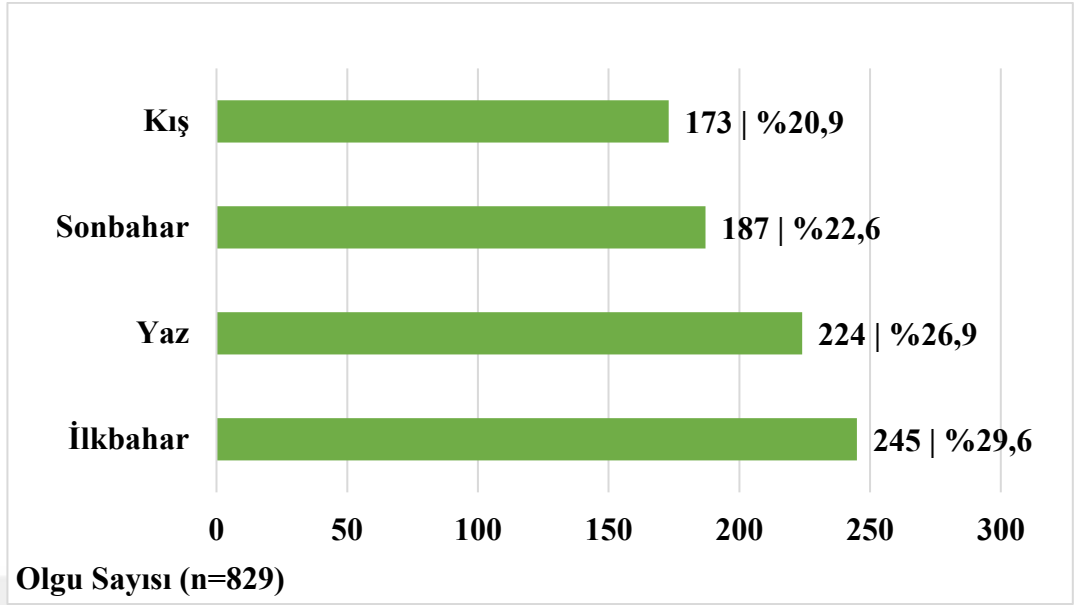
Şekil 4. 3. İntihar Girişimi Olgularının Yıllara Göre Dağılımı (n=829)

İntihar girişimi nedeniyle müracaat eden olguların (n=829) aylara göre dağılımı incelendiğinde; en sık başvuruların %9,9'ar (n=82) olgu ile Nisan ve Mayıs, %9,4 (n=78) olgu ile Mart, %9,2 (n=76) olgu ile Temmuz, %9,0'ar (n=75) olgu ile Haziran ve Ekim, %8,9 (n=74) olgu ile Ağustos ayında olduğu, bunları %8,2 (n=68) olgu ile Şubat ve %7,6 (n=63) olgu ile Ocak aylarının izlediği, en az başvuru olan ayların %4,8 (n=40) olgu ile Aralık, %7,0 (n=57) olgu ile Kasım, %7,1 (n=59) olgu ile Eylül ayları, olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi nedeniyle müracaat eden olguların aylara göre dağılımı Şekil 4.4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. 4. İntihar Girişimi Olgularının Aylara Göre Dağılımı (n=829)

İntihar girişi nedeniyle hastaneye müracaat eden olguların (n=829) mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde; en fazla olgunun (n=245, %29,6) ilkbahar mevsiminde müracaat ettiği kayıtlıdır. Olguların %26,9'unun (n=224) yaz mevsiminde, %22,6'sının (n=187) sonbahar mevsiminde, %20,9'unun (n=173) kış mevsiminde müracaat ettiği kayıtlıydı. İntihar girişi sebebiyle müracaat eden olguların mevsimlere göre dağılımı Şekil 4.5'te gösterilmiştir.



Şekil 4. 5. İntihar Girişimi Olgularının Mevsimlere Göre Dağılımı (n=829)

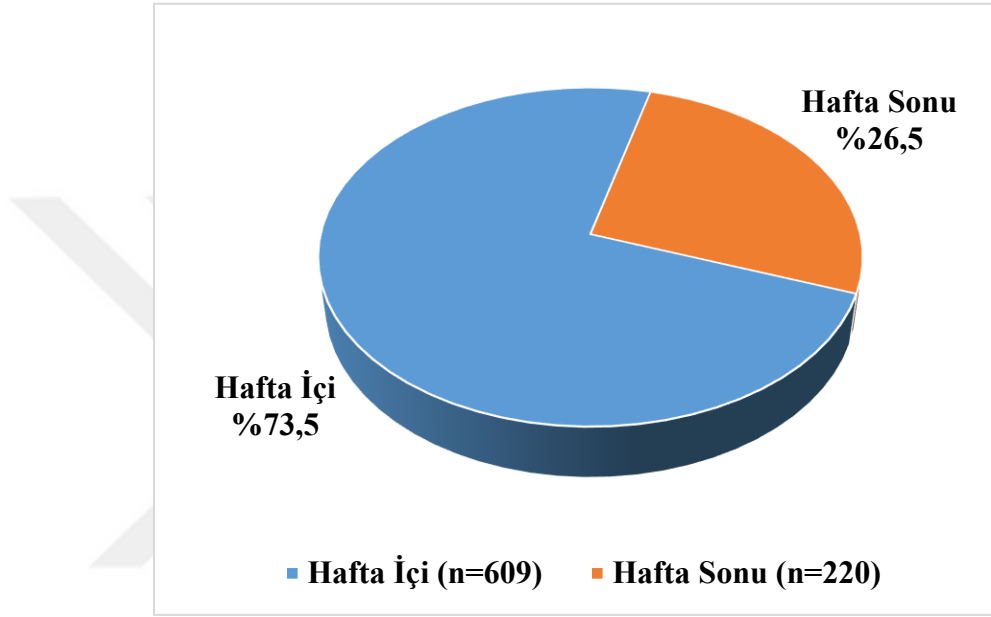
İntihar girişimlerinin meydana geldiği günler değerlendirildiğinde; olguların %16,4'ünün (n=136) Çarşamba, %15,6'sının (n=129) Salı, %14,6'sının (n=121) Pazartesi, %14,2'sinin (n=118) Pazar, %13,9'unun (n=115) Cuma, %13,0'ünün (n=108) Perşembe, %12,3'ünün (n=102) Cumartesi günü meydana geldiği kayıtlıdır (Tablo 4.1)

Tablo 4. 1 İntihar Girişimlerinin Meydana Geldiği Günler

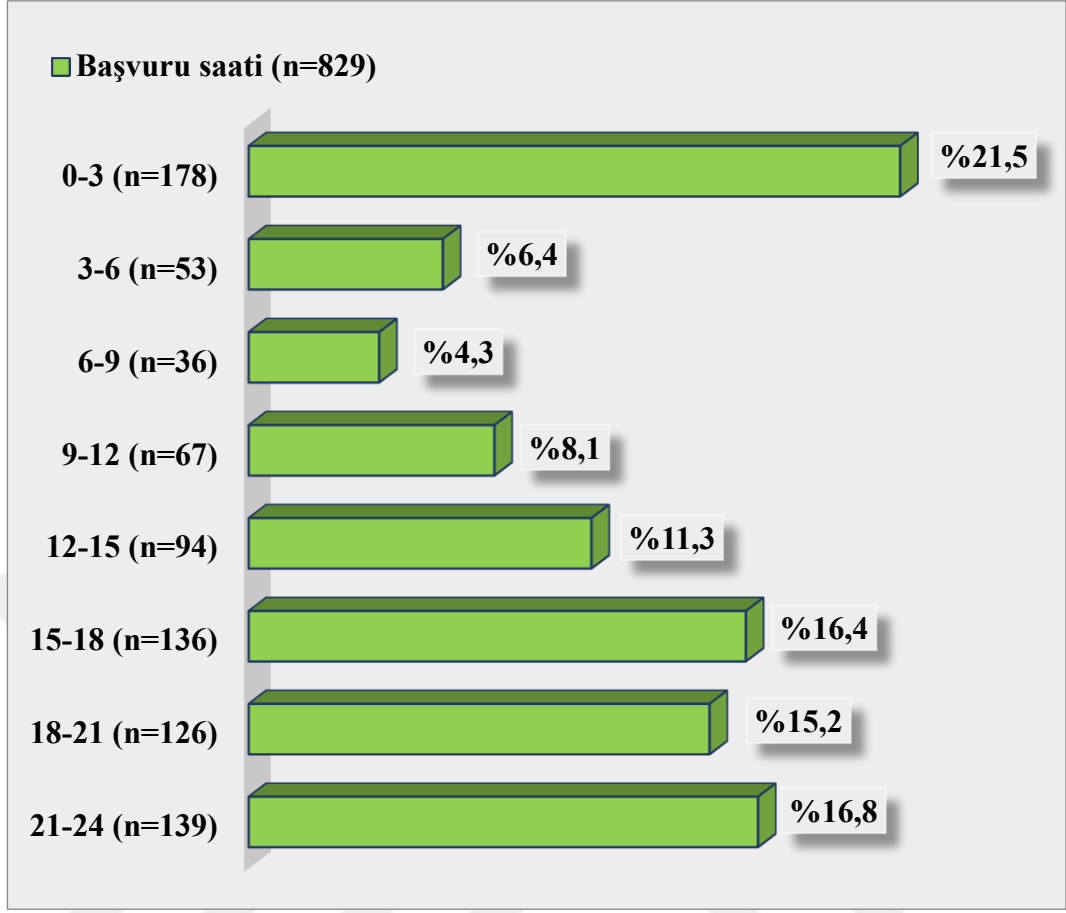
Günler	n	%
Pazartesi	121	14,6
Salı	129	15,6
Çarşamba	136	16,4
Perşembe	108	13,0
Cuma	115	13,9
Cumartesi	102	12,3
Pazar	118	14,2
Toplam	829	100,0

İntihar girişiminde bulunan olgular (n=829) hafta içi ve hafta sonu olarak değerlendirildiğinde; olguların %73,5'inin (n=609) hafta içi, %26,5'inin (n=220) hafta sonu, intihar girişimi nedeni ile başvurduğu saptanmıştır (Şekil 4.6)

Şekil 4. 6 İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Hafta İçi-Hafta Sonu Dağılımı (n=829)



Çalışmamıza dahil edilen olguların (n=829) başvuru saatleri değerlendirildiğinde; en sık başvurunun %21,5 olguda (n=178) 0-3 saatleri arasında olduğu kayıtlıydı. Olguların %16,8'i (n=139) 21-0 saatleri arasında, %16,4'ünün (n=136) 15-18 saatleri arasında, %15,2'sinin (n=126) 18-21 saatleri arasında, %11,3'ünün (n=94) 12-15 saatleri arasında, %8,1'inin (n=67) 9-12 saatleri arasında, %6,4'ünün (n=53) 3-6 saatleri arasında, %4,3'ünün (n=36) 6-9 saatleri arasında müracaat ettiği kayıtlıydı. Olguların başvuru saatine göre dağılımı Şekil 4.7'de gösterilmiştir.



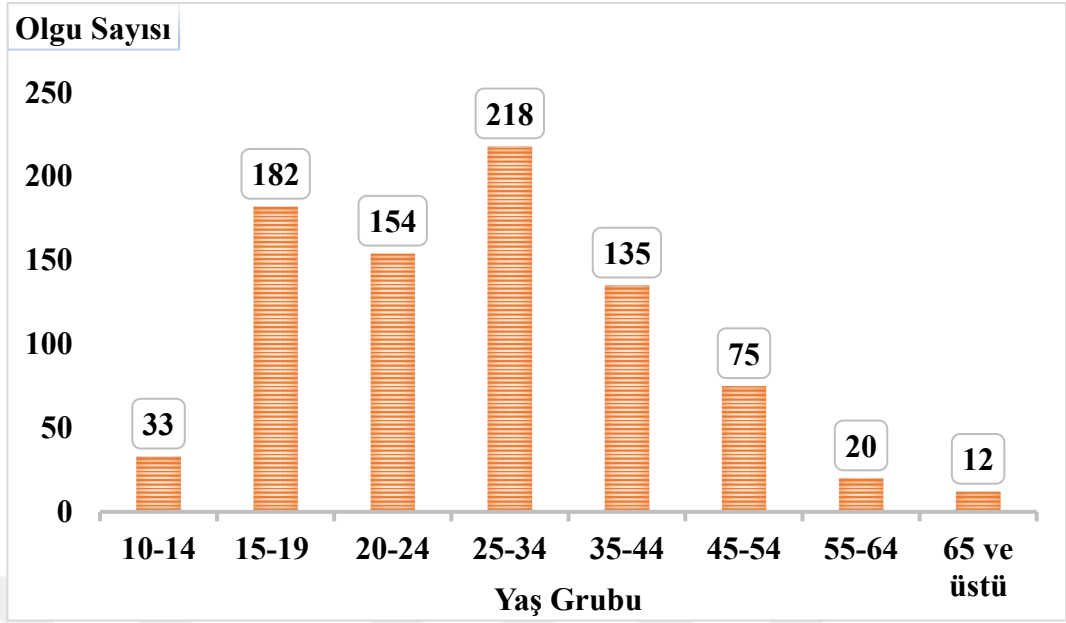
Şekil 4. 7. İntihar Girişimi Olgularının Hastaneye Başvuru Saatine Göre Dağılımı (n=829)

Hafta içi intihar girişiminde bulunan olgular (n=609) başvuru saatlerine göre değerlendirildiğinde; olguların %41,1'inin (n=250) mesai saatleri içerisinde (06:00-18:00 saatleri arasında), %58,9'unun (n=359) mesai saatleri dışında (18:00-06:00 saatleri arasında) müracaat ettiği kayıtlıydı (Tablo 4.2).

Tablo 4. 2 Hafta İçi İntihar Girişimi Olgularının, Başvuru Anında Mesai Saati Olup Olmamasına Göre Dağılımı

Mesai içi/dışı	Hafta İçi İntihar Girişimleri	
	(n)	(%)
Mesai içi	250	41,1
Mesai dışı	359	58,9
Toplam	609	100,0

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi nedeniyle başvuran (n=829) olguların yaş ortalaması $29,2 \pm 12,5$ yıl olarak (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 90) bulunmuştur. Erkek olgularda (n=358) ortalama yaş $33,3 \pm 13,1$ yıl (en düşük yaş: 12, en yüksek yaş: 90) olarak saptanmıştır. Kadın olgularda (n=471) ortalama yaş $26,2 \pm 11,1$ yıl (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 66) olarak saptanmıştır. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; olguların %4,0'ünün (n=33) 10-14 yaş aralığında, %22,0'sinin (n=182) 15-19 yaş aralığında, %18,6'sının (n=154) 20-24 yaş aralığında, %26,3'ünün (n=218) 25-34 yaş aralığında, %16,3'ünün (n=135) 35-44 yaş aralığında, %9,0'unun (n=75) 45-54 yaş aralığında, %2,4'ünün (n=20) 55-64 yaş aralığında, %1,4'ünün (n=12) 65 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. İntihar girişimi olguları arasında her bir yaş grubu incelenen ve diğerleri şeklinde sınıflanarak yapılan değerlendirmede; 15-19 yaş grubunda kadınların sıklığının erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,01$); 25-34, 35-44 ve 45-54 yaş gruplarında ise erkeklerin sıklığının kadınlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,005$). Olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 4.8'de gösterilmiştir. İntihar girişimi sebebiyle müracaat eden olguların (n=829) yaş gruplarının cinsiyete göre olan dağılımı ise Tablo 4.3'te gösterilmiştir.



Şekil 4. 8. İntihar Girişimi Olgularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=829)

Tablo 4. 3. İntihar Girişimi Olgularının Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Dağılımı (n=829)

Yaş Grubu	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%*	n	%*
10-14 (n=33)	30	90,9	3	9,1
15-19 (n=182)	140	76,9	42	23,1
20-24 (n=154)	91	59,1	63	40,9
25-34 (n=218)	110	50,5	108	49,5
35-44 (n=135)	60	44,4	75	55,6
45-54 (n=75)	29	38,7	46	61,3
55-64 (n=20)	9	45,0	11	55,0
65 ve üstü (n=12)	2	16,7	10	83,3
Toplam (n=829)	471	56,8	358	43,2
*Her bir yaş grubu kendi içerisinde yüzdelik dilim olarak verilmiştir.				

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi olgularının (n=829) medeni durumları incelendiğinde; %1,8 olguda (n=15) kayıtlı bir veriye ulaşılamamıştır. Olguların %55,7'sinin(n=462) bekar, %30,8'inin (n=255) evli, %10,0'unun (n=83) boşanmış, %1,2'sinin (n=10) dul, %0,5'inin (n=4) nişanlı olduğu kayıtlıdır. İncelenen ve diğer medeni durumlar olarak gruplanarak yapılan değerlendirmede bekar kadınların intihar girişimi sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,017). Olguların medeni durumları tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 4. İntihar Girişimi Olgularının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=829)

Medeni Durum	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Bekar (n=462)	280	59,5	182	50,8
Evli (n=255)	130	27,6	125	35
Boşanmış (n=83)	41	8,7	42	11,7
Dul (n=10)	9	1,9	1	0,3
Nişanlı (n=4)	4	0,8	0	0,0
Veri yok (n=15)	7	1,5	8	2,2
Toplam (n=829)	471	100,0	358	100,0

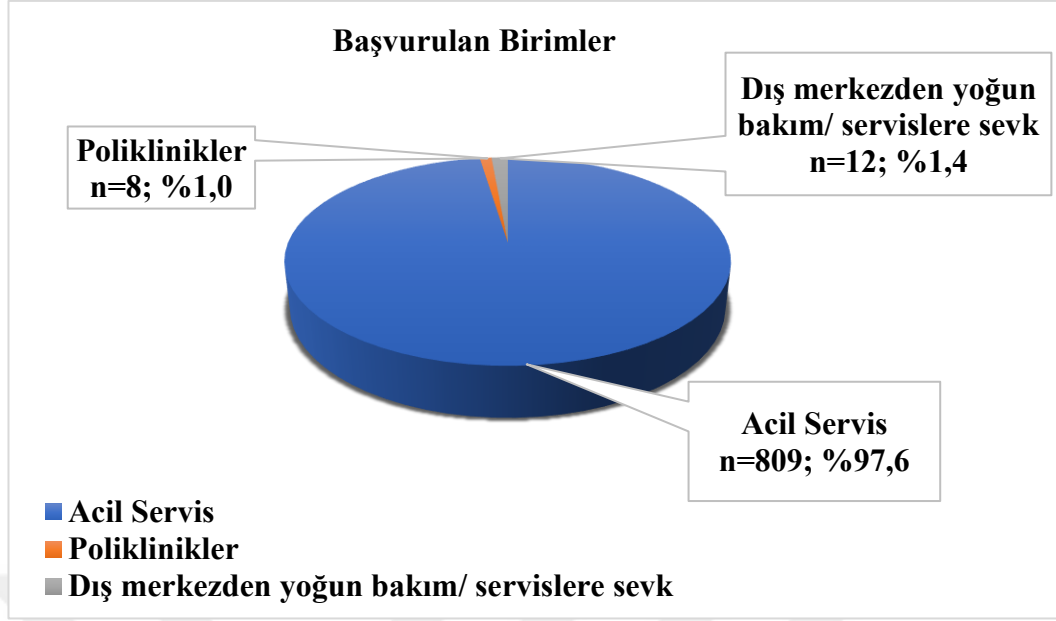
İntihar girişimi nedeniyle çalışmamızda dahil edilen olguların (n=829) eēitim durumları incelendiēinde; %36,4 olgunun (n=302) eēitim durumu ile ilgili verilerine ulaşılamadı. Eēitim durumu hakkında kayıtlı veri bulunan olguların (n=527) deēerlendirilmesinde; olguların %15,4'ü (n=81) ilköēretim mezunu, %15,9'u (n=84) üniversite mezunu, %32,6'sı (n=172) ortaöēretim mezunu, %34,7'si (n=183) lise mezunu olduēu kayıtlıydı. Olguların eēitim durumları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 5. İntihar Girişimi Olgularının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı
(n=527)

Eğitim Durumu	n	%
Lise Mezunu	183	34,7
Ortaöğretim Mezunu	172	32,6
Üniversite Mezunu	84	15,9
İlköğretim Mezunu	81	15,4
Ön lisans Mezunu	2	0,4
Okuryazar	2	0,4
Özel eğitim	2	0,4
Okuryazar değil	1	0,2
Toplam	527	100,0

**Eğitim durumu hakkında veri bulunmayan olgular (n=302) tabloya alınmamıştır.*

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi olgularının (n=829) ilk başvurdukları birimlerin dağılıma incelendiğinde; olguların %97,6'sının (n=809) acil servise, %1,0'inin (n=8) polikliniğe müracaat ettiği, %1,4'ünün (n=12) dış merkezlerden yoğun bakım ya da yataklı servislere sevk edilmiş olduğu kayıtlıdır (Şekil 4.9)



Şekil 4. 9. İntihar Girişimi Olgularının Başvurdukları Birimlere Göre Dağılımı (n=829)

İntihar girişimi nedeniyle Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine müracaat eden olguların (n=829) kullandıkları yöntemlere göre dağılımları incelendiğinde; olguların %67,0'sinin (n=556) ilaç alarak; %7,7'sinin (n=64) kesici-delici aletle, %7,5'inin (n=62) ateşli silahla yaralanarak; %6,5'inin (n=54) ilaç dışı toksik madde alarak intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. İntihar girişimi nedeniyle müracaat eden olguların kullandıkları yöntemler Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 6. İntihar Girişimi Olgularının Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı (n=829)

İntihar Yöntemi	n	%
İlaç alımı	556	67,0
Kesici-delici aletle yaralanma	64	7,7
Ateşli silahla yaralanma	62	7,5
İlaç dışı toksik madde alımı	54	6,5
Birden fazla yöntem ile (komplike intihar)	38	4,6
Yüksekten atlama	32	3,9
Ası	13	1,6
Diğer yöntemler	7	0,8
Gaz soluma (tüp gaz/doğal gaz/egzoz)	3	0,4
Toplam	829	100,0

Kullanılan intihar yöntemlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; ilaç alarak intihar girişiminde bulunan (n=556) olguların %66,0'sı (n=367) kadın, %34,0'ü (n=189) erkek, yüksekten atlama sonucu müracaat eden (n=32) olguların %78,1'i (n=25) kadın, %21,9'u (n=7) erkekti. Kesici-delici alet kullanarak intihar girişiminde bulunan olguların ise (n=64) %54,7'si (n=35) erkek, %45,3'ü (n=29) kadındı. Diğer taraftan, ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=62) %88,7'si (n=55), ası ile intihar girişiminde bulunan olguların (n=13) %84,6'sı (n=11), gaz soluma ile intihar girişiminde bulunan olguların (n=3) %66,7'si (n=2), ilaç dışı toksik madde kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=54) olguların %61,1'i (n=33), komplike intihar yöntemini kullananların (n=38) %60,5'i (n=23) erkektir. İncelenen intihar girişimi yöntemi ve diğerleri şeklinde ikili gruplara ayrıldıktan sonra cinsiyet açısından karşılaştırmada; ilaç alımı ile intihar girişiminin ($p<0,001$) ve yüksekten atlama sonucu intihar girişiminin ($p=0,013$) kadın cinsiyette erkeklere oranla anlamlı derecede fazla olduğu, belirlenmiştir. İlaç dışı toksik madde alımı ile intihar girişiminin ($p=0,006$), ası ile intihar girişiminin ($p=0,002$) ve ateşli silah kullanarak intihar girişiminin ise erkek cinsiyette ($p<0,001$) kadınlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğu saptanmıştır. Kesici-delici alet kullanarak intihar girişiminde bulunan olgularda cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

(p=0,06). Kullanılan intihar girişimi yöntemlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 7. İntihar Girişimi Yöntemlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı (n=829)

Kullanılan Yöntem	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%*	n	%*
İlaç alımı (n=556)	367	66,0	189	34,0
Yüksekten atlama (n=32)	25	78,1	7	21,9
Kesici-delici alet yaralanması (n=64)	29	45,3	35	54,7
İlaç dışı toksik madde alımı (n=54)	21	38,9	33	61,1
Birden fazla yöntem (komplike intihar)(n=38)	15	39,5	23	60,5
Ateşli silah yaralanması (n=62)	7	11,3	55	88,7
Ası (n=13)	2	15,4	11	84,6
Gaz soluma (tüp gaz/doğal gaz/egzoz) (n=3)	1	33,3	2	66,7
Diğer yöntemler (n=7)	4	57,1	3	42,9
Toplam (n=829)	471	56,8	358	43,2
*Her bir yöntem kendi içerisinde yüzdelik dilim olarak verilmiştir				

İntihar girişimi nedeniyle başvuran (n=471) kadınların en sık intihar yöntemi %77,9 (n=367) ile ilaç alımıydı. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan kadınların (n=25) sıklığı erkeklerden (n=7) fazla olmakla birlikte, intihar girişiminde bulunan tüm kadın olguların (n=471) yalnızca %5,3’ü (n=25) yüksekten atlama yöntemini kullanmıştı.

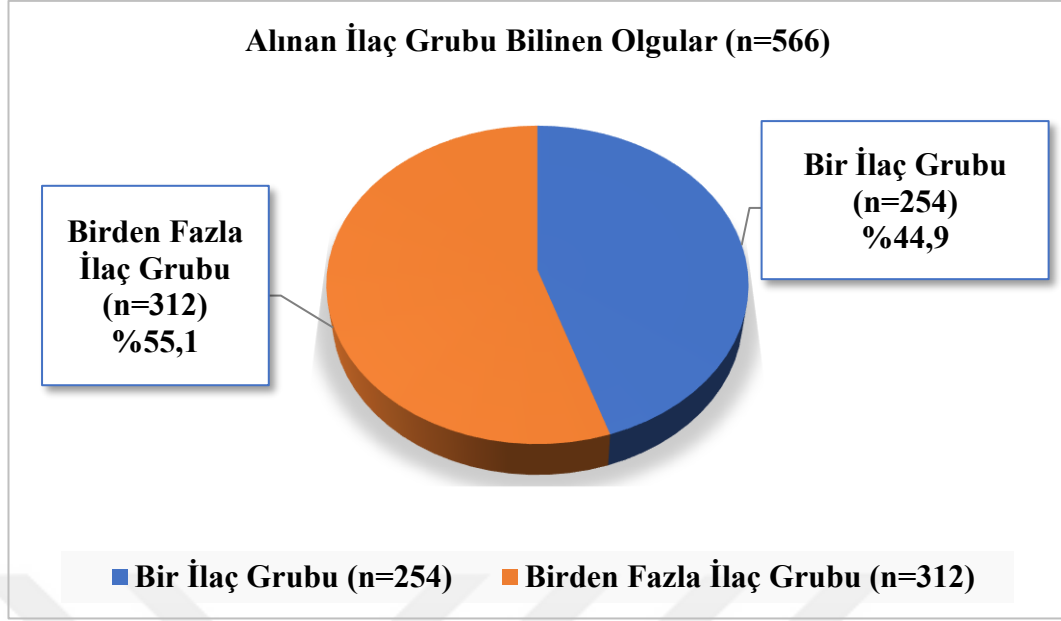
Birden fazla yöntemle intihar girişimi bulunan komplike intihar olguları (n=38) değerlendirildiğinde; %60,5 ile en sık (n=23) ilaç alımı ve kesici-delici alet yaralanması ile intihar girişiminde bulunulduğu; %21,1 ile ikinci sıklıkta (n=8) ilaç

ve ilaç dışı toksik maddeleri birlikte kullanarak intihar girişiminde bulunulduğu saptanmıştır. Komplike intihar yöntemlerinin dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 8. Komplike İntihar Yöntemlerinin Dağılımı (n=38)

Komplike İntihar Yöntemi	n	%
İlaç alımı + Kesici-delici alet yaralanması	23	60,5
İlaç alımı + İlaç dışı toksik madde alımı	8	21,1
İlaç dışı toksik madde alımı + Kesici-delici alet yaralanması	2	5,3
İlaç alımı + Gaz soluma	2	5,3
İlaç dışı toksik madde alımı + Ateşli silah yaralanması	1	2,6
İlaç alımı + Araç altına atlama	1	2,6
Kesici-delici alet yaralanması+ Gaz soluma	1	2,6
Toplam	38	100,0

Toplam 590 olguda ilaç alımı ile intihar girişiminde bulunulduğu kayıtlı olup(ilâç alımı n=556, komplike intihar yöntemlerini kullananlarda ilâç alımı n=34); bu olguların %96,0’ında (n=566) alınan ilacın grubu belirtilmiş, %4,0’ünde (n=24) alınan ilacın türü kayıtlı değildir. Alınan ilâç grubu bilgisinin kayıtlı olduğu olguların (n=566) %44,9’unda (n=254) bir ilâç grubu, %55,1’inde (n=312) birden fazla ilâç grubu alındığı kayıtlıdır (şekil 4.10).



Şekil 4. 10. İlaç Alarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Dağılımı (n=566)

İlaç alarak intihar girişiminde bulunan ve ilaç grubu bilinen olgular (n=566) cinsiyete göre karşılaştırıldığında; tek ilaç grubunu kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=254) olguların %70,9'u (n=180) kadın, %29,1'i (n=74) erkek; birden fazla ilaç grubu kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=312) olguların %61,5'i (n=192) kadın, %38,5'i (n=120) erkektir. Alınan ilaç grubunun tekli ya da çoklu oluşuyla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır ($\chi^2(1)=5,4$; $p=0,002$). Hem tekli hem de çoklu ilaç alımı ile intihar girişimi sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek, erkeklerde ise tek ilaç grubu ile intihar girişiminde bulunma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4.9)

Tablo 4. 9. İntihar Girişiminde Kullandığı İlaç Grubu Belirlenmiş Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı (n=566)

Alınan İlaç Grubu Sayısı	Cinsiyet			
	Kadın (n=372)		Erkek (n=194)	
	n	%*	n	%*
Bir ilaç grubu (n=254)	180	70,9	74	29,1
Birden fazla ilaç grubu (n=312)	192	61,5	120	38,5
*Alınan İlaç sayısına ait grup içindeki yüzde değeri				

Kullandığı ilaç grubu bilgisi kayıtlı olan (n=566) intihar girişimi olguların %29,2'sinde (n=165) non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, %23,9 olguda (n=135) parasetamol, %30,4 olguda (n=172) antidepresan ilaçlar, %19,8 olguda (n=112) antipsikotik ilaçların kullanıldığı kayıtlıydı. Kullanılan ilaç gruplarının dağılımı Tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 10. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaçların Dağılımı

İlaç Grupları	n*	%**	%***
NSAİİ†	165	14,5	29,2
Parasetamol	135	11,8	23,9
Antidepresan	172	15,1	30,4
Antipsikotik	112	9,8	19,8
Anksiyolitik	74	6,5	13,1
Antibiyotik	79	6,9	14,0
Kas gevşetici	70	6,1	12,4
Proton pompa inhibitörü	38	3,3	6,7
Antihistaminik	63	5,5	11,1
Antidiyabetik	16	1,4	2,8
Antihipertansif	50	4,4	8,8
İnhaler ilaçlar	2	0,2	0,4
Antiepileptik	37	3,2	6,5
Amfetamin türevleri	17	1,5	3,0
Diğer grup ilaçlar	111	9,8	19,6
Toplam	1141	100,0	-
† Non-Steroid Anti-İnflamatuvar			
* Birden fazla ilaç grubu kullanmış olan olgular sebebiyle ilaç gruplarındaki sayı, toplam olgu sayısından (n=566) fazladır.			
**Kullanılan ilaç grupları arasındaki sıklık (n=1141)			
***İlaç grubu bilinen olgular içerisindeki sıklık (n=566)			

Kullandığı ilaç grubu bilinen olguların (n=566) cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; non-steroid anti-inflamatuvar ilaç kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=165) olguların %67,3'ü (n=111) kadın, %32,7'si (n=54) erkektir. Parasetamol kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=135) olguların %68,9'u (n=93) kadın, %31,1'i (n=42) erkek; antidepresan ilaçları kullanarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=172) %71,5'i (n=123) kadın, %28,5'i (n=49) erkektir. Antipsikotik ilaç kullanarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=112) ise %51,8'i (n=58) erkek, %48,2'si (n=54) kadındır. Antipsikotik, antiepileptik, anksiyolitik ilaçlar dışında tüm ilaç gruplarının alımının kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür. İntihar girişimlerinde kullanılan ilaç gruplarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 11. Kullanılan İlaç Gruplarının Cinsiyete Göre Dağılımı

İlaç Grupları	Cinsiyet				Toplam
	Kadın		Erkek		
	n	%	n	%	
NSAİİ†	111	67,3	54	32,7	165
Parasetamol	93	68,9	42	31,1	135
Antidepresan	123	71,5	49	28,5	172
Antipsikotik	54	48,2	58	51,8	112
Anksiyolitik	37	50,0	37	50,0	74
Antibiyotik	51	64,6	28	35,4	79
Kas gevşetici	47	67,1	23	32,9	70
PPI	26	68,4	12	31,6	38
Antihistaminik	38	60,3	25	39,7	63
Antidiyabetik	12	75,0	4	25,0	16
Antihipertansif	33	66,0	17	34,0	50
İnhaler ilaçlar	1	50,0	1	50,0	2
Antiepileptik	18	48,6	19	51,4	37
Amfetamin türevleri	13	76,5	4	23,5	17
Diğer grup ilaçlar	69	62,2	42	37,8	111
Toplam	726	63,6	415	36,4	1141
† Non-Steroid Anti-İnflamatuar					

İlaç dışı toksik madde alımı ile intihar girişiminde bulunan toplam 65 olgu olup ilaç dışı toksik madde alan 54, komplike intihar yöntemlerini kullananlarda ilaç dışı toksik madde alan 11 olgudur. Bu 65 olgunun %55,4'ünde (n=36) insektisid/pestisid/rodentisid gibi maddelerin, %26,2'sinde (n=17) koroziv/aşındırıcı/çözücü maddelerin, %13,8'inde (n=9) etil alkol veya etil alkol içeren maddelerin kullanıldığı saptanmıştır. İlaç dışı toksik madde olarak intihar girişiminde bulunan olguların dağılımı Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 12. İntihar Girişiminde Kullanılan İlaç Dışı Toksik Maddelerin Dağılımı (n=65)

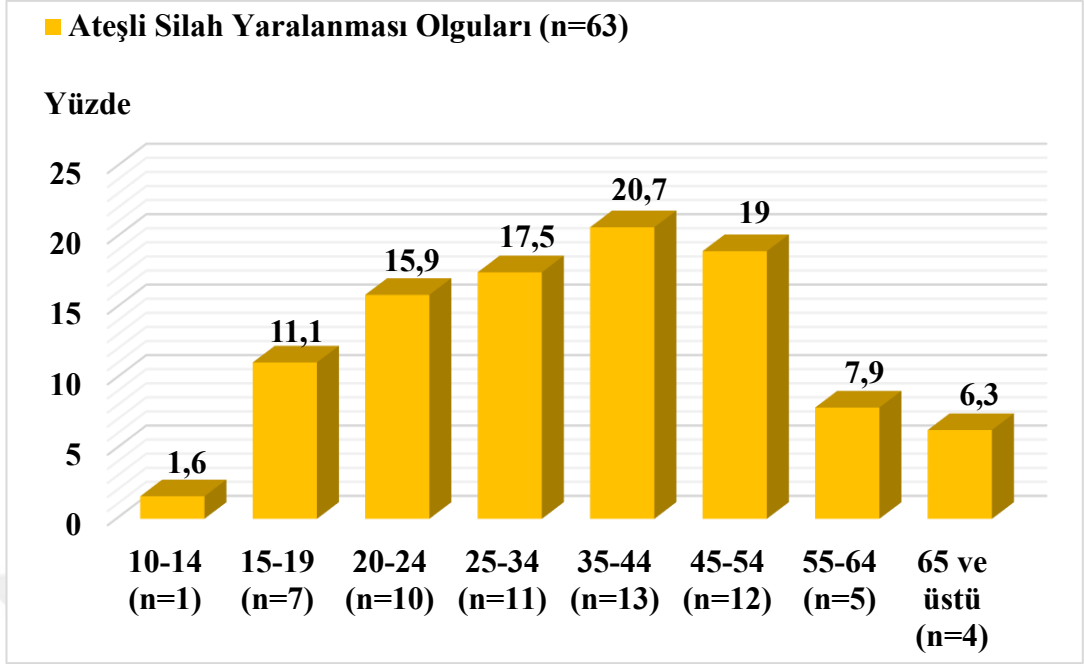
Alınan İlaç Dışı Toksik Madde	n	%
Pestisid/insektisid/rodentisid	36	55,4
Koroziv/aşındırıcı/çözücü madde	17	26,2
Etil alkol	9	13,8
Diğer maddeler	3	4,6
Toplam	65	100,0

İlaç dışı toksik madde kullanarak intihar girişiminde bulunan olguların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; pestisid/insektisid/rodentisid gibi toksik maddelerle intihar girişiminde (n=36) bulunan olguların %33,3'ü (n=12) kadın, %66,7'si (n=24) erkektir. Koroziv maddelerle intihar girişiminde bulunan (n=17) olguların %64,7'si (n=11) kadın, %35,3'ü (n=6) erkektir. Etil alkol veya etil alkol içeren maddelerle intihar girişiminde bulunan olguların (n=9) tamamı ise erkek cinsiyettedir. Koroziv maddeleri kullanarak intihar girişiminin kadınlarda, pestisid/insektisid/rodentisid gibi toksik maddeleri ya da etil alkol veya etil alkol içeren toksik maddeleri kullanarak intihar girişiminde erkeklerde daha sık rastlandığı saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13. Kullanılan İlaç Dışı Toksik Maddelerin Cinsiyet Göre Dağılımı (n=65)

Alınan İlaç Dışı Toksik Madde	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	(n)	(%)*	(n)	(%)*
Pestisit/insektisit/rodentisit (n=36)	12	33,3	24	66,7
Koroziv/çözücü/aşındırıcı (n=17)	11	64,7	6	35,3
Etil alkol (n=9)	0	0,0	9	100,0
Diğer toksik/kimyasal maddeler (n=3)	2	66,7	1	33,3
Toplam (n=65)	25	38,5	40	61,5
*Her bir toksik madde grubu içerisinde cinsiyet sıklığı				

Ateşli silahla kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan olguların (ateşli silah ile intihar girişimi n=62 ve komplike intihar yöntemi olarak n=1 olmak üzere toplam n=63 olgu) yaş gruplarının sıklığı belirlenmiştir. Olguların %20,7'si (n=13) 35-44 yaş grubunda, %19,0'u (n=12) 45-54 yaş grubunda, %17,5'i (n=11) 25-34 yaş grubunda, %15,9'unun (n=10) 20-24 yaş grubunda, %11,1'inin (n=7) 15-19 yaş grubunda, %7,9'unun (n=5) 55-64 yaş grubunda, %6,3'ünün (n=4) 65 yaş ve üzeri grupta, %1,6'sının (n=1) 10-14 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Ateşli silah ile intihar girişiminde bulunan olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 4.11'de gösterilmiştir.



Şekil 4. 11. Ateşli Silah Yaralanması ile İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=63)

Ateşli silah ile intihar girişiminde bulunan olguların (n=63) yaralanan vücut bölgeleri dağılımı incelendiğinde; olguların %65,1'inde (n=41) baş-boyun bölgesinde, %23,8'inde (n=15) toraks bölgesinde, %12,7'sinde (n=8) batin bölgesinde yaralanma olduğu kayıtlı olduğu saptanmıştır. Ateşli silah ile intihar girişiminde bulunan olguların dağılımı Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 14. Ateşli Silah ile İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Travma Bölgelerinin Dağılımı (n=63)

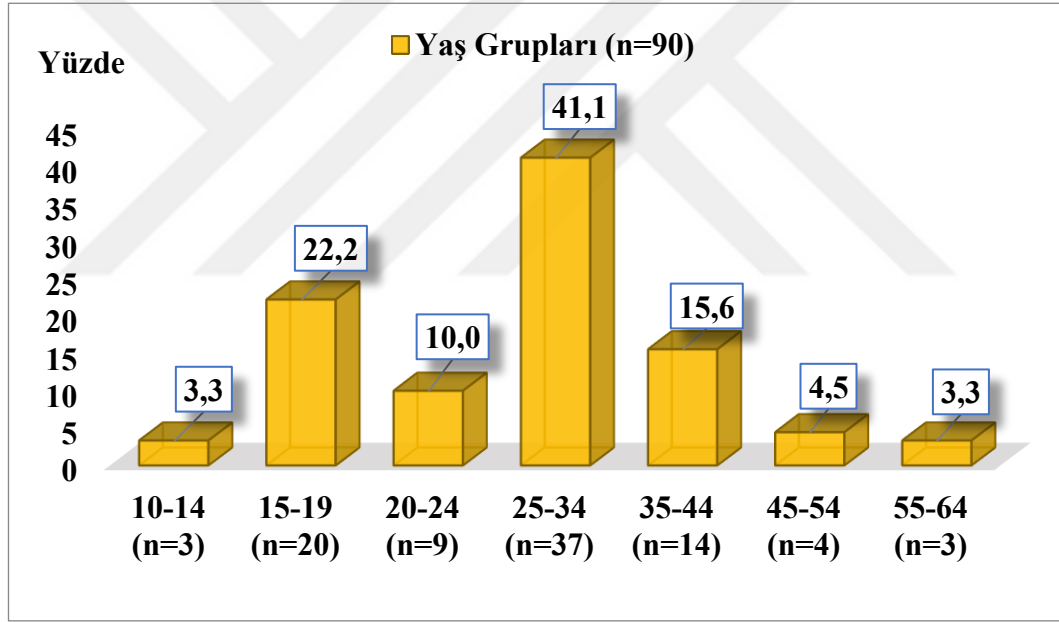
Ateşli Silahla Yaralanan Bölge	n*	%**	%***
Baş-boyun	41	56,9	65,1
Toraks	15	20,8	23,8
Vertebralar	1	1,4	1,6
Batın	8	11,1	12,7
Üst ekstremité	4	5,6	6,3
Alt ekstremité	2	2,8	3,2
Genitoüriner	1	1,4	1,6
Toplam	72	100	-
* Birden fazla vücut bölgesinde yaralanma olan olgular sebebiyle yaralanma bölgelerindeki sayı, toplam olgu sayısından (n=63) fazladır.			
**Yaralanan bölgeler içinde sıklık (n=72)			
***Ateşli silah ile intihar girişiminde bulunan olgular içinde sıklık (n=63), olgularda birden fazla yaralanan bölge bulunabilmektedir			

Ateşli silahla kendisini baş-boyun bölgesinden yaralayarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=41) yara lokalizasyonu değerlendirildiğinde; olguların %48,8'inde (n=20) çene altında, %39,0'unda (n=16) şakak bölgesinde yaralanma olduğu yazılıdır. Baş-boyun bölgesinde yaralanma tespit edilen olguların yara lokalizasyonları Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 15. Baş-boyun Bölgesinde Yaralanma Tespit Edilen Olgularda Yara Lokalizasyonu (n=41)

Travma Bölgesi	n	%
Çene Altı	20	48,8
Şakak	16	39,0
Ağız içi	2	4,9
Alın	2	4,9
Veri yok	1	2,4
Toplam	41	100,0

Kesici-delici aletle kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan olguların (kesici-delici alet kullanarak intihar girişiminde bulunan olgular n=64, komplike intihar yöntemleri içerisinde kesici-delici aletleri kullanarak intihar girişiminde bulunan olgular n=26, toplam olgu sayısı n=90) yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; olguların %3,3'ü (n=3) 10-14 yaş, %22,2'si (n=20) 15-19 yaş, %10,0'u (n=9) 20-24 yaş, %41,1'i (n=37) 25-34 yaş, %15,6'sı (n=14) 35-44 yaş, %4,5'ü (n=4) 45-54 yaş, %3,3'ü (n=3) 55-64 yaş grubunda olduğu kayıtlıdır. Olgular arasında 65 yaş ve üzeri grupta kesici-delici alet ile intihar girişimine rastlanmamıştır. Kesici-delici aletler ile intihar girişiminde bulunan olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 4.12'de gösterilmiştir.



Şekil 4. 12. Kesici-delici Alet Kullanarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (n=90)

Kesici-delici alet kullanarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=90) yaralanma bölgeleri değerlendirildiğinde; olguların %85,6'sında (n=77) üst ekstremitede, %15,6'sında (n=14) baş-boyun bölgesinde, %13,3'ünde (n=12) batin bölgesinde yaralanma olduğu kayıtlıdır. Kesici-delici alet kullanarak intihar

girişiminde bulunan olguların yaralanma bölgelerinin dağılımı Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 16. Kesici-delici Alet Kullanarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Travma Bölgelerine Göre Dağılımı

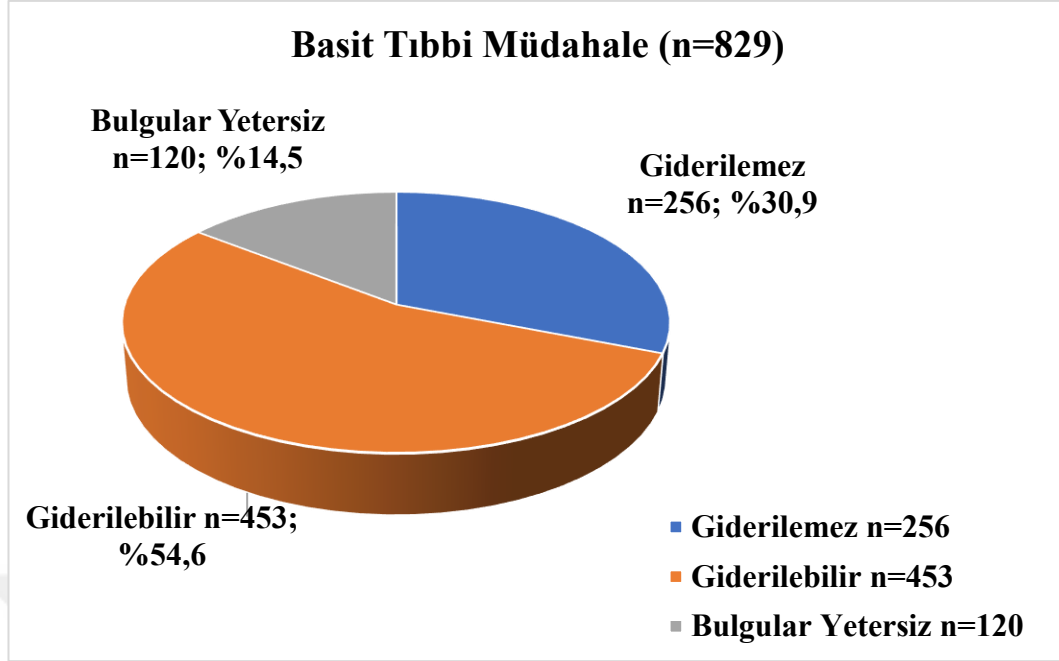
Kesici-Delici Aletle Yaralanan Bölge	n*	%**	%***
Baş-boyun	14	12,5	15,6
Toraks	4	3,6	4,4
Batın	12	10,7	13,3
Üst ekstremité	77	68,8	85,6
Alt ekstremité	3	2,7	3,3
Genitoüriner	2	1,7	2,2
Toplam	112	100,0	-
* Birden fazla vücut bölgesinde yaralanma olabildiğinden yaralanma bölgesi sayısı, toplam olgu sayısından (n=90) fazladır.			
**Yaralanma bölgeleri içinde sıklık (n=112)			
***Kesici-delici alet ile intihar girişiminde bulunan olgular içinde sıklık (n=90), olgularda birden fazla yaralanan bölge bulunabilmektedir			

Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=32) yaralanan vücut bölgeleri değerlendirildiğinde; olguların %59,3'ünde (n=19) baş-boyun bölgesinde, %56,2'sinde (n=18) toraks, %46,8'inde (n=15) alt ekstremité bölgesinde yaralanma olduğu kayıtlıdır. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan olguların yaralanan vücut bölgelerine göre dağılımı Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 17. Yüksekten Atlayarak İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Travma Bölgelerine Göre Dağılımı

Yüksekten Atlayan Olgularda Yaralanan Bölgeler	n*	%**	%***
Baş-boyun	19	21,1	59,3
Toraks	18	20,0	56,2
Vertebralar	13	14,4	40,6
Batın	8	8,9	25,0
Üst ekstremité	11	12,2	34,3
Alt ekstremité	15	16,7	46,8
Genitoüriner	6	6,7	18,8
Toplam	90	100,0	-
* Birden fazla vücut bölgesinde yaralanma olabildiğinden yaralanma bölgesi sayısı, toplam olgu sayısından (n=32) fazladır. **Yaralanma bölgeleri içindeki sıklık (n=90) ***Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan olgular içindeki sıklık (n=32), olgularda birden fazla yaralanan bölge bulunabilmektedir			

İntihar girişimi nedeniyle Hastaneye başvuran n=829 olgunun yaralanmalarının ağırlığının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmamasına göre kayıtlar değerlendirildiğinde; olguların %30,9’unda (n=256) yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı; %54,6’sında (n=453) yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu saptanmıştır (Şekil 4.13).



Şekil 4. 13. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Yaralanmasının BTM ile Giderilebilecek Ölçüde Hafif Nitelikte Olup Olmamasına Göre Dağılımı (n=829)

Çalışmamıza intihar girişimi nedeni ile dahil edilen olguların (n=829) yaralanmanın BTM ile giderilebilir ölçüde hafif nitelikte olup olmamasına göre olgulara ait kayıtlar incelenmiştir. Yeterli veri bulunmayan olgular 120 olgu, yaralanma ağırlığı BTM ile giderilebilirlik açısından değerlendirilebilen 709 olgu bulunduğu saptanmıştır. Bu 709 olgu içinde; ilaç alarak intihar girişiminde bulunan (n=461; %65,0) olguların %75,9'unun (n=350); ilaç dışı toksik madde kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=45; %6,3) olguların %60,0'ının (n=27) ; kesici-delici alet kullanarak intihar girişiminde bulunan (n=59; %8,3) olguların %69,5'inin (n=41) yaralanmasının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu saptanmıştır. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan (n=30) olguların %90,0'ında (n=27) yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı belirlenmiştir. Ateşli silah ile kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan olguların (n=62) ise tamamında yaralanmanın ağırlığı BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte değildir. Kullanılan intihar girişimi yöntemleri ile BTM ile giderilebilme durumu arasındaki ilişki, intihar girişiminde kullanılan

yöntem ve diğerleri şeklinde ikili gruplara ayrıldıktan sonra yapılan BTM ile giderilebilme durumu karşılaştırılmasında; ilaç olarak intihar girişiminde bulunan olgularda yaralanmanın/bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yüksekten atlayarak ve ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunan olgularda ise yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayışı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.18).

Tablo 4. 18. İntihar Girişimi Yöntemi ve Yaralanmanın/Bulguların BTM ile Giderilebilir Olup Olmasına Göre Dağılım (n=709)

Kullanılan Yöntem	BTM ile			
	Giderilemez		Giderilebilir	
	(n)	(%)*	(n)	(%)*
İlaç alımı (n=461)	111	24,1	350	75,9
İlaç dışı toksik madde alımı (n=45)	18	40,0	27	60,0
Kesici-delici alet (n=59)	18	30,5	41	69,5
Ası (n=13)	6	46,2	7	53,8
Yüksekten atlama (n=30)	27	90,0	3	10,0
Ateşli silah (n=62)	62	100,0	0	0,0
Gaz soluma (tüpgaz/doğal gaz/egzoz) (n=3)	0	0,0	3	100,0
Birden fazla yöntem ile (komplike intihar) (n=29)	11	37,9	18	62,1
Diğer yöntemler (n=7)	3	42,9	4	57,1
Toplam (n=709)	256	-	453	-
*Her bir yöntem içinde BTM ile giderilebilir nitelikte olup/olmama sıklığı				

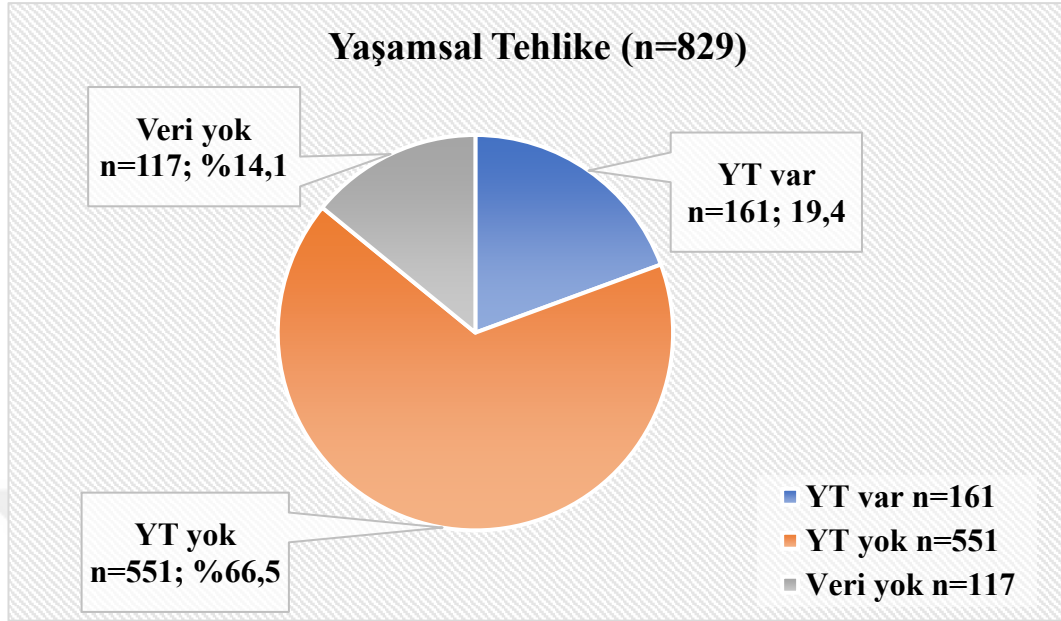
Mevcut tıbbi kayıtlardaki bulgulara göre BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmadığı belirlenebilen 709 (%85,5) olgu, cinsiyete göre

değerlendirilmiştir. BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte yaralanması bulunan (n=453; %63,9) olguların %36,9'u (n=167) erkek, %63,1'i (n=286) kadındır. Bulguları/yaralanması BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan (n=256; %36,1) olguların ise %56,3'ü (n=144) erkek, %43,7'si (n=112) kadındır. Bulguların/yaralanmanın BTM ile giderilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu, saptanmıştır ($\chi^2(1)=24,9$; $p<0,01$). BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte yaralanmanın kadınlarda erkelere oranla daha fazla olduğu, BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan yaralanmaların ise erkeklerde kadınlara oranla daha sık bulunduğu anlaşılmaktadır (Tablo 4.19).

Tablo 4. 19. Cinsiyete Göre, Yaralanmanın BTM ile Giderilebilir Olup Olmasına Göre Dağılımı (n=709)

BTM İle	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	n	%	n	%
Giderilemez (n=256)	112	43,7	144	56,3
Giderilebilir (n=453)	286	63,1	167	36,9
Toplam	398	56,1	311	43,9

İntihar girişimi nedeniyle Hastaneye başvuran olguların (n=829) yaşamsal tehlike durumları değerlendirildiğinde; 712 (%85,9) olgunun kayıtlarına göre yaşamsal tehlikesi olup olmadığına dair bilgi bulunduğu saptanmıştır. Bilgi kayıtlı olan 712 olgunun %77,4'ünde (n=551) yaşamsal tehlike bulunmadığı, %22,6'sında (n=161) yaşamsal tehlike bulunduğu belirlenmiştir. Olguların yaşamsal tehlike varlığına göre dağılımı Şekil 4.14'te gösterilmiştir.



Şekil 4. 14. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların YT Varlığına Göre Dağılımı (n=829)

Yaşamsal tehlike bulunduğu belirlenen 161 olgunun; %37,9'u (n=61) ilaç alımı, %32,3'ü (n=52) ateşli silahla yaralama, %12,4'ü (n=20) yüksekten atlama, %5,6'sı (n=9) ilaç dışı toksik madde alımı, %4,4'ü (n=7) kesici-delici alet kullanarak intihar girişimidir.

Yaşamsal tehlike olup olmadığı ile ilgili kayıtlarda yeterli veri bulunmayan 117 olgu (%14,1) bulunduğu saptanmıştır. Kullanılan intihar girişimi yöntemi ve yaşamsal tehlike durumu belirlenebilen 712 olguda; ilaç olarak intihar girişiminde bulunan (n=459) olguların %86,7'sinde (n=398) yaşamsal tehlike bulunmadığı, %13,3'ünde (n=61) yaşamsal tehlike bulunduğu belirlenmiştir. İlaç dışı toksik madde alarak intihar girişiminde bulunan (n=44) olguların %20,5'inde (n=9) yaşamsal tehlike bulunduğu, %79,5'inde (n=35) yaşamsal tehlike bulunmadığı; kesici-delici aletle kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan (n=64) olguların %10,9'unda (n=7) yaşamsal tehlike bulunduğu, %89,1'inde (n=57) yaşamsal tehlike bulunmadığı saptanmıştır. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan (n=29) olguların %69,0'unda (n=20), ateşli silah ile intihar

girişiminde bulunan (n=62) olguların %83,9'unda (n=52) ise yaralanmanın yaşamsal tehlikeye neden olduğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde kullanılan yöntem ve diğerleri şeklinde ikili gruplara ayrıldıktan sonra yapılan yaşamsal tehlike varlığı açısından karşılaştırmada; ilaç olarak intihar girişiminde bulunan olgularda ve kesici-delici aletle intihar girişiminde bulunan olgularda yaşamsal tehlike oluşma sıklığının az oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan olgularda, ateşli silah ile kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan olgularda ve ilaç dışı toksik madde olarak intihar girişiminde bulunanlarda yaşamsal tehlike bulunuşu istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo 4.20).

Tablo 4. 20. İntihar Girişimi Yönteminin YT Durumuna Göre Dağılımı

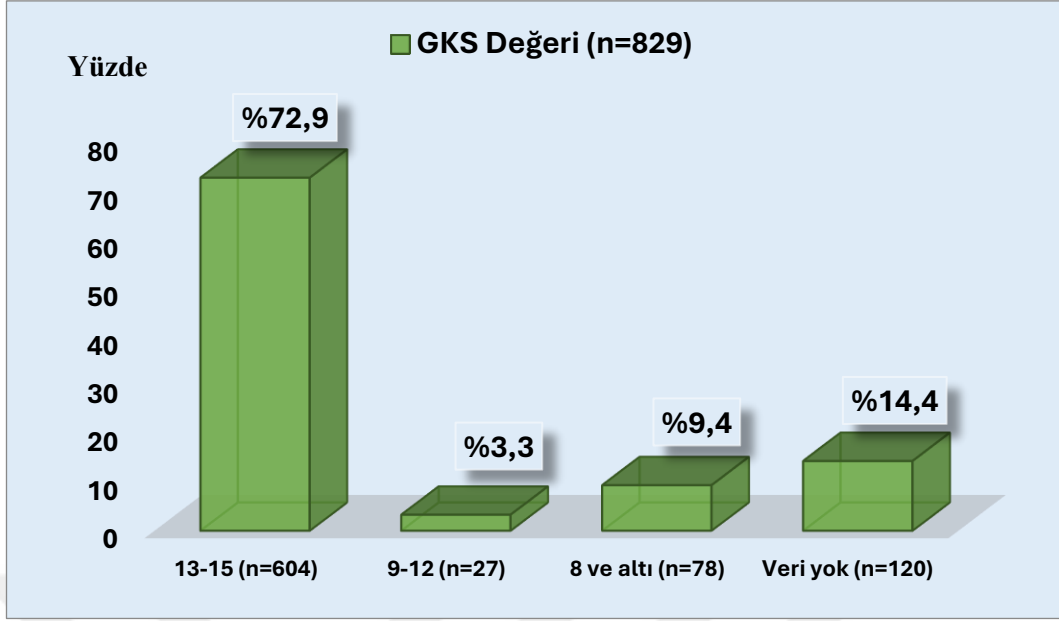
Kullanılan Yöntem	Yaşamsal Tehlike			
	Yok		Var	
	(n)	(%)*	(n)	(%)*
İlaç alımı (n=459)	398	86,7	61	13,3
İlaç dışı toksik madde alımı (n=44)	35	79,5	9	20,5
Kesici-delici alet yaralanması (n=64)	57	89,1	7	10,9
Ası (n=13)	9	69,2	4	30,8
Yüksekten atlama (n=29)	9	31,0	20	69,0
Ateşli silah yaralanması (n=62)	10	16,1	52	83,9
Gaz soluma (tüpgaz/doğal gaz/egzoz) (n=3)	3	100,0	0	0,0
Birden fazla yöntem ile (komplike intihar) (n=31)	24	77,4	7	22,6
Diğer yöntemler (n=7)	6	85,7	1	14,3
Toplam	551	-	161	-
*Her bir yöntem içinde yaşamsal tehlike bulunup bulunmama sıklığı				

Yaşamsal tehlike durumu belirlenebilmiş olguların (n=712) cinsiyete göre karşılaştırılmasında; yaşamsal tehlikesi olmayan (n=551) olguların %61,2'si (n=337) kadın, %38,8'i (n=214) erkektir. Yaşamsal tehlikesi bulunan olguların (n=161) %38,5'i (n=62) kadın, %61,5'i (n=99) erkektir. Yaşamsal tehlike durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($\chi^2(1)=25,9$; $p<0,01$). Erkeklerde yaralanmanın yaşamsal tehlike oluşturma sıklığı kadınlardan daha fazlayken, kadınlarda yaralanma sonucu yaşamsal tehlike bulunmama sıklığı daha yüksektir (Tablo 4.21).

Tablo 4. 21. YT Bulunuşunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaşamsal Tehlike	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	(n)	(%)*	(n)	(%)*
Yok (n=551)	337	61,2	214	38,8
Var (n=161)	62	38,5	99	61,5
Toplam (n=712)	399	56,0	313	44,0
*Yaşamsal Tehlike durumu içerisinde cinsiyet sıklığı				

İntihar girişimi nedeni ile hastaneye başvuran olguların (n=829) ilk başvuru sırasındaki bilinç durumları değerlendirilmiştir. Olguların %14,4'ünde (n=120) bilinç durumu hakkında yeterli kayıtlı veri olmadığı görülmüştür. Bilinç durumu hakkında yeterli bilgi olan 709 olgunun %85,2'sinde (n=604) Glaskow Koma Skoru 13-15 arasında, %3,8'inde (n=27) GKS 9-12 arasında, %11,0'ında (n=78) GKS 8 ve altında olduğu kayıtlıdır. Olguların bilinç durumlarına göre dağılımı Şekil 4.15'te gösterilmiştir.



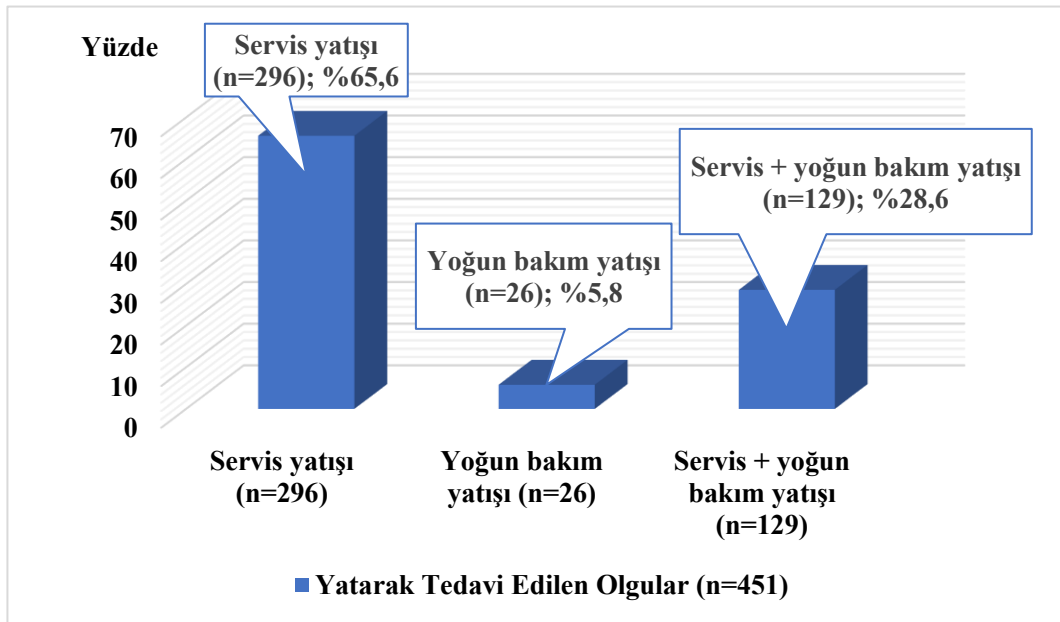
Şekil 4. 15. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların GKS Değerine Göre Dağılımı (n=829)

Çalışmamıza alınan intihar girişimi olgularının (n=829) tedavi şekilleri incelendiğinde; olguların %27,1'inin (n=225) ayaktan medikal tedavi ile taburcu edildiği, %46,6'sına (n=386) yatarak medikal tedavi uygulandığı, olguların %7,8'ine (n=65) cerrahi tedavi uygulandığı, olguların %6,8'inin (n=56) başka hastanelere sevk edildiği, %10,4 olgunun (n=86) tedavi ret formu imzalayarak ya da izinsiz şekilde acil servisi terk ettiği, %1,3 olgunun (n=11) acil serviste eks olduğu kayıtlıydı. Tedavi sürecinde toplam eks olduğu kayıtlı 27 olgudur (%3,3). Acil serviste eks olan 11, yoğun bakımda eks olan 16 olmak üzere toplam eks olan 27 olgu saptanmıştır. Eks olan olguların %81,5'i (n=22) erkek, %18,5'i (n=5) kadındır. Olguların tedavi şekillerine göre dağılımı Tablo 4.22'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 22. İntihar Girişimi Olgularının Tedavi Şekline Göre Dağılımı (n=829)

Tedavi Şekli	n	%
Ayaktan medikal tedavi	225	27,1
Yatarak medikal tedavi	386	46,6
Yatarak cerrahi tedavi	65	7,8
Başka merkeze sevk	56	6,8
Tedavi ret	86	10,4
Acil serviste eks	11	1,3
Toplam	829	100,0

Yatarak tedavi gören 451 olgu (%54,4) olup (yatarak medikal tedavi n=386, yatarak cerrahi tedavi n=65), olguların %65,6'sının (n=296) servislerde, %5,8'inin (n=26) yoğun bakımlarda, %28,6'sının (n=129) hem servis hem de yoğun bakımda tedavi gördüğü kayıtlıdır. Olguların tedavi gördükleri bölümlerin dağılımı Şekil 4.16'da gösterilmiştir.



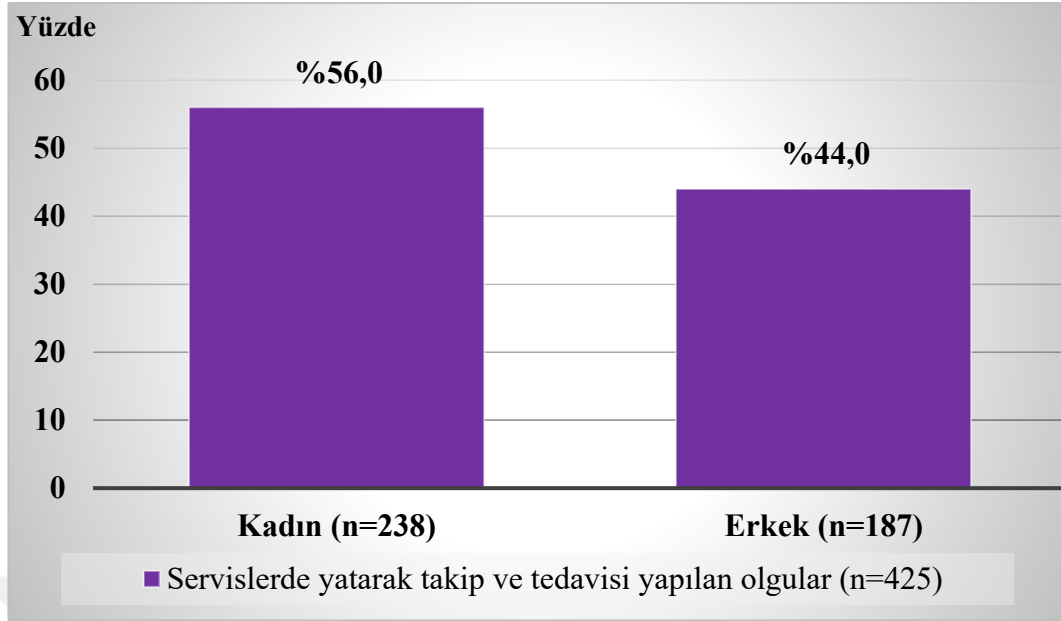
Şekil 4. 16. Yatarak Tedavi Edilen Olguların Yattığı Yerlere Göre Dağılımı (n=451)

Servislerde yatarak takip ve tedavisi yapılan 425 (%51,3) olgunun (servis yatışı n=296 olgu, servis+yoğun bakım yatışı n=129 olgu) tedavi gördüğü servise göre dağılımına bakıldığında; yatarak takip ve tedavisi yapılan olguların %57,9'unun (n=246) dahiliye servisinde, %12,9'unun (n=55) çocuk hastalıkları servisinde, %6,8'inin (n=29) psikiyatri servisinde takip ve tedavilerinin yapıldığı, %6,6 olgunun (n=28) ise birden fazla serviste takip ve tedavi edildiği kayıtlıdır. Yatarak takip ve tedavi uygulanan olguların dağılımı Tablo 4.23'te gösterilmiştir.

Tablo 4. 23. Servislerde Takip ve Tedavisi Yapılan İntihar Girişimi Olgularının Servislere Göre Dağılımı (n=425)

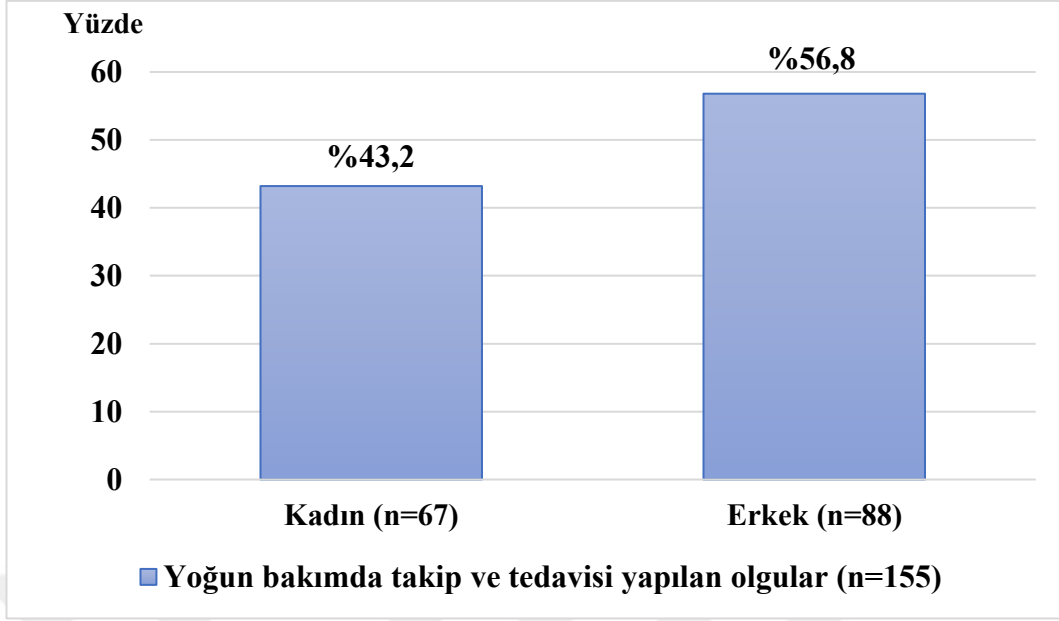
Servis Adı	n	%
Dahiliye	246	57,9
Çocuk hastalıkları	55	12,9
Psikiyatri	29	6,8
Birden fazla servis	28	6,6
Göğüs cerrahisi	21	4,9
Plastik cerrahi	15	3,5
Genel cerrahi	11	2,6
Ortopedi	8	1,9
Beyin cerrahisi	7	1,7
Kulak Burun Boğaz	3	0,7
Kadın doğum	2	0,5
Toplam	425	100,0

Servislerde yatarak takip ve tedavisi yapılan 425 olgunun ortalama yatış süresi incelendiğinde; ortalama yatış günü sayısının $6,9 \pm 17,5$ gün (min:1, max: 145, medyan değer: 1) olduğu saptanmıştır. Servislerde yatarak takip ve tedavisi yapılan olguların %56,0'sı (n=238) kadın, %44,0'ü (n=187) erkektir. Servislerde yatarak takip ve tedavi edilen olguların cinsiyete göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=0,23$; $p=0,6$) (Şekil 4.17).



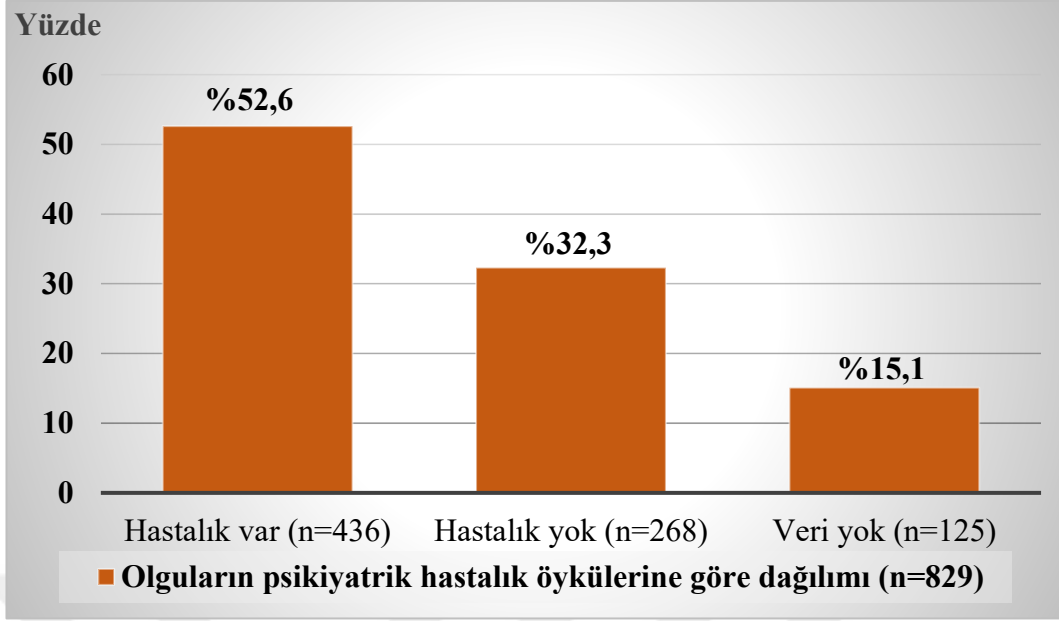
Şekil 4. 17. Servislerde Yatarak Takip ve Tedavisi Yapılan Olguların Cinsiyete Göre Dağılımı (n=425)

Yoğun bakımda takip ve tedavisi yapılan olguların değerlendirilmesinde (yoğun bakım yatışı n=26, servis+yoğun bakım yatışı n=129 olmak üzere toplam olgu sayısı n=155, %18,7); ortalama yatış süresi $5,1 \pm 13,3$ gün (min:1, max: 135, medyan değer 2 gün) olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda takip ve tedavisi yapılan bu 155 olgunun; %43,2'si (n=67) kadın, %56,8'i (n=88) erkektir. Yoğun bakımda takip ve tedavi alma sıklığı erkek olgularda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($\chi^2(1)=14,3$; $p<0,01$) (Şekil 4.18).



Şekil 4. 18. Yoğun Bakımda Takip ve Tedavisi Yapılan Olguların Cinsiyet Dağılımı (n=155)

Çalışmamıza dahil edilen olguların (n=829) psikiyatrik hastalık öyküsüne göre değerlendirilmesinde; olguların %52,6'sında (n=436) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, %32,3'ünde (n=268) psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı, %15,1 olguda (n=125) bu konuda kayıtlı veriye rastlanmadığı saptanmıştır. Olguların psikiyatrik hastalık öykülerine göre dağılımı Şekil 4.19'da gösterilmiştir.



Şekil 4. 19. İntihar Girişimi Olgularının Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Dağılımı (n=829)

İntihar girişiminde bulunan olguların psikiyatrik hastalık öyküsü ve yaşamsal tehlike bulunuşu arasındaki ilişki incelenmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunmayan ve yaşamsal tehlike durumu mevcut bulgularla belirlenemeyen 322 (%38,8) olgu olduğu saptanmıştır. Yaşamsal tehlikesi bulunmayan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri olan n=507 (%61,2) olgu saptanmıştır. Bu 507 olgunun %59,8'inde (n=303) psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, %40,2'sinde (n=204) psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı, kayıtlıdır. Yaşamsal tehlikesi bulunan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunan ise 110 (%13,3) olgu belirlenmiştir. Bu 110 olgunun %65,5'inde (n=72) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, %34,5'inde (n=38) psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı kayıtlıdır. Psikiyatrik hastalık öyküsü ve yaşamsal tehlike bulunuşu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=1,2$; $p=0,2$)(Tablo 4.24).

Tablo 4. 24. İntihar Girişiminde Bulunan Olguların Psikiyatrik Hastalık ve YT Bulunuşu Dağılımı (n=617)

Yaşamsal Tehlike	Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
	Var		Yok	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Yok (n=507)	303	59,8	204	40,2
Var (n=110)	72	65,5	38	34,5
Toplam (n=617)	375	60,8	242	39,2

İntihar girişiminde bulunan olguların psikiyatrik hastalık ve mevcut yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmaması arasındaki ilişki incelenmiştir. Psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunmayan ve BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmadığı belirlenemeyen 212 (%25,6) olgu mevcuttur. Yaralanması/bulguları BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunan 196 (%23,6) olgu olup, bunların %59,7'sinde (n=117) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, %40,3'ünde (n=79) psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı kayıtlıdır. Yaralanması/bulguları BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında bilgi kayıtlı 416 (%50,2) olgunun, %60,8'inde (n=253) psikiyatrik hastalık öyküsü mevcutken, %39,2'sinde (n=163) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmadığı yazılıdır. Psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı ve yaralanmanın/bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup/olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=0,7$; $p=0,7$)(Tablo 4.25).

Tablo 4. 25. İntihar Girişimi Olgularında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü ve BTM ile Giderilebilir Olup Olmasına Göre Dağılım (n=612)

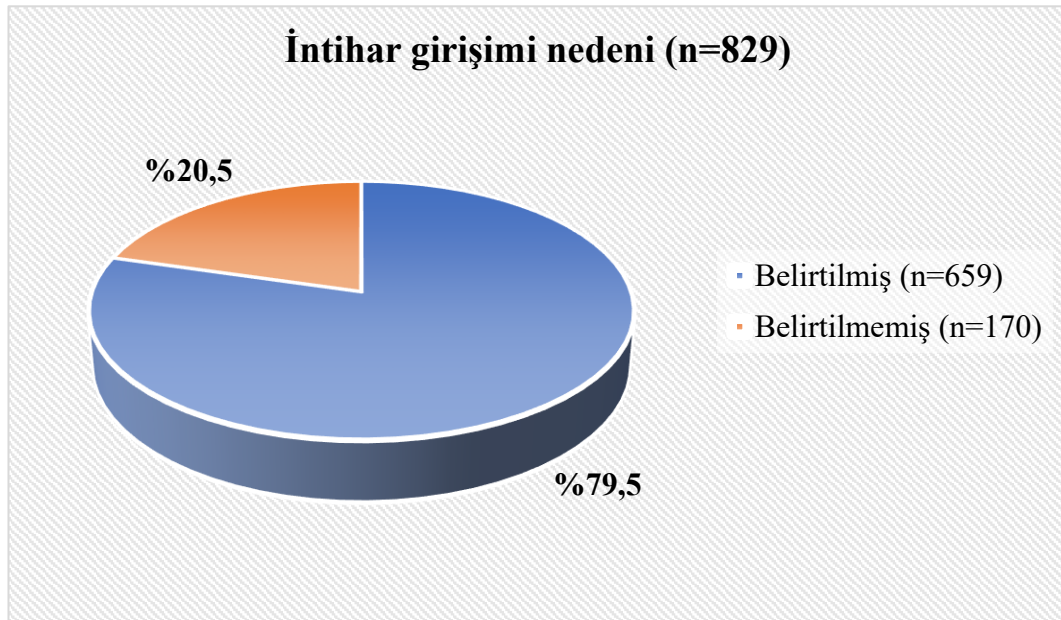
BTM İle	Psikiyatrik Hastalık Öyküsü			
	Var		Yok	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Giderilemez (n=196)	117	59,7	79	40,3
Giderilebilir (n=416)	253	60,8	163	39,2
Toplam (n=612)	370	60,5	242	39,5

Çalışmaya alınan 829 olgunun 436'sının (%52,6) öyküsünde psikiyatrik hastalık bulunduğu kayıtlıdır. Olguların psikiyatrik hastalıklarına göre dağılımı incelendiğinde; %19,7'sinde (n=86) psikiyatrik bir hastalık geçmişinin olduğu ancak hastalığın tanısının belirtilmediği saptanmıştır. Öyküde psikiyatrik hastalık tanısı belirtilen 350 olgunun (%42,2) psikiyatrik hastalıkları değerlendirildiğinde; olguların %40,3'ünde (n=141; tanı belirtilmeyenler toplama dahil edildiğinde %32,3'ünde) depresyon, %13,4'ünde (n=47; tanı belirtilmeyenler toplama dahil edildiğinde %10,8'inde) anksiyete bozukluğu, %10,6'sında (n=37; tanı belirtilmeyenler toplama dahil edildiğinde %8,5'inde) bipolar bozukluk, %10,3'ünde (n=36; tanı belirtilmeyenler toplama dahil edildiğinde %8,3'ünde) alkol/madde bağımlılığı olduğu kayıtlıdır. Olguların öyküsünde verilen psikiyatrik hastalık tanılarına göre dağılım Tablo 4.26'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 26. Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Olduğu Bilinen Olguların Hastalıklarına Göre Dağılımı (n=436)

Psikiyatrik Hastalık	n	%
Depresyon	141	32,3
Anksiyete bozukluğu	47	10,8
Bipolar bozukluk	37	8,5
Alkol/madde bağımlılığı	36	8,3
Kişilik bozuklukları	27	6,2
Şizofreni	25	5,7
Dürtü/davranım bozukluğu	18	4,1
DEHB	13	3,0
OKB	5	1,2
Anoreksiya nervoza	1	0,2
Veri yok	86	19,7
Toplam	436	100,0

Olguların (n=829) intihar nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; %20,5’inde (n=170) intihar girişiminin nedeni ile ilgili bilgi kayıtlı değilken %79,5’inde (n=659) intihar girişimi için neden belirtilmiştir (Şekil 4.20)



Şekil 4. 20. İntihar Girişimi Olgularının Öyküde İntihar Nedeni Bildirme Sıklığına Göre Dağılımı (n=829)

İntihar girişimi için öyküde neden belirtilen olguların (n=659) intihar nedenleri değerdendirildiğinde; olguların %19,1'inde (n=126) ebeveyn ile ilgili sorunlar, %24,1'inde (n=159) aile içi geçimsizlik/boşanma süreci, %22,3'ünde (n=147) ruhsal hastalıkla ilgili nedenler, %17,9 olguda (n=118) özel arkadaş/partner (aşk/sevgili) ile ilgili sorunların intihar girişimi sebebi olarak ifade edildiği kayıtlıdır.

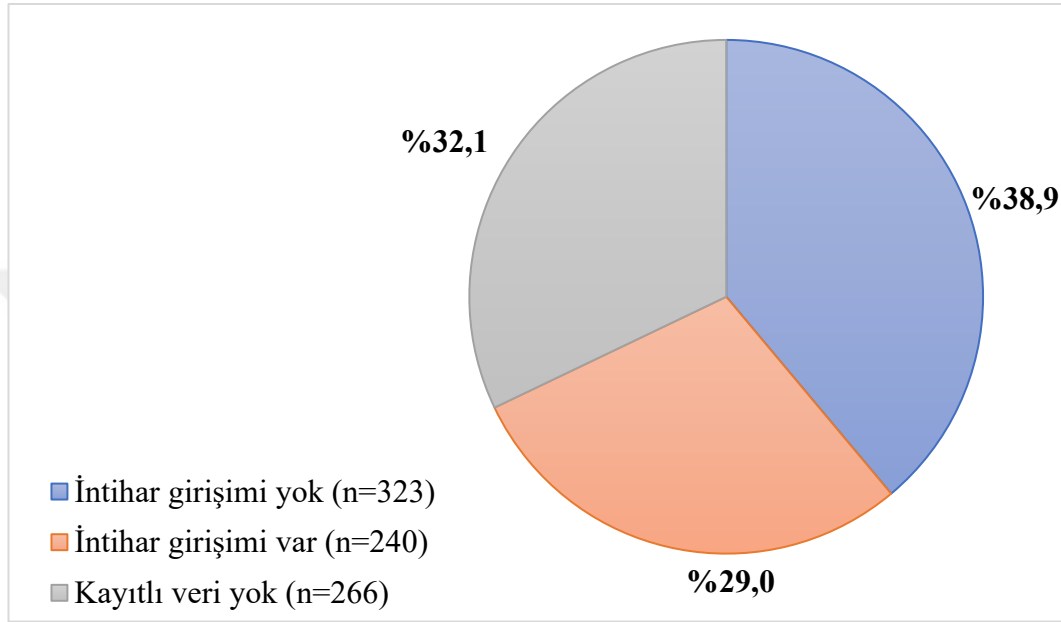
İntihar nedenlerinin sıklığı ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; aile içi geçimsizlik bulunan ya da boşanma sürecinde olup da intihar girişiminde bulunan 159 olgunun %53,5'i (n=85) kadın, %46,5'i (n=74) erkek, aşk/sevgi sorunları sebebiyle intihar girişiminde bulunduğu kayıtlı 118 olgunun %71,2'si (n=84) kadın, %28,8'i (n=34) erkek, cinsel saldırı/istismar nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu kayıtlı olan 7 olgunun %71,4'ü kadın (n=5), %28,6'sı erkektir (n=2). Ebeveyni ile ilgili sorun yaşayıp intihar girişiminde bulunan 126 olgunun %71,4'ü (n=90) kadın, %28,6'sı (n=36) erkek, okul sorunları/sınav kaygısı gibi nedenlerle intihar girişinde bulunduğu bildirilen 23 olgunun %78,3'ü kadın (n=18), %21,7'si erkek (n=5), akran zorbalığı nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu belirtilen olguların 14 olgunun %85,7'si (n=12) kadın, %14,3'ü (n=2) erkek olup, çocuğu/çocukları ile ilgili sorunlar yüzünden intihar girişiminde bulunduğu belirtilen 22 olgunun %68,2'si kadın, %31,8'i erkektir. Ölüm/kayıp sonrası intihar girişiminde bulunduğu ifade edilen 35 olgu mevcuttur ve bunların %57,1'i kadın (n=20), %42,9'u erkektir (n=15). Ekonomik sorunlar nedeniyle intihar girişiminde bulunan (n=80) olguların ise %31,3'ü (n=25) kadın, %68,7'si (n=55) erkektir. Ruhsal hastalıkla ilgi nedenlerden intihar girişiminde bulunduğu ifade edilen olguların (n=147) %48,3'ü (n=71) kadın, %51,7'si (n=76) erkektir. İntihar girişiminin nedeni ve diğerleri şeklinde ikili gruplara ayrıldıktan sonra yapılan cinsiyet sıklığı karşılaştırmasında; aile içi geçimsizlik ya da boşanma süreci nedeni ile, ebeveynle ilgili sorunlar nedeniyle, aşk/sevgi sorunları nedeniyle, okul sorunları/sınav kaygısı gibi nedenlerle, akran zorbalığı nedeniyle ve ölüm/kayıp sonrası intihar girişimi kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ekonomik kaygılar/sorunlar, bedensel hastalık, ruhsal hastalık nedenleriyle ve alkol/madde bağımlılığı nedeniyle intihar girişimi ise erkek

cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öyküde belirtilen intihar nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.27’de gösterilmiştir.

Tablo 4. 27. İntihar Nedenlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

İntihar Nedenleri	Cinsiyet						
	Kadın		Erkek		Toplam		
	(n)	(%) [*]	(n)	(%) [*]	(n)	(%) [*]	(%) ^{**}
Ebeveyn ile ilgili sorunlar (n=126)	90	71,4	36	28,6	126	14,9	19,1
Çocuk ile ilgili sorunlar (n=22)	15	68,2	7	31,8	22	2,6	3,3
Aile içi geçimsizlik/ boşanma süreci (n=159)	85	53,5	74	46,5	159	18,8	24,1
Özel arkadaş/partner (Aşk /sevgi) sorunu (n=118)	84	71,2	34	28,8	118	13,9	17,9
Cinsel saldırı/istismar (n=7)	5	71,4	2	28,6	7	0,8	1,1
Ölüm/kayıp sonrası (n=35)	20	57,1	15	42,9	35	4,1	5,3
Okul sorunları/sınav kaygısı (n=23)	18	78,3	5	21,7	23	2,7	3,5
Akran zorbalığı (n=14)	12	85,7	2	14,3	14	1,7	2,1
Ekonomik nedenler (n=80)	25	31,3	55	68,7	80	9,4	12,1
Ruhsal hastalık sebebiyle (n=147)	71	48,3	76	51,7	147	17,3	22,3
Bedensel hastalık nedeniyle (n=22)	9	40,9	13	59,1	22	2,6	3,3
Alkol/madde bağımlılık nedeniyle (n=45)	16	35,6	29	64,4	45	5,3	6,8
Diğer nedenler (n=50)	29	58,0	21	42,0	50	5,9	7,6
Toplam (n=848)	479	56,5	369	43,5	848	100,0	-
*Birden fazla intihar girişimi sebebi olabileceğinden intihar nedenlerinin sayısı, toplam olgu sayısından (n=659) fazladır. *İntihar girişimi nedenleri içinde sıklık (n=848) **İntihar girişimi nedeni belirtilen olgular içinde sıklık (n=659), birden fazla neden belirtilmesi mümkündür.							

Daha önce intihar girişimi öyküsü bulunup/bulunmadığı (n=829) değeriendirildiğinde; olguların %32,1'inde (n=266) kayıtlarda bilgi saptanmamıştır. Bilgi edinilebilen 563 (%67,9) olgu olup, bunların %57,4'ünde (n=323) daha önce intihar girişimi öyküsünün bulunmadığı; %42,6'sında (n=240) bir veya daha fazla kez intihar girişimi öyküsü bulunduğu kayıtlıdır (Şekil 4.21).



Şekil 4. 21. Olgularının, Eski İntihar Girişimi Öyküsü Dağılımı (n=829)

Olguların eski intihar girişimi ve başvuru nedeni olan intihar girişiminde yaşamsal tehlike bulunuşu arasındaki ilişki incelenmiştir. Eski intihar girişimi öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunmayan ve yaşamsal tehlike durumu mevcut bulgularla belirlenemeyen 338 (%40,8) olgu mevcuttur. Bilgi olan 491 (%59,2) olgudan, 418'inde (%85,1) yaşamsal tehlike oluşturmıyacak nitelikte yaralanma olup, eski intihar girişimi öyküsü hakkında kayıtlı bilgi mevcuttu. Bu olguların %58,9'unda (n=246) eski intihar girişimi öyküsü bulunmadığı, %41,1'inde (n=172) eski intihar girişimi öyküsü olduğu kayıtlıdır. Yaşamsal tehlikesi bulunan 73 olgunun (%14,9) %58,9'unda (n=43) daha önce intihar girişimi öyküsü bulunmadığı, %41,1'inde (n=30) eski intihar girişimi öyküsü bulunduğu kayıtlıdır. Eski intihar girişimi öyküsü varlığı ile yaralanmanın yaşamsal tehlike oluşturu

oluşturmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=0$; $p=0,9$) (Tablo 4.28).

Tablo 4. 28. Eski İntihar Girişimi Öyküsü İle YT Durumunun Dağılımı (n=491)

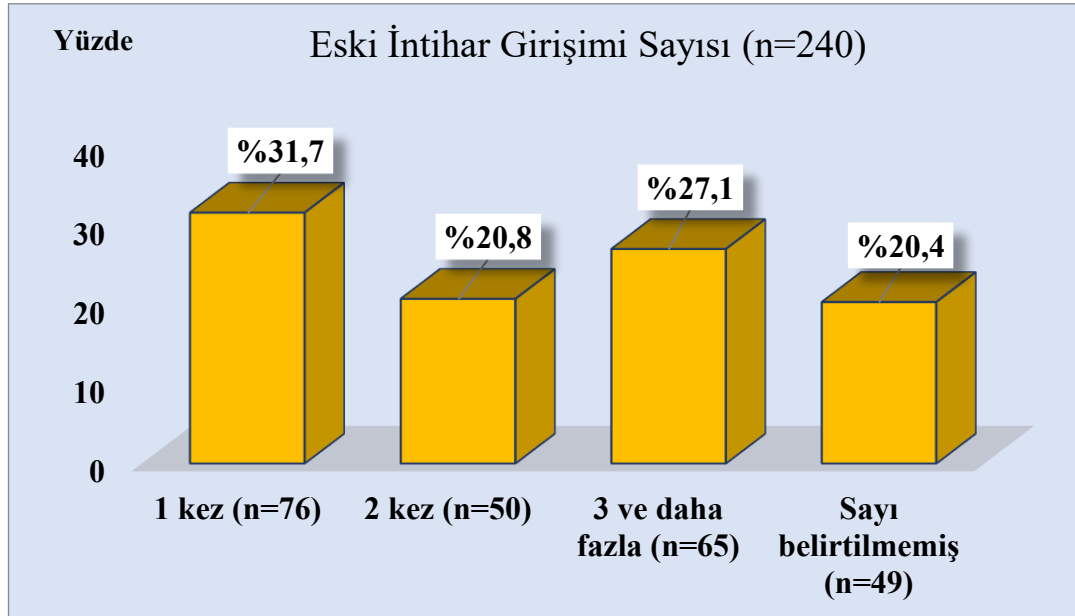
Yaşamsal Tehlike	Eski İntihar Girişimi Öyküsü			
	Yok		Var	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Yok (n=418)	246	58,9	172	41,1
Var (n=73)	43	58,9	30	41,1
Toplam (n=491)	289	58,9	202	41,1

Olguların eski intihar girişimi öyküsü ile başvuru nedeni intihar girişimindeki yaralanmanın/bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup/olmaması arasındaki ilişki incelenmiştir. Eski intihar girişimi öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunmayan ve BTM durumu mevcut bulgularla belirlenemeyen 340 (%41,0) olgu mevcuttur. Olgulardan 489’unda bu bilgiler kayıtlı olup, yaralanması/bulguları BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan ve eski intihar girişimi öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunan 139 (%28,4) olgunun, %61,9’unda (n=86) eski intihar girişimi öyküsü bulunmadığı, %38,1’inde (n=53) eski intihar girişimi öyküsü bulunduğu yazılıdır. BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte yaralanması olan 350 (%71,6) olgunun %58,0’inde (n=203) eski intihar girişimi öyküsü bulunmadığı, %42,0’sinde (n=147) eski intihar girişimi öyküsü bulunduğu kayıtlıdır. Daha önce intihar girişiminde bulunma ile başvuru nedeni intihar girişimindeki yaralanmanın/bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup/olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=0,6$; $p=0,4$)(Tablo 4.29).

Tablo 4. 29. Eski İntihar Girişimi Öyküsü ve BTM İle Giderilebilirlik Dağılımı (n=489)

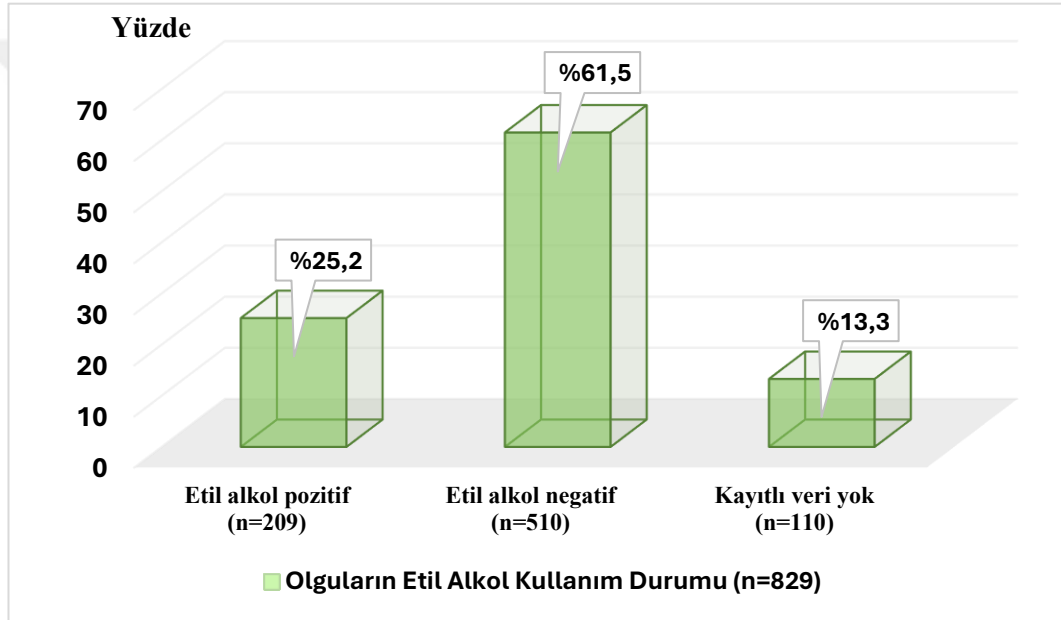
BTM İle	Eski İntihar Girişimi Öyküsü			
	Yok		Var	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Giderilemez (n=139)	86	61,9	53	38,1
Giderilebilir (n=350)	203	58,0	147	42,0
Toplam (n=489)	289	59,1	200	40,8

Olgulardan (n=829) eski intihar girişim öyküsü bulunanların (n=240) intihar girişimi sayısı değerlendirildiğinde; olguların %31,7'sinin, (n=76) bir kez, %20,8 olgunun (n=50) iki kez, %27,1 olgunun (n=65) üç ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunduğu kayıtlıdır. Olguların %20,4'ünde (n=49) eski intihar girişimi öyküsü bulunduğu, ancak sayısı hakkında kayıtlı bilgi olmadığı saptanmıştır (Şekil 4.22).



Şekil 4. 22. Daha Önce İntihar Girişiminde Bulunmuş Olguların İntihar Girişimi Sayısına Göre Dağılımı (n=240)

Olgular (n=829) intihar girişimi sırasında alkol kullanım durumları değerlendirilmiştir. Olguların 719’unda intihar girişimi sırasında alkollü olup olmama ile ilgili bilgi kaydı bulunduğu saptanmış olup, bunların %29,1’inde (n=209) etil alkolün pozitif olduğu, %70,9’unda (n=510) etil alkol saptanmadığı kayıtlıdır. Olguların n=110’unda (%13,3) intihar girişimi sırasında kişinin alkollü olup olmadığı ile ilgili bilgi kaydı olmadığı saptanmıştır (şekil 4.23).



şekil 4. 23. İntihar Girişimi Sırasında Olguların Etil Alkol Kullanım Durumuna Göre Dağılımı (n=829)

İntihar girişimi esnasında alkol kullanım durumu hakkında bilgi kayıtlı olmayan olgular (n=110) çıkarıldıktan sonra, olguların alkol kullanım durumu ve cinsiyeti karşılaştırılmıştır. İntihar girişimi sırasında alkol kullandığı belirlenen (n=209) olguların %43,1’i (n=90) kadın, %56,9’u (n=119) erkektir. Alkol kullanmadığı tespit edilen (n=510) olguların ise %63,7’si (n=325) kadın, %36,3’ü (n=185) erkektir. İntihar girişimi sırasında alkol kullanım durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu saptanmıştır ($\chi^2(1)=25,9$;

p<0,001). Buna göre erkek cinsiyette alkol pozitifliği istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4.30)

Tablo 4. 30. İntihar Girişimi Olgularında Alkol Saptanma Sıklığı Dağılımı (n=719)

Alkol Kullanımı	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Var (n=209)	90	43,1	119	56,9
Yok (n=510)	325	63,7	185	36,3
Toplam (n=719)	415	57,7	304	42,3

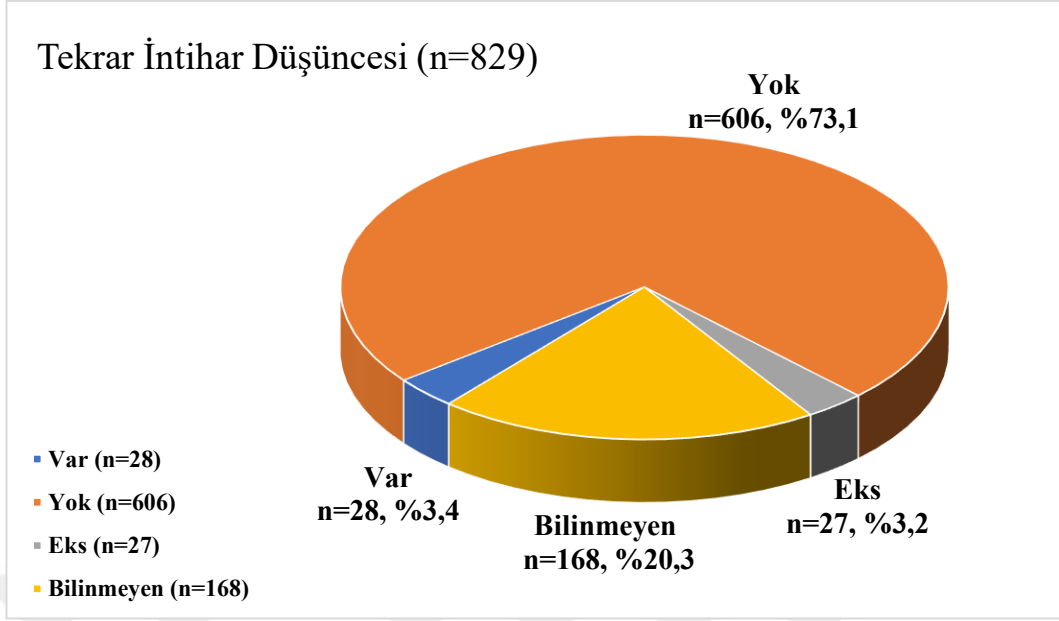
İntihar girişimi sonrası ilk başvuru anında kanda alkol pozitif (n=209) olan olguların kullandıkları intihar yöntemine göre dağılımı incelendiğinde; olguların %54,1'inin (n=113) ilaç alarak; %8,1'inin (n=17) ilaç dışı toksik madde alarak, %10'unun (n=21) kesici-delici alet kullanarak, %2,9'unun (n=6) ası ile, %4,8'inin (n=10) yüksekte atlayarak, %9,1'inin (n=19) ateşli silahla yaralanarak, %0,5'inin (n=1) gaz soluma ile, %9,1'inin (n=19) birden fazla yöntemi bir arada (komplike intihar) kullanarak, %1,4'ünün (n=3) diğer intihar yöntemlerini kullanarak intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır.

Olguların (n=829) intihar girişiminde bulundukları yerlerin dağılımına bakıldığında; olguların %36,5'inde (n=303) olayın gerçekleştiği yer ile ilgili bir bilgi kayıtlı olmadığı tespit edilmiştir. Olay yeri bilinen 526 (%63,5) olgunun %79,3'inin (n=417) yaşadığı evde, %5,5'inin (n=29) sokakta, %4,6'sının (n=24) kaldığı öğrenci yurdunda, %3,4'ünün (n=18) iş yerinde, %2,9'unun park/ormanlık alanda (n=15), %1,1'inin (n=6) yaşadığı ev dışı başka evde intihar girişiminde bulunduğu, kayıtlıdır. Olguların intihar girişiminde bulundukları yerlerin dağılımı Tablo 4.31'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 31. İntihar Girişiminin Yerine Göre Dağılım (n=526)

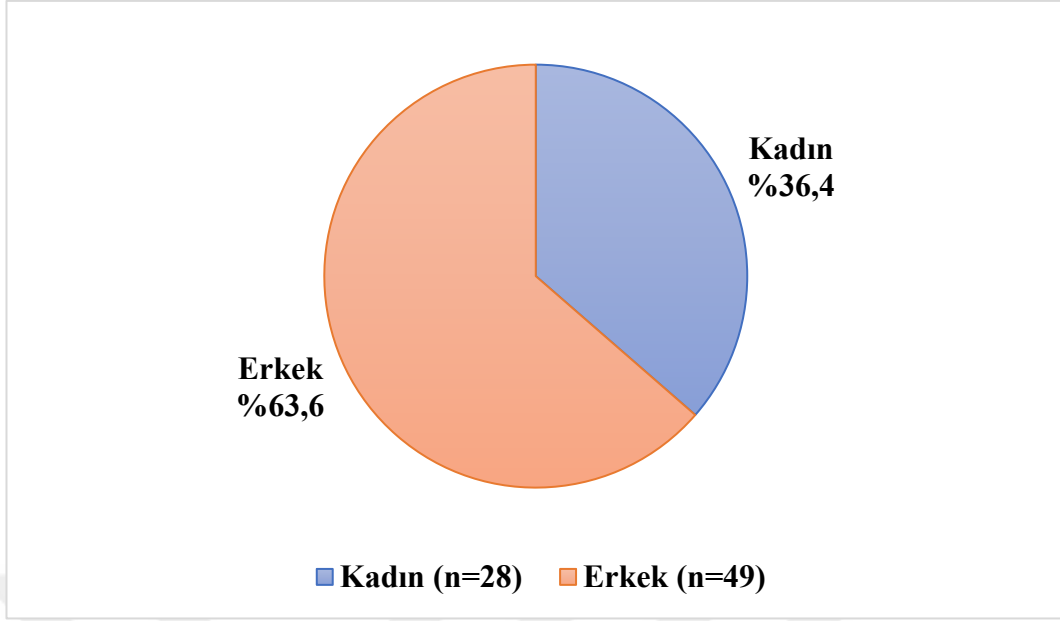
Olay yeri	n	%
İkamet ettiği ev	417	79,3
Sokak	29	5,5
Öğrenci yurdu	24	4,6
İş yeri	18	3,4
Park, ormanlık alan	15	2,9
Başka ev	6	1,1
Otel/motel	4	0,7
Okul	3	0,6
Polis karakolu	3	0,6
Diğer	7	1,3
Toplam	526	100,0

Olguların (n=829) tedavi sonrası değerlendirme kayıtlarına göre, tekrar intihar düşüncesi taşıyıp taşımadığı değerlendirildiğinde; olguların %3,4'ünde (n=28) intihar düşüncesinin devam ettiği, %73,1'inde (n=606) intihar düşüncesi olmadığı kayıtlıdır. Olguların %3,2'si (n=27) eks olmuştur, %20,3 olguda (n=168) kayıtlı bilgi olmadığı saptanmıştır (Şekil 4.24).



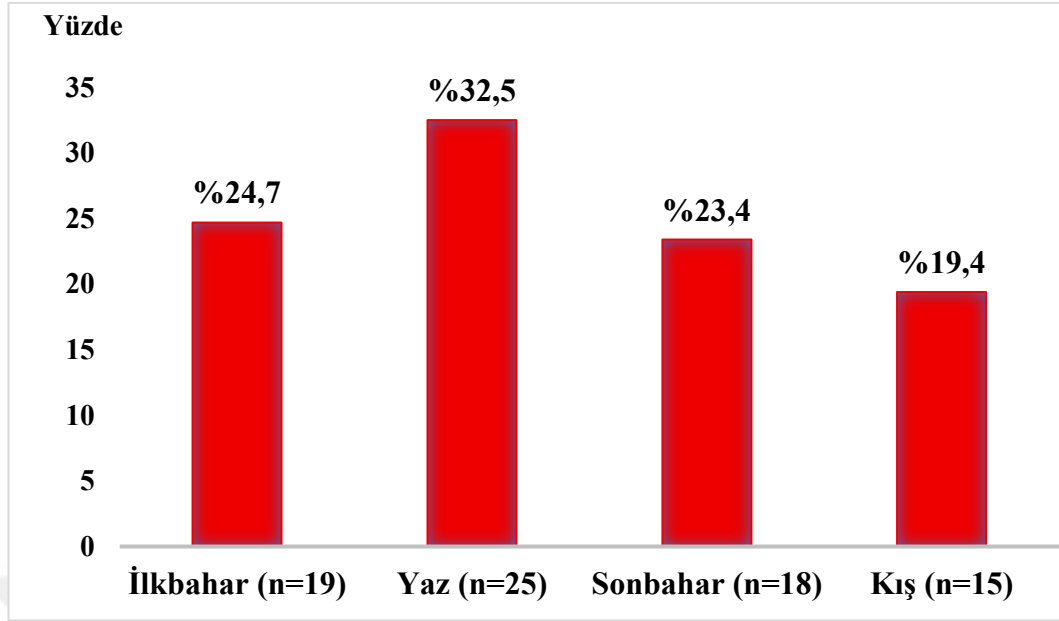
Şekil 4. 24. İntihar Girişimi Olgularının Tekrar İntihar Düşüncesine Göre Dağılımı (n=829)

Çalışmamıza dahil edilen kendine zarar verme davranışı olan olguların (n=77) cinsiyet dağılımı incelendiğinde; %36,4'ünün (n=28) kadın, %63,6'sının (n=49) erkek olduğu saptanmıştır (Şekil 4.25).



Şekil 4. 25. Kendine Zarar Verme Olgularının Cinsiyete Göre Dağılımı (n=77)

Kendine zarar verme davranışı ile çalışmamıza dahil edilen olguların (n=77) mevsimsel dağılımı incelendiğinde; olguların %32,5'inin (n=25) yaz mevsiminde, %24,7'sinin (n=19) ilkbahar mevsiminde, %23,4'ünün (n=18) sonbahar mevsiminde, %19,4'ünün (n=15) kış mevsiminde müracaat ettiği kayıtlıydı (Şekil 4.26).



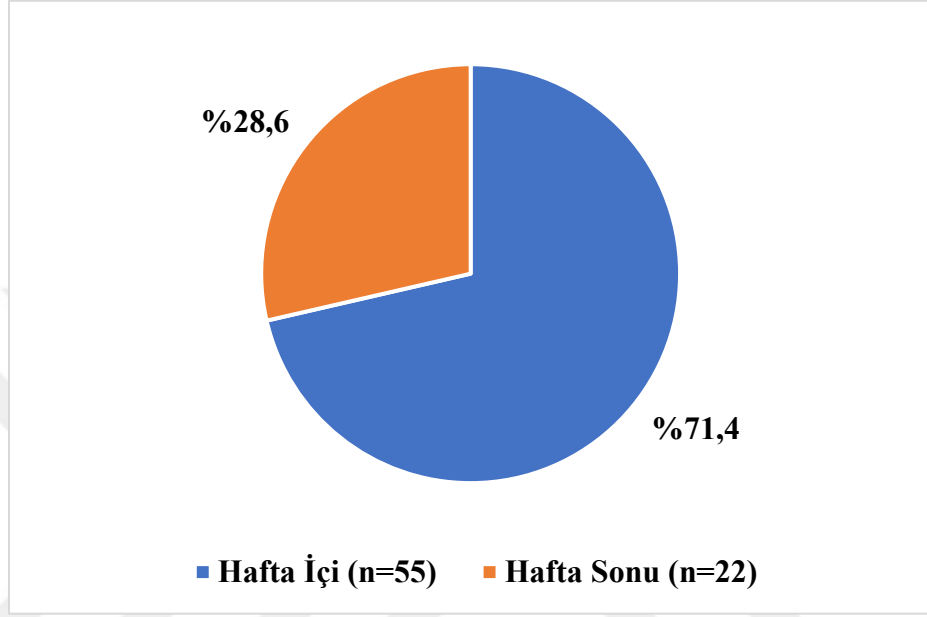
Şekil 4. 26.Kendine Zarar Verme Olgularının Mevsimlere Göre Dağılımı (n=77)

Kendine zarar verme olgularının (n=77) günlere göre dağılımı incelendiğinde; olguların %22,1'inin (n=17) Perşembe, %16,8'inin (n=13) Cumartesi, olguların %14,3'ünün (n=11) Salı, %11,7'ser (n=9) Pazartesi, Çarşamba, Cuma ve Pazar günü meydana geldiği kayıtlıydı (Tablo 4.32)

Tablo 4. 32 Kendine zarar verme davranışının meydana geldiği günler

Günler	n	%
Pazartesi	9	11,7
Salı	11	14,3
Çarşamba	9	11,7
Perşembe	17	22,1
Cuma	9	11,7
Cumartesi	13	16,8
Pazar	9	11,7
Toplam	77	100,0

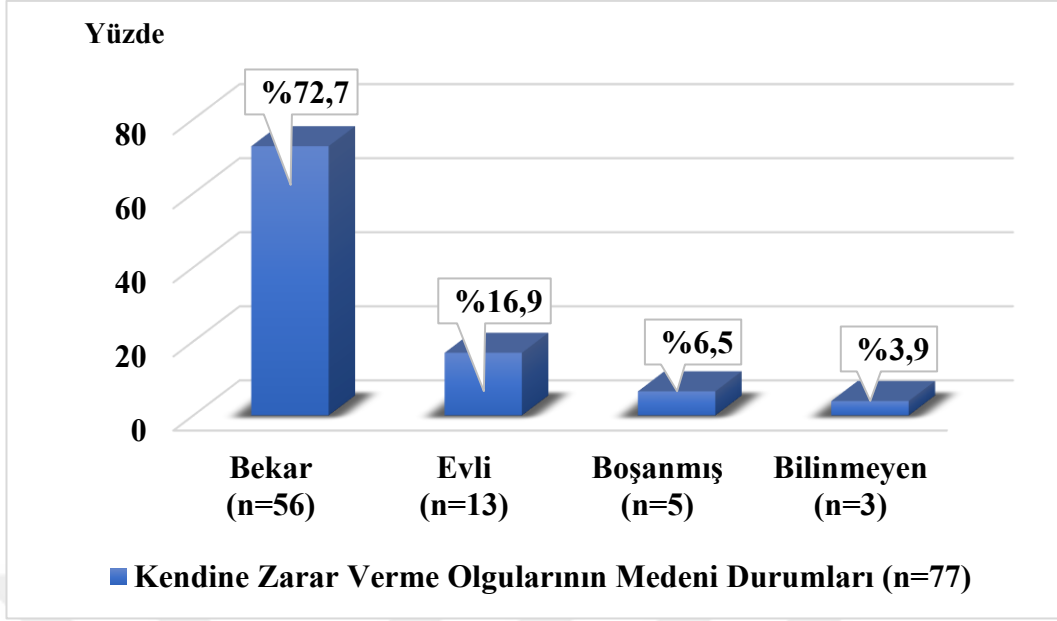
Kendine zarar verme olgularının (n=77) başvurularının hafta içi-hafta sonu oluşuna göre değerlendirildiğinde; olguların %71,4'ünün (n=55) hafta içi, %28,6'sının (n=22) hafta sonu meydana geldiği kayıtlıdır (Şekil 4.27)



Şekil 4. 27 Kendine Zarar Verme Olgularının Hafta İçi-Hafta Sonu Başvurusuna Göre Dağılımı

Kendine zarar verme olgularının (n=77) yaş ortalamasına bakıldığında; ortalama yaş $27,2 \pm 9,2$ yıl (en küçük yaş: 13, en büyük yaş: 58) olarak saptanmıştır. Kadın cinsiyette yaş ortalaması $25,7 \pm 9,2$ yıl (en küçük yaş: 13, en büyük yaş: 40), erkek cinsiyette yaş ortalaması $28,1 \pm 9,1$ yıl (en küçük yaş: 16, en büyük yaş: 58) olarak saptanmıştır.

Kendine zarar verme olgularının (n=77) medeni durumları değerlendirildiğinde; olguların %72,7'sinin (n=56) bekar, %16,9'unun (n=13) evli, %6,5'inin (n=5) boşanmış olduğu kayıtlıdır. Medeni durumu ile kayıtlı bir veriye rastlanmayan 3 olgu mevcuttur (%3,9) (Şekil 4.28).



Şekil 4. 28. Kendine Zarar Verme Olgularının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=77)

Kendine zarar verme olgularının (n=77) kendine zarar verirken kullandıkları yöntemler incelendiğinde; olguların %61,0'ının (n=47) kesici/kesici delici alet kullandıkları, %36,4'ünün (n=28) duvara/cama yumruk attıkları, %2,6 olgunun (n=2) kafayı duvara/cama vurma şeklinde yöntemler kullandıkları kayıtlıdır (Tablo 4.33).

Tablo 4. 33. Kendine Zarar Verme Olgularının Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı (n=77)

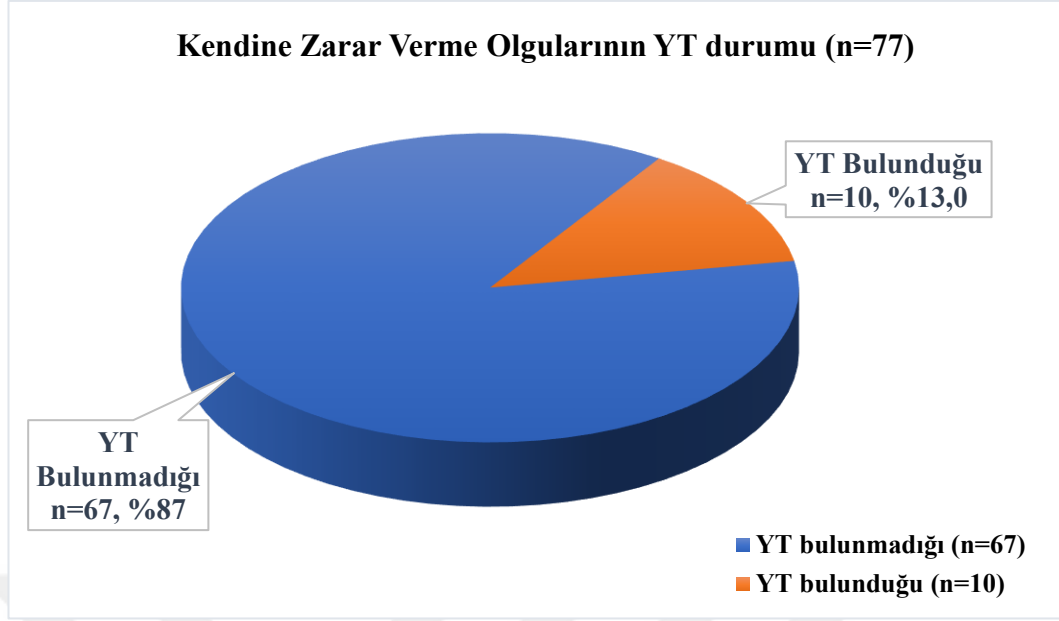
Kendine zarar verme yöntemi	n	%
Kesici-delici alet	47	61,0
Duvara/cama yumruk atma	28	36,4
Duvara/cama kafa vurma	2	2,6
Toplam	77	100,0

Kendine zarar verme olgularının (n=77) yaralanmalarının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup/olmama durumu değerlendirildiğinde; olguların %39,0'unda (n=30) BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı, %53,2'sinde (n=41) BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte yaralanma olduğu saptanırken %7,8 olguda (n=6) mevcut kayıtlı bilgilere göre olgunun BTM durumu hakkında bir kanaate varılamamıştır (Tablo 4.34).

Tablo 4. 34. Kendine Zarar Verme Olgularının BTM Durumuna Göre Dağılımı (n=77)

BTM İle	n	%
Giderilemez	30	39,0
Giderilebilir	41	53,2
Bilinmiyor/bulgular yetersiz	6	7,8
Toplam	77	100,0

Çalışmamıza kendine zarar verme nedeni ile dahil edilen olguların (n=77) bulguların/yaralanmasının yaşamsal tehlike oluşturup oluşturmadığı değerlendirildiğinde; olguların %87,0'sinde (n=67) yaşamsal tehlike oluşturmadığı %13,0'ünde (n=10) yaşamsal tehlike oluşturacak nitelikte yaralanma olduğu saptanmıştır (Şekil 4.29).



Şekil 4. 29. Kendine Zarar Verme Olgularının YT Durumuna Göre Dağılımı (n=77)

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi olguları (n=829) ve kendine zarar verme olguları (n=77) yaşamsal tehlike durumu mevcut tıbbi evrakla belirlenemeyen olgular dışarıda bırakılarak birlikte değerlendirildiğinde; yaşamsal tehlikesi bulunan (n=171) olguların %94,2'si (n=161) intihar girişimi, %5,8'i (n=10) kendine zarar verme olgularıydı. Yaşamsal tehlikesi bulunmadığı (n=618) belirlenen olguların %89,2'si (n=551) intihar girişimi, %10,8'i (n=67) kendine zarar verme olgularıydı. Olay türü ile yaşamsal tehlike durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; olgu türü ile (intihar girişimi/kendine zarar verme) yaralanmanın/bulguların yaşamsal tehlike oluşturma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=3,7$; $p=0,06$) (Tablo 4.35).

Tablo 4. 35. İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Olgularının YT Durumuna Göre Dağılımı (n=789)

Yaşamsal Tehlike	Olgu Türü			
	İntihar girişimi		Kendine zarar verme	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Var (n=171)	161	94,2	10	5,8
Yok (n=618)	551	89,2	67	10,8
Toplam (n=789)	712	90,2	77	9,8

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi olguları (n=829) ve kendine zarar verme olguları (n=77) yaralanmalarının BTM durumu açısından birlikte karşılaştırıldığında; yaralanması/bulguları BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan (n=286) olguların %89,5'i (n=256) intihar girişimi, %10,5'i (n=30) kendine zarar verme olgularıydı. BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte yaralanması bulunan (n=494) olguların %91,7'si (n=453) intihar girişimi, %8,3'ü (n=41) kendine zarar verme olgularıydı. BTM durumu mevcut tıbbi evrakla belirlenemeyen olgular dışarıda bırakılarak olgu türü ile BTM durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; olgu türü ile (intihar girişimi/kendine zarar verme) BTM durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2(1)=1,0$; $p=0,3$) (Tablo 4.36).

Tablo 4. 36. İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Olgularının BTM Durumuna Göre Dağılımı (n=780)

BTM İle	Olgu Türü			
	İntihar girişimi		Kendine zarar verme	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Giderilemez (n=286)	256	89,5	30	10,5
Giderilebilir (n=494)	453	91,7	41	8,3
Toplam (n=780)	709	90,9	71	9,1

5. TARTIŞMA

Dünya’da ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı problemi olan intihar, önemli ölüm sebeplerinden biridir. Küresel çapta intiharla ilişkili ölümlerin oranı sıtma, meme kanseri, savaşlar ve cinayetlerden daha yüksektir (72). İntihar girişimi sayısının, tamamlanmış intiharlardan çok daha fazla sayıda olduğu düşünüldüğünde intihar girişimlerini önlemek, tedavi etmek ve psikiyatrik destek sağlamak oldukça önemli hale gelmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi olgularının (n=829) %56,8’i (n=471) kadın, %43,2’si (n=358) erkektir. Isparta’da acil servise müracaat eden intihar girişimi olgularının değerlendirildiği bir çalışmada olguların %67,1’inin kadın, %32,9’unun erkek olduğu (73), Batman’da intihar girişimlerinin geriye dönük olarak değerlendirildiği bir çalışmada olguların %74’ünün kadın %26’sının erkek olduğu (74), Muğla’da adli tıp polikliniğine müracaat eden intihar girişimi olgularının %65’inin kadın, %35’inin erkek olduğu (75) bildirilmiştir. İran’da intihar girişimlerinin değerlendirildiği araştırmalarda benzer şekilde kadın olgular daha fazla olup 2011-2016 yılları arasında intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların %58,7’sinin kadın %41,3’ünün erkek (76) 2014-2019 yıllarında olguların %59,8’inin kadın %40,2’sinin erkek olduğu, belirtilmiştir (77). Brezilya’da intihar girişimlerinin değerlendirildiği epidemiyolojik bir çalışmada intihar girişiminin kadınlarda daha sık görüldüğü (78), Belçika’da intihar girişimlerinin değerlendirildiği epidemiyolojik bir çalışmada olguların %67,5’inin kadın %32,5’inin erkek olduğu belirtilmiştir (79). İntihar girişimleri kadınlarda daha sık görülmesine karşın tamamlanmış intiharlar ise (ölümle sonuçlanan intihar girişimleri) erkeklerde daha sık görülmektedir. Benzer şekilde İtalya’da intihar sıklığını araştıran bir çalışmada erkeklerde tamamlanmış intiharların kadınlara kıyasla daha fazla görüldüğü (80), Amerika Birleşik Devletleri’nde intihara bağlı ölümlerin incelendiği otopsi çalışmasında erkeklerde ölümle sonuçlanan intiharların kadınlardan yaklaşık 4 kat daha fazla görüldüğü (81). Kuzubaş’ın Kocaeli’de intihar sonucu ölen olguları değerlendirdiği 254 olguluk otopsi çalışmasında da olguların %80’inin erkek %20’sinin kadın olduğu (82) belirtilmiştir. Çalışmamızda intihar girişimi sonrası hastaneye başvuran ve ölen

olguların (n=27) %81,5'inin erkek %18,5'inin kadın olduğu saptanmıştır. İntihar girişimlerinin kadınlarda daha sık görülmesinin nedenleri arasında; sosyal hayatta erkeklere kıyasla geri planda kalmaları, aile içi şiddete daha fazla uğramaları, kendilerine ait ekonomik özgürlüğün olmaması ve şiddet gördüğü ortamdan uzaklaşacak olanağın bulunmaması gibi nedenler ön planda düşünülürken erkeklerde tamamlanmış intiharların daha yüksek oranlarda görülmesinin nedenleri ise erkeklerin ruhsal problemleri için çözüm aramaktan kaçınması, duygusal ve sosyal yardım istememesi ya da bunları reddetmesi, erkeklerde şiddet davranışlarının daha yaygın olması ve buna bağlı olarak ateşli silah, ası gibi mortalitesi yüksek yöntemleri seçmesi, sayılabilir.

İntihar girişimi nedeniyle Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuran olguların (n=829) yıllara göre dağılımı incelendiğinde; olguların en sık %11,9'unun (n=99) 2016 yılında, ikinci sıklıkta %11,5'inin (n=95) 2018 yılında, üçüncü sıklıkta %11,1'inin (n=92) 2015 yılında başvurduğu, en az başvurunun %5,5'inin (n=46) 2020 yılında ve %6,3'ünün (n=52) 2024 yılında olduğu saptanmıştır. En az başvuru yapılan 2020 yılında başlayan Covid-19 pandemisi sebebiyle yaşanan kısıtlılıklara bağlı toplam başvuru sayısının azalması, olgu sayısının azalmasındaki etkindir. 2024 yılında ise Antalya ili içinde yeni bir hastane açılmış olması sebebiyle toplam başvuru sayısının azaldığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda intihar girişimi olgularının en sık %29,6 oranıyla ilkbahar mevsiminde, ikinci sıklıkta %26,9 oranıyla yaz mevsiminde başvurduğu, bunları %22,6 sıklıkla sonbahar ve %20,9 sıklıkla kış mevsiminin izlediği saptanmıştır. Güney Kore'de 2002-2019 yılları arasında intihar girişimlerini ve tamamlanmış intiharları inceleyen bir çalışmada olguların en sık müracaat ettikleri mevsimin ilkbahar, en az müracaat ettikleri mevsimin kış olduğu (83), Çin Halk Cumhuriyeti'nde intihar girişimi ve kendine zarar verme olgularının hastane başvurularının değerlendirildiği bir çalışmada en sık başvurunun ilkbahar ve yaz mevsimlerinde, en az başvurunun kış mevsiminde olduğu (84), ABD'de intiharların mevsimsel değişikliklerini irdeleyen bir çalışmada en sık başvurunun ilkbahar mevsiminde (85), Finlandiya'da intiharların incelendiği bir çalışmada olguların en sık ilkbahar ve yaz mevsimlerinde görüldüğü bildirilmektedir (86). Çalışmamızda

intihar girişimlerinin en sık görüldüğü mevsimler kaynaklarla uyumlu bulunmuştur. İntihar ve intihar girişimlerinin mevsimsel örüntülerini ortaya koymaya yönelik çok sayıda çalışma olsa da; altta yatan mekanizmalar tam olarak açıklanamamıştır. İntihar ve intihar girişimlerinin mevsimsel örüntülerinin altında yatan mekanizmaları açığa çıkarmak, kişileri intihara yönlendiren sebeplerin aydınlatılmasını ve uzun vadede intiharı önleyici müdahalelerin yaygınlaşmasını sağlayabileceğinden, ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç vardır (87).

Olguların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; olguların en sık 25-34 yaş grubunda olduğu (%26,3; n=218) olduğu, bunu %22,0 sıklıkla (n=182) 15-19 yaş grubunun, %18,6 sıklıkla (n=154) 20-24 yaş grubunun, %16,3 sıklıkla (n=135) 35-44 yaş grubunun, %9,0 sıklıkla (n=75) 45-54 yaş grubunun izlediği, en az rastlanan yaşların 65 yaş ve üstü (%1,4; n=12), 55-64 yaş grubu (%2,4; n=20) ve 14 yaş ve altı (%4,0; n=33) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda intihar girişimi nedeniyle hastaneye başvuran olguların (n=829) yaş ortalaması $29,2 \pm 12,5$ yıl (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 90) bulunmuştur. İntihar girişimi sebebiyle başvuran erkeklerde (n=358) ortalama yaş $33,3 \pm 13,1$ yıl (en düşük yaş: 12, en yüksek yaş: 90), kadınlarda (n=471) ortalama yaş $26,2 \pm 11,1$ yıl (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 66) olarak saptanmıştır. Çetiner ve ark.'ın Ankara'daki intihar olgularının sosyolojik analizini yaptığı çalışmada en yüksek intihar sayılarının 25-34 yaş aralığında olduğu (88) bildirilmiştir. ABD'de intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada intihar olgularının en sık %36,7 oranıyla 25-44 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (89). İran'da intihar girişimlerini inceleyen bir çalışmada intihar girişiminde bulunan olguların %47'sinin 16-25 yaş aralığında olduğu, en az başvurunun 65 yaş ve üzeri grupta olduğu (90), İran'ın Horasan kentinde 2014-2015 yılları arasındaki intihar girişimlerinin incelendiği bir çalışmada olguların %57'sinin 15-24 yaş grubunda olduğu (91), Irak'ta 2022-2023 yılları arasındaki intiharların değerlendirildiği bir çalışmada hem erkeklerde hem kadınlarda en yüksek intihar sayılarının 15-29 yaş aralığında olduğu (92), Gerek tamamlanmış intiharlarda gerek intihar girişimlerinde genç erişkinlerin daha fazla risk altında olduğu görülmektedir. Bunun sebepleri arasında genç erişkinliğin kendi ayakları üzerinde durarak hayata atılmaya başlanan, sorumlulukların arttığı ve ekonomik kaygıların yoğun yaşandığı bir dönem oluşu, sayılabilir.

İntihar girişimi nedeniyle başvuran olguların (n=829) %36,4'ünün (n=302) eğitim durumu ile ilgili veriye ulaşılammıştır. Eğitim durumu hakkında kayıtlı veri bulunan 527 olgunun %34,7'sinin (n=183) lise mezunu, %32,6'sının (n=172) ortaöğretim mezunu, %15,9'unun (n=84) üniversite mezunu, %15,4'ünün (n=81) ilköğretim mezunu olduğu kayıtlı olup, okuryazar olmayan sadece 1 olgu, özel eğitim alan ise 2 olgu mevcuttur. ABD'de 2000-2014 yılları arasındaki intiharların incelendiği bir çalışmada en düşük intihar oranlarının üniversite mezunu ve daha yüksek seviyede eğitim gören kişilerde, en yüksek oranların lise mezunu ve daha alt seviyede eğitim gören kişilerde olduğu (93), Avustralya'da genç yaşlardaki intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin intihar açısından yüksek riskli olduğu (94), ABD'de yetişkin intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında lise veya daha aşağı seviyede okul mezunu olanlarda intihar riskinin üniversite mezunlarına kıyasla önemli ölçüde fazla olduğu (95), Cangüven'in intihar girişimi nedeniyle başvuran zehirlenme olgularını değerlendirdiği tez çalışmasında olguların büyük çoğunluğunun lise veya daha aşağı düzeyde bir eğitim aldığı belirtilmiştir (96). Şenadam'ın Diyarbakır'da intihar girişimlerini değerlendirdiği tez çalışmasında olguların yaklaşık %80'inin lise mezunu veya daha aşağı düzeyde bir eğitim durumuna sahip olduğu belirtilmiştir (97). Çalışmamızda en sık rastlanan grubun lise mezunu olanlardan oluşması ve bunu ortaokul mezunlarının izlemesi kaynaklarla uyumlu bulunmuştur. Eğitim seviyesi ile intihar oranları arasında negatif bir korelasyon olduğu anlaşılmaktadır (98). Yapılan çalışmalar okullarda verilen eğitimlerin intihar farkındalığını artırdığı ve intihar girişimlerini engelleyebilecek çalışmaların etkili olduğunu, göstermektedir (99).

İntihar girişimi nedeniyle Hastanesine müracaat eden olguların (n=829) kullandıkları yöntemlerin değerlendirmesinde; olguların %67,0'ının (n=556) ilaç olarak, %7,7'sinin (n=64) kendisini kesici-delici aletle, %7,5'inin (n=62) ateşli silahla yaralayarak, %6,5'inin (n=54) ilaç dışı toksik madde olarak, %4,6'sının (n=38) birden fazla yöntemi birlikte kullanarak, %3,9'unun (n=32) yüksekten atlayarak, %1,6'sının (n=13) ası ile, %0,4'ünün (n=3) gaz soluyarak, %0,8'inin (n=7) diğer yöntemleri kullanarak intihar girişiminde bulunduğu kayıtlı olduğu saptanmıştır. Birden fazla yöntemle intihar girişimi bulunan komplike intihar

olguları (n=38) değerlendirildiğinde; %60,5 olgunun (n=23) ilaç alımı ve kesici-delici alet yaralanması ile intihar girişiminde bulunduğu; %21,1 olgunun (n=8) ilaç ve ilaç dışı toksik maddeleri birlikte kullanarak intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. İlaç dışı toksik maddeler içerisinde ise; koroziv maddeleri kullanarak intihar girişimine kadınlarda (%64,7, n=11), pestisid/insektisid/rodentisid gibi toksik madde alımına (%66,7, n=24) ve etil alkol veya etil alkol içeren toksik maddeleri kullanarak intihar girişimine (olguların tamamı, n=9) erkeklerde daha sık rastlanmıştır. Polonya’da intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların en sık (%42,3) farmakolojik ajanlarla, ikinci sıklıkta kesici aletler ve ateşli silahlarla yaralanarak, üçüncü sıklıkta ası ile intihar girişiminde bulunduğu (100), Güney Kore’de intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar üzerine yapılan bir çalışmada; intihar girişiminde bulunan olguların %68,4’ünün farmakolojik ajanlar, pestisit/herbisit gibi tarım ilaçları ve kimyasal ajanlar kullandığı, %15,4’ünü kesici aletler kullanarak intihar girişiminde bulunduğu; buna karşın tamamlanmış intiharlarda sıklıkla kullanılan yöntemlerin ası ve yüksekten atlama olduğu (10) bildirilmiştir. Isparta’da acil servise müracaat eden intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların %92,5’inin farmakolojik ajanlar, tarım ilaçları ve koroziv madde içerek intihar girişiminde bulunduğu (73), Şenadam’ın yaptığı tez çalışmasında intihar girişiminde bulunan olguların %91,7’sinde ilaç içimi, %4,2’sinde kesici-delici alet kullanımı, %2,9’unda kendini asma gibi yöntemlerin kullanıldığı belirtilmiştir (97). Batman’da intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada olguların büyük çoğunluğunun ilaç içerek intihar girişiminde bulunduğu belirtilmiştir (8). Çalışmamızda kaynaklara benzer şekilde intihar girişimlerinde farmakolojik ajanlar ve ilaç dışı toksik maddelerin daha sıklıkla kullanımına daha sık rastlandığı, saptanmıştır. İlaçlar, ilaç dışı toksik maddeler ve kesici aletlere erişimin kolay oluşu, farmakolojik ajanların reçetesiz olarak elde edilebilmesi, kişilerin bu yöntemleri kullanmasını kolaylaştırmaktadır.

İlaç alarak intihar girişiminde bulunan ve kullandığı ilaç grubu bilgisi kayıtlı olan 566 olgunun %29,2’sinde (n=165) non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, %23,9’unda (n=135) parasetamol, %30,4’ünde (n=172) antidepresan, %19,8’inde (n=112) antipsikotik, %14,0’ünde (n=79) antibiyotik, %13,1’inde anksiyolitik (n=74), %12,4’inde kas gevşetici (n=70) ilaçların kullanıldığı, kayıtlıdır. Niğde’de

intihar girişimi nedeniyle başvuran zehirlenme olgularının değerlendirildiği tez çalışmasında; en sık kullanılan farmakolojik ajanların sırasıyla non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, antidepresan ilaçlar, parasetamol ve antibiyotikler olduğu belirtilmiştir (96). Kweon ve ark.'ın ilaç olarak intihar girişiminde bulunan olguları değerlendirdiği bir çalışmada en sık kullanılan ajanların parasetamol, asetil salisilik asit ve anti-inflamatuar ilaçlar olduğu belirtilmiştir (101). Adıyaman'da intihar girişimlerinde en sık psikiyatrik ve analjezik ilaçların kullanıldığı (102) belirtilmiştir.

Ateşli silah kullanarak kendisini yaralayan 63 olgu olup, 62 intihar girişimi ve 1 komplike intihar yönteminde ateşli silah kullanan olgudan oluşuyordu. Olguların %20,7'si (n=13) 35-44 yaş grubunda, %19,0'u (n=12) 45-54 yaş grubunda, %17,5'i (n=11) 25-34 yaş grubunda, %15,9'u (n=10) 20-24 yaş grubunda, %11,1'i (n=7) 15-19 yaş grubundaydı. Beş olgu 55-64 yaş grubunda (%7,9), 4 olgu (%6,3) 65 yaş ve üstünde olup 10-14 yaş grubunda sadece 1 olgu (%1,6) olduğu saptandı. ABD'de ateşli silah ile intihar edenlerin otopsi bulgularının değerlendirildiği 1704 olguyu kapsayan çalışmada; ateşli silah kullanarak intihar eden olguların en sık 20-29 ve 30-39 yaş gruplarında olduğu belirtilmiştir (103).

Ateşli silah ile intihar girişiminde bulunan 63 olgunun %65,1'inde (n=41) yaralanma baş-boyun bölgesinde, %23,8'inde (n=15) göğüs, %12,7'sinde (n=8) karın bölgesinde yaralanma bulunduğu saptanmıştır. ABD'de yapılan ateşli silah ile intihar edenlerin değerlendirildiği otopsi çalışmasında olguların %83,7'sinin baş-boyun bölgesinde, %14,0'ünde göğüs bölgesinde yaralanma olduğu belirtilmiştir (103).

Ateşli silahla intihar girişiminde bulunan ve baş-boyun bölgesinde yaralanma tespit edilen 41 olgunun %48,8'inde (n=20) yaralanmanın çene altında, %39,0'unda (n=16) şakak bölgesinde olduğu tespit edilmiştir. Güney Afrika'da ateşli silah kullanarak intihar eden olguların değerlendirildiği otopsi çalışmasında da en sık giriş yarasının şakak ve çene altında olduğu belirtilmiştir (104).

Kesici-delici aletle kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan 64 olgu ve komplike intihar yöntemi olarak kesici-delici alet kullanan 26 olgu olup

toplam 90 olgunun %85,6'sında (n=77) yaralanmanın üst ekstremitede, %15,6'sında (n=14) baş-boyun bölgesinde, %13,3'ünde (n=12) karın bölgesinde olduğu kayıtlıdır. Fukube ve ark.'ın 65 intihar girişimi olgusunu değerlendirdiği çalışmada; kesici aletlerle intihar girişiminde bulunan olguların %38'inde önkolun fleksör yüzünde, %34'ünde boyun bölgesinde yaralanma olduğu, kesici-delici aletle intihar girişiminde bulunan olguların %73 sıklıkla göğüs ve batin bölgesinde yaralanma saptandığı belirtilmiştir (105). Portekiz'de intihar sonucu ölen olguların otopsilerinden elde edilen verilere göre intihar girişimlerinde en sık yaralanan bölgelerin el bilekleri ve boyun olduğu belirtilmiştir (106). Karger ve ark.'ın yaptığı çalışmaya göre de kesici aletlerle yapılan intihar girişimlerinde boyun ve el bilekleri en sık yaralanan bölgelerdir (107) ve çalışmamızda elde edilen bulgular kaynaklarla uyumlu bulunmuştur.

Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan 32 olgunun %59,3'ünde (n=19) baş-boyun bölgesinde, %56,2'sinde (n=18) göğüs, %46,8'inde (n=15) alt ekstremitte bölgesinde yaralanma saptanmıştır. Tunus'ta yüksekten atlayarak intihar edenlerin değerlendirildiği otopsi çalışmasında olgularda en sık kafa yaralanması saptandığı, bunu toraks, vertebra ve ekstremitte yaralanmalarının izlediği belirtilmiştir (54). Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan olgularda yaralanma paterni ortaya koymak zor olsa da (108); yüksekten atlayanlarda ciddi ve çok çeşitli yaralanmalar oluşmaktadır.

İntihar girişimi ile hastaneye başvuran ve yaralanmanın/bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte hafif olup olmadığı değerlendirilen 709 olgu bulunduğu saptanmıştır. Bunların %36,1'inde (n=256) yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı; %63,9'unda (n=453) BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde Özcan'ın Trakya Üniversitesi Acil Servisine başvuran intihar girişimi olgularını değerlendirdiği tez çalışmasında da olguların %40,2'sinde yaralanmanın BTM ile giderilebilecek nitelikte hafif olmadığı, %59,8'inde BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu belirtilmiştir (109). Muğla'da Adli Tıp polikliniğine başvuran intihar girişimi olgularının ise çok büyük bir kısmının (%88,4) yaralanmasının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu,

%11,6'sının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı bildirilmiştir (75). Çoğu intihar girişimi olgusunda bulguların/yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu bildirilmekle birlikte olguların çalışmaya alınma kriterleri, çalışmanın yapıldığı bölgedeki kültürel faktörler gibi etmenler yaralanma ağırlığını etkileyebileceği gibi intihar girişimlerinde travma ağırlığının her zaman hafif olmayacağı, intihar girişimi sonucu ölen ve sakat kalan olguların da olduğu hatırlanmalı ve olgular ayrıntılı muayene edilmeli, tüm tetkikleri özenle değerlendirilmelidir.

İntihar girişimi nedeniyle başvuran ve bilgi kayıtlı 712 olgu yaşamsal tehlike açısından değerlendirildiğinde; olguların %22,6'sında (n=551) bulguların/yaralanmanın yaşamsal tehlike oluşturduğu %77,4'ünde (n=551) yaşamsal tehlikeye yol açmadığı saptanmıştır. Özcan'ın çalışmasında olguların %31,3'ünde yaşamsal tehlike meydana geldiği, %68,7'sinde yaşamsal tehlike meydana gelmediği bildirilmiştir (109). İntihar girişimi olgularının en az 1/3-1/4 kadarında yaşamsal tehlike oluşturacak nitelikte bulgu/yaralanmaya rastlandığı anlaşılmakta olup olgular dikkatle ele alınmalıdır.

İntihar girişimi sebebiyle başvuran (n=829) olguların %27,1'inin (n=225) ayaktan medikal tedavi ile taburcu edildiği, %46,6'sına (n=386) yatarak medikal tedavi uygulandığı, %7,8'ine (n=65) cerrahi tedavi uygulandığı, olguların %6,8'inin (n=56) başka hastanelere sevk edildiği, %10,4 olgunun (n=86) tedavi ret formu imzalayarak ya da izinsiz şekilde acil servisi terk ettiği, %1,3 olgunun (n=11) ise acil serviste eks olduğu, saptanmıştır. Ata ve ark.'ın bir yılda acil servise müracaat eden intihar girişimi olgularını değerlendirdiği çalışmada olguların %39,3'ünün taburcu edildiği, olguların %49,6'sının yoğun bakım ve çeşitli servislerde yatarak tedavi gördüğü, %1,5 olgunun eks olduğu belirtilmiştir (110). Çalışmamızda yoğun bakım tedavisi ihtiyacı olan 155 olgu olup yatarak tedavi alanlar içerisinde %34,4 gibi ciddi bir oranı oluşturmaktadır. Böylece intihar girişimi ile başvuranların 1/3 gibi önemli bir kısmının yoğun bakımda yatarak tedavi edilme ihtiyacı taşıyacak ciddiyette olduğu ortaya çıkmaktadır.

İntihar girişimi nedeniyle başvuran olguların ve psikiyatrik hastalık açısından bilgi kayıtlı olmayan 125 olgu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık açısından

bilgi olan 704 olgunun %61,9'unda (n=436) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, %38,1'ünde (n=268) psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı kayıtlıdır. Yaralanması/bulguları BTM ile giderilebilecek ölçüde nitelikte hafif olmayan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunan 196 olgu olup, bunların %59,7'sinde (n=117) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, yaşamsal tehlikesi bulunan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı veri bulunan ise 110 olgu olup, bunların %65,5'inde (n=72) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu, saptanmıştır. Yaşamsal tehlikeye yol açan ve BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan intihar girişimleri; psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara göre daha siktir. Öyküde psikiyatrik hastalık tanısı belirtilen 350 olgu olup bunların psikiyatrik hastalıkları değerlendirildiğinde; olguların %40,3'ünde (n=141; tanı belirtilmeyenler dahil edildiğinde %32,3'ünde) daha önce depresyon nedeniyle tedavi almış olduğu kayıtlıdır. Özcan'ın çalışmasında olguların %43,4'ünde bir psikiyatrik hastalık tanısının bulunduğu, Şanlıurfa ve çevresinde yapılan çalışmada olguların %27,6'sında özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu bildirilmiş, Rize'de eğitim ve araştırma hastanesine intihar girişimi ile müracaat eden olguların değerlendirildiği çalışmada ise olguların %57,5'inde daha önce psikiyatrik hastalığın bulunduğu belirtilmiştir (110–112). Söğüt ve ark.'nın intihar girişimlerini değerlendirdiği çalışmada intihar girişiminde bulunup daha önce psikiyatrik hastalık tanısı alanlarda %52,8 oranı ile en sık depresyon saptandığı belirtilmiştir (110). Yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunanlar arasında psikiyatrik hastalığa sahip olma oranı az ya da çok değişiklik gösterebilmektedir. Bu durum hastalık tanı kriterleri, öykü alma sırasında kişinin kooperasyonu ve öykü vermeye istekli olup olmaması, muayene ortamı gibi pek çok faktörden etkilenebilir. Yine de intihar girişiminde bulunan kişilerin önemli bir kısmının tanısı konmuş psikiyatrik bir hastalığa sahip olduğu unutulmamalı ve bu hastaların takibinde intihar riski açısından değerlendirme sık sık yinelenmelidir.

Olguların (n=829) daha önceki intihar girişiminde bulunuşu intihar girişiminin yinelenmesi açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Çalışmada; olguların 563'ünde bu konuda kayıtlı bir bulunmuş olup bunların %42,6'sında (n=240) bir veya daha fazla kez intihar girişiminde bulunulmuş

olduğu, %57,4'ünde (n=323) daha önce bir intihar girişiminin olmadığı kayıtlıdır. Daha önce intihar girişiminde bulunduğu belirtilen 240) olgunun intihar girişimi sayısı değerlendirildiğinde; %31,7'sinin (n=76) bir kez, %20,8'inin (n=50) iki kez, %27,1'inin (n=65) üç ve daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunduğu kayıtlıdır. Olguların %20,4'ünün (n=49) kayıtlarında daha önce intihar girişiminde bulunmuş olduğu kayıtlı ancak sayısı hakkında bilgi yer almamaktadır. şanlıurfa'da intihar girişimi nedeniyle acil servise müracaat eden olguların değerlendirildiği çalışmada olguların %13,2'sinin (113), Keten ve ark.'ın Kahramanmaraş'ta intihar girişimlerini değerlendirdiği çalışmasında olguların %14,3'ünün (114), Rize'de eğitim araştırma hastanesine müracaat eden intihar girişimi olgularının değerlendirildiği çalışmada olguların %12,5'inin (111) daha önce intihar girişiminde bulunduğu, belirtilmiştir. Çalışmamızda olguların daha önceden intihar girişiminde bulunmuş olma sıklığı diğer çalışmalardan 3 kat kadar fazla saptanmıştır. Yapılan alışmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin çalışma bölgesine göre değişmekle birlikte %16-34'ünün, tekrar bir intihar girişiminde bulunacağını rrmektedir (35). Bu nedenle intihar girişiminde bulunmuş kişilerin psikiyatrik gözlem ve tedavilerinin dikkatle yapılması, intihar riski açısından değerlendirilmesi önemlidir.

Olguların (n=829) intihar girişimi sırasında alkol kullanım durumları değerlendirildiğinde; olguların 719'unda intihar girişimi sırasında alkollü olup olmama ile ilgili bilgi kaydı bulunduğu saptanmış olup, bunların %29,1'inde (n=209) etil alkolün pozitif olduğu, %70,9'unda (n=510) etil alkol saptanmadığı kayıtlıdır. Olguların n=110'unda (%13,3) intihar girişimi sırasında kişinin alkollü olup olmadığı ile ilgili bilgi kaydı bulunmamaktadır. zcan'ın çalışmasında olguların %15,3'ünün intihar girişimi esnasında alkollü olduğu belirtilmiştir (109). Akut alkol kullanımı ile intihar davranışını inceleyen çalışmalarda intihar girişimi olgularında %10-73 gibi değişen sıklıkta akut alkol kullanımı olduğu belirtilmektedir (115). İntihar girişimi öncesinde alkol kullanımı, inhibisyon kaybına ve riskli davranışlara neden olarak intihar girişimi riskini yükseltebilmektedir.

İntihar girişimlerinin meydana geldiği günler değerlendirildiğinde; olguların en sık %16,4 ile (n=136) Çarşamba günü başvurduğu, %15,6'sının (n=129) Salı, %14,6'sının (n=121) Pazartesi, %14,2'sinin (n=118) Pazar, %13,9'unun (n=115) Cuma, %13,0'ünün (n=108) Perşembe, %12,3'ünün (n=102) Cumartesi günü müracaat ettiği kayıtlıdır. Yapılan çalışmalarda en sık intihar girişiminin görüldüğü günlerin ülkelere göre değişiklik gösterdiği anlaşılmaktadır. Usul ve ark.'nın Ankara'da acil servise müracaat eden intihar girişimlerini değerlendirdiği çalışmada intihar girişiminin meydana geldiği günler %15,4 Pazar, %14,8 Pazartesi, %14,4 Salı, %14,2 Perşembe, %14,1 Salı günü olduğu (116), Güney Kore'de ciddi intihar girişimlerinin incelendiği bir çalışmada hafta başlarında intihar riskinde artış olduğu, en sık girişimlerin pazartesi ve salı günlerinde meydana geldiği, en düşük riskin ise cumartesi gününde olduğu (117), Hindistan'da intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada günler arasında anlamlı fark bulunamadığı, Pazar ve Salı günlerinde intihar girişimi sıklığında hafif bir yüksekliğin olduğu belirtilmiştir (118). Polonya'da yapılan bir araştırma internet aramaları üzerinden intihar girişimlerinin sık gerçekleştiği günleri dolaylı olarak göstermiştir; “intihar” aramalarının en sık pazartesi günlerinde yapıldığı, “depresyon” aramalarının da hafta başlarında yoğunlaştığı belirtilmektedir (119). İntihar girişimlerinin meydana geldiği günler çalışmalara, ülkelere ve kültürlere göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızda intihar girişimin en sık hafta içi ortası olan Çarşamba günü (%16,4), ikinci olarak Salı %15,6, üçüncü olarak pazartesi %14,6) günlerinde gerçekleştiği, yani haftanın ilk günlerinde artışının görüldüğü, bunun artan stres ve işe/okula dönüş ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Hafta içi intihar girişiminde bulunan olgular (n=609) başvuru saatlerine göre değerlendirildiğinde; olguların %41,1'inin (n=250) mesai saatleri içerisinde (06:00-18:00 saatleri arasında), %58,9'unun (n=359) mesai saatleri dışında (18:00-06:00 saatleri arasında) müracaat ettiği kayıtlıdır. Hafta içi/dışı ayırımı olmadan başvuru saatleri incelendiğinde ise en sık başvurunun %21,5 sıklıkla (n=178) 0-3 saatleri arasında olduğu, %16,8'inde (n=139) 21-24 saatleri arasında, %16,4'ünün (n=136) 15-18 saatleri arasında, %15,2'sinin (n=126) 18-21 saatleri arasında olduğu kayıtlıdır. Hindistan'da hastaneye başvuran intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada en sık başvurunun 18.00-21.00 saatleri arasında

(118), İstanbul'da bir hastaneye başvuran genç popülasyondaki intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişimlerinin en sık 17.00-23.00 saatleri arasında meydana geldiği, yine aynı çalışmada sabah erken saatlerde intihar girişimlerinin düşük olduğu (120), Polonya'da intihar girişimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada intihar girişimlerinin akşam ilerleyen saatlerde ya da gece yarısı civarında meydana geldiği, çalışmada akşam ve gecenin erken saatlerinde intihar girişimi riskinin yüksek olduğu da belirtilmiştir (121). İspanya'da acil çağrı kayıtları üzerinden intihar girişimlerinin incelendiği bir çalışmada olguların %52'sinin mesai dışı (18.00-06.00) saatlerde meydana geldiği belirtilmiştir (122). Çalışmamızda kaynaklarla uyumlu olarak mesai dışı saatlerinde intihar girişiminin daha fazla sayıda görüldüğü, saat 18:00 ile 03:00 arasında riskin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin akşam saatlerinde günün yorgunluğunun tahammül sınırını düşürmesi, ev içerisinde artan stres/öfke ve tartışmalar, yalnızlık gibi nedenler olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada, olguların (n=829) tedavi sonrası değerlendirme kayıtlarına göre, tekrar intihar düşüncesi taşıyıp taşımadığı değerlendirildiğinde; olguların %3,4'ünde (n=28) intihar düşüncesinin devam ettiği, %73,1'inde (n=606) intihar düşüncesi olmadığı kayıtlıdır. Olguların %3,2'si (n=27) eks olmuştur, %20,3 olguda (n=168) bu konuda kayıtlı bilgi olmadığı saptanmıştır. Suarez-Pinilla ve ark.'ın tekrarlayan intihar düşüncesi ve davranışlarını değerlendirdiği bir çalışmada tedavi sonrasında tekrar eden intihar düşüncesi oranı %9,3 olarak bulunmuş ve çoğu yeniden girişim/düşüncenin ilk 6 ayda ortaya çıktığı belirtilmiştir (123). İntihar girişimi sonrasında intihar düşüncesinin düşük oranlarda devam etmesine karşın önceki intihar girişiminin varlığı, tekrar intihar girişiminde bulunmak için önemli bir risk faktörüdür (123).

Çalışmamıza dahil edilen intihar girişimi olgularının %56,8'i kadın, %43,2'si erkek olmasına rağmen ölen olguların %81,5'inin erkek %18,5'inin kadın olduğu saptanmıştır. Kaynaklarda, cinsiyet paradoksu olarak nitelendiren bu bulgu çalışmamızda da gözlemlenmiş olup kadınların sosyal hayatta erkeklere kıyasla geri planda kalmaları, aile içi şiddete daha fazla uğramaları, kendilerine ait ekonomik özgürlüğün olmaması ve şiddet gördüğü ortamdan uzaklaşacak olanağın

bulunmaması gibi nedenler ön planda düşünölmüşken erkeklerde tamamlanmış intiharların daha yüksek oranlarda görölmesi ise erkeklerin ruhsal problemleri için çözüm aramaktan kaçınması, duygusal ve sosyal yardım istememesi ya da bunları reddetmesi, erkeklerde şiddet davranışlarının daha yaygın olması ve buna bağılı olarak mortalitesi yüksek yöntemlerin seçilmesi olarak düşünölmüştür.

Olguların kullandıkları yöntemlerin değeriendirmesinde; en sık yöntemin olguların %67,0'sini oluşturan ilaç alımı olduğı ve en sık kullanılan ilaç grubunun ise olguların %29,2'sinde non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, %23,9'unda parasetamol, %30,4'ünde antidepresan olduğı saptanmıştır. Ulaşılması en kolay ve uygulaması en "kansız/acısız" yöntem olması şüphesiz bu sıklığı açıklamaktadır.

Çalışmamızda olguların %36,1'inde yaralanmanın/bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı, %22,6'sında yaralanmanın yaşamsal tehlike oluşturduğu saptanmış olup, intihar girişiminin önemli morbidite ve mortalite nedeni olabileceğini göstermektedir.

İntihar girişimi sebebiyle başvuran olguların %27,1'inin ayaktan medikal tedavi ile taburcu edildiğı, %46,6'sına yatarak medikal tedavi uygulandığı, %7,8'ine cerrahi tedavi uygulandığı kayıtlı olup, intihar girişimlerinin sadece tıbbi ve sosyal bir sorun olmadığını, aynı zamanda sağık sistemi üzerinde ciddi bir ekonomik ve operasyonel yük oluşturduğunu göstermektedir.

İntihar girişimi nedeniyle başvuran ve bu konuda bilgi kayıtlı 704 olgunun %61,9'unda daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğı, psikiyatrik hastalık tanısı bilinen 350 olgunun %40,3'ünde (n=141; tanı bilinmeyenler dahil edildiğinde %32,3'ünde) depresyon nedeniyle daha önceden tedavi aldığı kayıtlıdır. Bu durum, risk altındaki kitlenin önemli bir kısmının sağık sistemi ile temas halinde olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik tanısı olan hastaların rutin kontrollerinde, standart prosedür olarak "İntihar Risk Değeriendirmesi" yapılmasının gerektiğı, ayrıca bu hastaların tedaviye uyumları (ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadıkları) ve aile içi destek mekanizmalarının da sıkı denetlenme gereksinimi olduğı ve tedavi uyumu düşük olan hastaların "yüksek riskli" kabul edilerek yakın takibe alınması gerektiğı, düşündürmüştür.

Çalışmamızda olguların sadece %3,4'ünde intihar düşüncesinin devam ettiği saptanmıştır. İntihar girişimi olgularında, tekrar intihar düşüncesinin düşük oranlarda devam ettiği tespit edilmesine karşın, önceden bir kez intihar girişiminde bulunmanın, tekrar intihar girişiminde bulunmak için çok ciddi ve önemli bir risk faktörü oluşturduğu, unutulmamalıdır. Çalışmamızın en çarpıcı ve dikkat çeken bulgulardan biri ise; olguların %42,6'sının daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuş olmasıdır. Bu yüksek oran, halen uygulanmakta olan taburculuk sonrası takibin yetersiz kaldığını göstermektedir. İntihar girişimi ile başvuran olgular için sadece tıbbi müdahalenin yeterli olmadığı, taburculuk ve takip protokollerinin daha etki olacak şekilde yeniden gözden geçirilmesi ve bu olgulara sosyal desteğin artırılması gerektiğini düşündürmektedir. İntihar girişimi ile başvuran her olgunun psikiyatri poliklinik randevularının otomatik oluşturulması ve sosyal hizmet birimlerince aktif takibin yapılmasının mükerrer girişimleri azaltabileceği, bu durumun hayati önem taşıdığı unutulmamalıdır.

Bu konuda bilgi kaydı olan 719 olgunun %29,1'inde (n=209) intihar girişiminden sonra ilk başvuru sırasında kanda etil alkolün pozitif olduğu saptanmıştır. Yaklaşık her üç olgudan birinde alkol kullanımının eşlik etmesi, alkolün intihar eyleminde kolaylaştırıcı rolü olduğu fikrini desteklemektedir. Alkolün oluşturduğu disinhibisyon etkisiyle, kişideki korku ve tereddüt bariyerlerini yıkarak, latent intihar düşüncesinin eyleme dökülmesine zemin hazırlayabileceğini göstermektedir.

İntihar davranışının tamamen önlenmesi ya da tahmin edilmesi mümkün olmasa da; sağlık çalışanlarının ve toplumun farkındalığının artırılması, intihar sıklığının azaltılması için riskli olgular ve ailelerinin yeterli ve düzenli psikolojik/psikiyatrik destek ve takip almasının sağlanması gerekmekte (9), dinamiklerin ayrıntılı belirlenmesi için bu konuda ayrıntılı çalışmalara, ihtiyaç bulunmaktadır.

6. SONUÇ

İntihar, tüm dünyada yaygın görülen önemli bir halk sağlığı problemidir. DSÖ verilerine göre; dünyada her kırk saniyede bir kişi intihar nedeniyle ölmekte, yine DSÖ verilerine göre her yıl 800.000'den fazla insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. DSÖ 2021 verilerine göre intihar; 15-29 yaş arası erkeklerde en sık üçüncü, yine aynı yaş grubundaki kadınlarda ikinci en sık ölüm nedenidir. İntihar girişimlerinin ise tamamlanmış intiharlardan 20 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda 01 Ocak 2014 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında 11 yıllık sürede, intihar girişimi ve kendine zarar verme olmak üzere 906 olgunun hastanemiz acil servis ve polikliniklerine müracaat ettiği tespit edilmiştir. Tüm olgular, demografik veriler, başvuru zamanı, intihar girişim yöntemi, tedavi şekli ve süresi, yaşamsal tehlike varlığı, yaralanmanın basit tıbbi müdahale ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olup olmadığı, intihar girişiminin altında yatan sebepler, başvuru anında kanda alkol olup olmadığı, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, daha önceki intihar girişimleri gibi farklı açılardan ele alınmış, hastane bilgi sisteminde kayıtlı hasta dosyalarındaki mevcut bilgiler ve adli raporlar incelenerek TCK yaralanma kılavuzunda belirtilen parametrelere göre medikolegal açıdan değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda intihar girişimi nedeniyle hastaneye başvuran 829 olgu saptanmış olup, olguların %56,8'i kadın, %43,2'si erkektir. Kadın/erkek oranı 1,3/1 olarak bulunmuştur.

En az olgunun 2020 yılında olduğu, başlayan Covid-19 pandemisi sebebiyle yaşanan kısıtlılıklara bağlı toplam başvuru sayısının azalmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

İntihar girişimi olgularının en fazla (n=245; %29,6) ilkbahar, ikinci sıklıkla (n=224; %26,9) yaz, üçüncü sıklıkla (n=187; %22,6) sıklıkla sonbahar mevsiminde başvurduğu, en az (n=173; %20,9) kış mevsiminde başvurduğu saptanmıştır. Olguların günlerden en sık Çarşamba (n=136; %16,4), ikinci sıklıkla

Salı (n=129; %15,6), üçüncü sıklıkla Pazartesi (n=121; %14,6) günü ve %73,5'inin (n=609) hafta içi başvurduğu tespit edilmiştir.

Olguların %27,1'inin (n=225) ayaktan medikal tedavi ile taburcu edildiği, %46,6'sına (n=386) yatarak medikal tedavi uygulandığı, olguların %7,8'ine (n=65) cerrahi tedavi uygulandığı, olguların %6,8'inin (n=56) başka hastanelere sevk edildiği, %10,4 olgunun (n=86) tedavi ret formu imzalayarak ya da izinsiz şekilde acil servisi terk ettiği, %1,3 olgunun (n=11) acil serviste eks olduğu kayıtlıdır. Eks olan olguların %81,5'i (n=22) erkek, %18,5'i (n=5) kadındır.

Olguların (n=829) yaş ortalaması $29,2 \pm 12,5$ yıl olarak (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 90) hesaplanmıştır. İntihar girişimi sebebiyle başvuran erkeklerde (n=358) ortalama yaş $33,3 \pm 13,1$ yıl (en düşük yaş: 12, en yüksek yaş: 90), kadınlarda (n=471) ortalama yaş $26,2 \pm 11,1$ yıldır (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 66). Olguların %26,3'ünün (n=218) 25-34 yaş aralığında, %22,0'sinin (n=182) 15-19 yaş aralığında, %18,6'sının (n=154) 20-24 yaş aralığında, %16,3'ünün (n=135) 35-44 yaş aralığında, %9,0'unun (n=75) 45-54 yaş aralığında, %4,0'ünün (n=33) 10-14 yaş aralığında, %2,4'ünün (n=20) 55-64 yaş aralığında, %1,4'ünün (n=12) 65 yaş ve üzerinde olduğu, belirlenmiştir.

İntihar girişimi olgularının %67,0'sinin (n=556) ilaç alarak, %7,7'sinin (n=64) kendisini kesici-delici aletle yaralayarak, %7,5'inin (n=62) ateşli silahla yaralayarak, %6,5'inin (n=54) ilaç dışı toksik madde alarak intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Kadınlarda ilaç alımı (n=367; %66,0) ve yüksekten atlama (n=25; %78,1); erkeklerde ateşli silah yaralanması (n=55; %88,7), kesici delici alet yaralanması (n=35; %54,7), ilaç dışı toksik madde alımı (n=33; %61,1) ve ası (n=11; %84,6) daha çok rastlanan intihar yöntemleridir.

İlaç dışı toksik madde alanlarda; koroziv maddelere kadınlarda, pestisid/insektisid/rodentisid gibi maddelere erkeklerde daha sık rastlandığı saptanmıştır. Başvuru sırasında kanında Etil alkol saptanan 9 olgu olup hepsi de erkektir.

İlaç olarak intihar girişiminde bulunan ve kullandığı ilaç grubu bilgisi kayıtlı olan 566 olgunun %30,4'ünde (n=123 kadın, n=49 erkek) antidepresan, %29,2'sinde (n=111 kadın, n=54 erkek) non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar, %23,9'unda (n=93 kadın, n=42 erkek) parasetamol, %14,0'ünde (n=51 kadın, n=28 erkek) antibiyotik, kullanıldığı kayıtlı olup kadınlarda daha sık rastlandığı saptanmıştır. Olguların %19,8'inde (n=54 kadın, n=58 erkek) antipsikotikler kullanılmış olup erkeklerde daha sık rastlanışken, olguların %13,1'inde rastlanan anksiyolitik ilaçları almış olan kadın ve erkek olgu sayıları eşittir.

Ateşli silahla kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan 62 ve komplike intihar yöntemi olarak 1 olgu olmak üzere toplam 63 olgunun; %20,7'si (n=13) 35-44 yaş grubunda, %19,0'u (n=12) 45-54 yaş grubunda, %17,5'i (n=11) 25-34 yaş grubunda, %15,9'unun (n=10) 20-24 yaş grubunda, %11,1'inin (n=7) 15-19 yaş grubunda, %7,9'unun (n=5) 55-64 yaş grubunda, %6,3'ünün (n=4) 65 yaş ve üzeri grupta, %1,6'sının (n=1) 10-14 yaş grubunda olduğu, olguların %73,1'inin 20-54 yaş grubunda olduğu kayıtlıdır.

Kesici-delici aletle kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunan 64 olgu, komplike intihar yöntemleri içerisinde kesici-delici aletleri kullanarak intihar girişiminde bulunan 26 olgu, toplam 90 olgu olup, olguların %41,1'i (n=37) 25-34 yaş grubunda, %22,2'si (n=20) 15-19 yaş grubunda, %15,6'sı (n=14) 35-44 yaş grubunda, %10,0'u (n=9) 20-24 yaş grubunda, %4,5'ü (n=4) 45-54 yaş grubunda, %3,3'ü (n=3) 10-14 yaş grubunda, %3,3'ü (n=3) 55-64 yaş grubunda yer almaktadır.

Olguların %30,9'unda (n=256) yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı; %54,6'sında (n=453) BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olduğu; ilaç alanlarda BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olma sıklığı (n=350; %75,9), yüksekten atlayarak ve ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunan olgularda yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayışı (sırasıyla n=27; %90,0 ve n=62; %100,0) anlamlı şekilde yüksektir. BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan yaralanmaların erkeklerde (n=144; %56,3), kadınlara (n=112; %43,7) oranla daha sık bulunduğu, saptanmıştır. İlaç olarak intihar girişiminde bulunan olgularda yaralanmanın/

bulguların BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte oluşunun sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Olguların %77,4'ünde (n=551) yaşamsal tehlike bulunmadığı, %22,6'sında (n=161) yaşamsal tehlike bulunduğu belirlenmiştir. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunanlarda (n=20; %69,0) ve ateşli silah ile kendisini yaralayanlarda (n=52; %83,9) yaşamsal tehlike bulunuşunun sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Erkeklerde (%61,5'i n=99) yaralanmanın yaşamsal tehlike oluşturma sıklığı, kadınlardan (%38,5'i n=62) daha fazladır. İlaç alarak intihar girişiminde bulunan olgularda ve kesici-delici aletle intihar girişiminde bulunan olgularda yaşamsal tehlike oluşma sıklığının az oluşu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Olguların (n=829) %52,6'sında (n=436) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu kayıtlıdır. Yaşamsal tehlikesi bulunan ve psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı bilgi olan ise 110 (%13,3) olgudur. Bu 110 olgunun ise %65,5'inde (n=72) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı bilgi olan ve yaralanması BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan 196 (%23,6) olgu olup, bunların %59,7'sinde (n=117) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Öyküde en sık rastlanan psikiyatrik hastalık depresyondur (%40,3).

İntihar girişimi için öyküde neden belirtilen olguların (n=659) intihar nedenleri değerlendirildiğinde; olguların %19,1'inde (n=126) ebeveyn ile ilgili sorunlar, %24,1'inde (n=159) aile içi geçimsizlik/boşanma süreci, %22,3'ünde (n=147) ruhsal hastalıkla ilgili nedenler, %17,9 olguda (n=118) özel arkadaş/partner (aşk/sevgili) ile ilgili sorunların intihar girişimi sebebi olarak ifade edildiği kayıtlıdır.

Kayıtlarda bu konuda bilgi edinilebilen 563 (%67,9) olgunun %42,6'sının (n=240) daha önceden bir veya daha fazla kez intihar girişiminde bulunmuş olduğu kayıtlıdır.

Kaynaklara göre; intihar girişiminde bulunan kişilerin tekrar ve hatta daha ciddi intihar girişiminde bulunabileceğinin bildirildiği göz önüne alındığında; intihar girişimi olgularının izleminde psikiyatrik ve psikolojik destek ihtiyacının ve aile ve çevrenin yakın gözlemi ve sosyal desteğinin önemi ortaya çıkmaktadır.

İntihar girişimi olgularını ilk muayene eden hekimler hem tıbbi hem de adli sorumlulukları olduğunu unutmamalıdır. Başta acil servis çalışanları olmak üzere, intihar girişimi olgularını değerlendiren tüm hekimler ve yardımcı sağlık personelinin farkındalığının artırılmasına yönelik düzenli ve tekrarlayan eğitimlerle intihar riski olan olguların belirlenmesi ve uygun tedavi ve destekle girişimlerin önlenmesi için tıbbi eylem planlarının oluşturulması, intihar girişimlerinin sayısının azaltılması ve ölümlerin azaltılabilmesi mümkün olacaktır.

7. ÖZET

İntihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları, önemli tıbbi, psikiyatrik ve adli sonuçları olan başlıca halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Adli-tıbbi açıdan; demografik özellikler, intihar yöntemleri ve nedenleri, psikiyatrik ve madde kullanım öyküsü, yaralanmanın şiddeti, yaşamı tehdit eden durumlar ve tedavi süreçlerinin kapsamlı biçimde değerlendirilerek adli rapor düzenlenmesi; hem doğru adli belge sağlanmak hem de etkili önleme stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma, intihar girişimi veya kendine zarar verme nedeniyle hastaneye başvuran hastaların özelliklerini adli-tıbbi açıdan incelemeyi ve elde edilen verileri mevcut literatürle karşılaştırarak bilimsel kaynaklara katkı sağlamayı amaçlamıştır.

1 Ocak 2014 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında intihar girişimi/kendine zarar verme nedeni ile Akdeniz Üniversitesi Hastanesine müracaat eden ve dijital hasta kayıt sisteminde yeterli bilgi kayıtlı olan toplam 906 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların %91,5'i (n=829) intihar girişimi, %8,5'i (n=77) kendine zarar verme olgularıdır. İntihar girişimi sonucu hastaneye başvuran olguların (n=829) %56,8'i (n=471) kadın, %43,2'si (n=358) erkektir. Kendine zarar verme sonucu müracaat eden olguların (n=77) %63,6'sı (n=49) erkek, %36,4'ü (n=28) kadındır.

İntihar girişimi olguları (n=829) %29,6 ile en sık (n=245) ilkbahar mevsiminde başvurmuş olup bunu %26,9 ile (n=224) yaz, %22,6 ile (n=187) sonbahar, %20,9 ile (n=173) kış mevsimi izlemiştir. Olguların hafta içi (n=609; %73,5) ve en sık Çarşamba (n=136; %16,4), ikinci sıklıkla Salı (n=129; %15,6), üçüncü sıklıkla Pazartesi (n=121; %14,6) günü başvurduğu tespit edilmiştir.

İntihar girişimi olgularının (n=829) hastane başvuru sıklığının gündüz saatlerinde sabah 09:00'dan itibaren artmaya başladığı, öğle saatlerinden itibaren ise saatler ilerledikçe giderek belirginleşen bir başvuru sıklığı olduğu, saat 12:00-15:00 arasında olguların %11,3'i, 15:00-18:00 arasında %16,4'ü, 21:00-24:00 arasında %16,8'inin başvurduğu, 18-21:00 arasında olguların %15,2'si başvurmuş olup bir önceki saat grubuna göre artış olmasa da başvuru sıklığı yüksekliğinin devam ettiği, en sık başvurunun (n=178; %21,5) 0-3 saatleri arasında olduğu ve

akşamüstü saat 18 ile gece 03:00 arasında olguların %53,5'nin başvurduğu saptanmıştır. Gece 03:00 ile sabah 09:00 arasında ise başvuru sıklığı %10,7'dir. Hafta içi intihar girişiminde bulunan olguların da %58,9'u (n=359) 18:00-06:00 saatleri arasında, mesai saatleri dışında hastaneye başvurmuştur.

İntihar girişimi olgularının yaş ortalaması $29,2 \pm 12,5$ yıl (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 90) olarak hesaplanmıştır. Erkeklerde (n=358) ortalama yaş $33,3 \pm 13,1$ yıl (en düşük yaş: 12, en yüksek yaş: 90), kadınlarda (n=471) ortalama yaş $26,2 \pm 11,1$ yıldır (en düşük yaş: 11, en yüksek yaş: 66). En sık başvurunun %26,3 olgu ile (n=218) 25-34 yaş aralığında, en az başvurunun %1,4 olgu ile (n=12) 65 yaş ve üzeri grupta olduğu saptanmıştır.

Olguların %55,7'sinin (n=462) bekar, %30,8'inin (n=255) evli, %10,0'unun (n=83) boşanmış olduğu kayıtlıdır. İntihar girişimi olgularında; kadınlar arasında bekar olanların sıklığı (%59,4), erkekler arasında bekar olanların sıklığından (%50,8) yüksektir. İntihar girişimi olgularında; erkekler arasında evli olanların sıklığı (%35,0) ise kadınlar arasında evli olanların sıklığından (%27,6) yüksektir. Nişanlı olup intihar girişiminde bulunan 4 olgu da kadındır.

Eğitim durumu hakkında kayıtlı bilgi olan 527 olgunun %15,4'ü (n=81) ilköğretim mezunu, %15,9'u (n=84) üniversite mezunu, %32,6'sı (n=172) ortaöğretim mezunu, %34,7'si (n=183) lise mezunudur.

Olguların %67,0'si (n=556) ilaç alarak intihar girişimi nedeniyle başvurmuş olup, kadınların (n=471) intihar yöntemi %77,9 (n=367) ile en sık ilaç alımı olarak belirtilmiştir. İntihar girişimi nedeniyle başvuran (n=358) erkeklerin de en sık intihar yöntemi (n=189; %52,8) ilaç alımıdır. Kesici-delici alet kullanarak intihar girişiminde (n=64, %7,7) bulunanların %54,7'si (n=35) erkek, %45,3'ü (n=29) kadın; ateşli silah kullanarak intihar girişiminde (n=62; %7,5) bulunanların %88,7'si (n=55) erkek, %11,3'ü (n=7) kadın, ilaç dışı toksik madde (n=54; %6,5) kullananların %61,1'i (n=33) erkek, %38,9'u (n=21) kadın; ası ile intihar girişiminde (n=13; %1,6) bulunanların %84,6'sı (n=11) erkek, %15,4'ü (n=2) kadındır. Komplike intihar yöntemi kullananların (n=38) %60,5'i (n=23) erkektir. Komplike intihar olgularında; %60,5 ile en sık (n=23) ilaç alımı ve kesici-delici alet

yaralanması ile intihar girişiminde bulunulduğu; %21,1 ile ikinci sıklıkta (n=8) ilaç ve ilaç dışı toksik maddelerin birlikte kullanımıyla intihar girişiminde bulunulduğu saptanmıştır. Yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunan (n=32) olgular içinde kadınların (n=25; %78,1) sıklığı erkeklerden (n=7; %21,9) fazla olmakla birlikte, intihar girişiminde bulunan tüm kadın olguların (n=471) yalnızca %5,3'ü yüksekten atlama yöntemini kullanmıştır.

Alınan ilaç grubu bilinen 566 intihar girişimi olgusunun %30,4'ünde (n=123 kadın, n=49 erkek) antidepresan, %29,2'sinde (n=111 kadın, n=54 erkek) non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, %23,9'unda (n=93 kadın, n=42 erkek) parasetamol, %14,0'ünde (n=51 kadın, n=28 erkek) antibiyotik, kullanıldığı kayıtlı olup kadınlarda daha sık rastlandığı saptanmıştır. Olguların %19,8'inde (n=54 kadın, n=58 erkek) antipsikotikler kullanılmış olup erkeklerde daha sık rastlanmışken, olguların %13,1'inde rastlanan anksiyolitik ilaçları almış olan kadın ve erkek olgu sayıları eşittir.

Ateşli silahla kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunanların %20,7'si (n=13) 35-44 yaş grubunda, %19,0'u (n=12) 45-54 yaş grubunda, %17,5'i (n=11) 25-34 yaş grubunda iken kesici-delici aletle kendisini yaralayarak intihar girişiminde bulunanların %41,1'i (n=37) 25-34 yaş grubunda, %22,2'si (n=20) 15-19 yaş grubundadır.

Olguların %30,9'unda (n=256) yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı belirlenmiş olup, ilaç alanlarda BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olma sıklığının (n=350; %75,9), yüksekten atlayarak ve ateşli silah kullanarak intihar girişiminde bulunan olgularda yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmaması sıklığının (sırasıyla n=27; %90,0 ve n=62; %100,0) anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan yaralanmalar erkeklerde (n=144; %56,3), kadınlara (n=112; %43,7) oranla daha sıktır. İlaç alarak intihar girişiminde bulunanlarda yaralanmanın BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte oluşunun sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Olguların %19,4'ünde (n=161) yaşamsal tehlike meydana gelmiş olup, yaşamsal tehlikesi bulunan olguların %61,5'i erkektir.

Kendine zarar verme davranışı (n=77) nedeniyle başvuran olguların ise %39,0'unda (n=30) yaralanmanın/bulgularının BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmadığı, %13,0'ünde (n=10) yaşamsal tehlike oluşturacak nitelikte bir yaralanma meydana geldiği saptanmıştır. Kendine zarar verme nedeni ile başvuran olgulardan 74'ünde medeni durum bilgisi kayıtlıydı ve hem bekar, hem evli hem de boşanmış grupta erkeklerin sıklığı daha fazlaydı (sırası ile %64,0; %61,5; %60,0).

Özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu belirtilen (n=436) olguların %19,7'sinde (n=86) psikiyatrik bir hastalık geçmişi bulunduğu yazılı olsa da hastalığın tanısının belirtilmediği; tanısı kayıtlı olan 350 olgudan %40,3'ünün öyküsünde (n=141) depresyon, %13,4'inde (n=47) anksiyete bozukluğu, %10,6'sında (n=37) bipolar bozukluk, %10,3'ünde (n=36) alkol/madde bağımlılığı olduğu kayıtlıdır. Psikiyatrik hastalık tanısı olan hastaların rutin kontrollerinde, standart prosedür olarak "İntihar Risk Değerlendirmesi" yapılması ve uygun tedavi destek programları, riskin azaltılmasında faydalı olabilir.

Yaşamsal tehlikesi bulunan ve özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı bilgi kayıtlı olan 110 (%13,3) olgunun %65,5'inde (n=72) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu yazılıdır. Yaralanması BTM ile giderilebilecek ölçüde hafif nitelikte olmayan ve özgeçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü hakkında kayıtlı bilgi olan 196 (%23,6) olgu olup, bunların %59,7'sinde (n=117) psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Tüm intihar girişimi ve kendine zarar verme olgularının adli olgu olduğu ve adli rapor düzenlenmesi gerektiği de unutulmamalıdır.

Olguların %25,2'sinde (n=209) intihar girişimi sonrası hastaneye başvurduğu sırada alınan kanda alkolün pozitif olduğu saptanmıştır.

Olay yeri bilinen 526 (%63,5) olgunun %79,3'ünün (n=417), ikamet ettiği evde intihar girişiminde bulunduğu kayıtlıdır. Olgulardan 659'unun (%79,5) öyküsünde intihar girişimi için herhangi bir neden belirtilmiştir. Olguların

%24,1’inde (n=159) aile içi geçimsizlik/boşanma süreci, %22,3’ünde (n=147) ruhsal hastalıkla ilgili nedenler, %19,1’inde (n=126) ebeveyn ile ilgili sorunlar, %17,9 olguda (n=118) özel arkadaş/partner (aşk/sevgili) ile ilgili sorunların intihar girişimi sebebi olarak ifade edildiği, kayıtlıdır. Medya ve eğitim yoluyla topluma, bireylerin zor zamanlarda ve duygusal başa çıkmakta zorlandıkları durumlarda psikolojik ve psikiyatrik destek aramalarının uygun bir yaklaşım olduğu ve bunu yapmaktan çekinmemeleri gerektiği, anlatılmalıdır.

Olgulardan 240’ının dosya kayıtlarında, daha önceden bir veya daha fazla sayıda intihar girişiminde bulunulmuş olduğu, kayıtlıdır. İntihar girişimi olgularını muayene ve tedavi eden, değerlendiren başta acil servis hekimleri olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının hem tıbbi hem de adli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu nedenle, Acil servis çalışanları başta olmak üzere, intihar girişimi olgularını değerlendiren tüm sağlık profesyonellerinin farkındalığı artırılmalı, intihar girişiminde bulunan kişilere gerekli psikiyatrik destek sağlanarak sonraki intihar girişimleri önlenmeye çalışılmalıdır. Böylece intihar girişimleri dolayısıyla da intihar girişimine bağlı klinik tablolar, yaralanmalar ve ölümlerin azaltılması mümkün olabilecektir.

Anahtar Sözcükler: İntihar, Kendine Zarar Verme, Psikiyatrik Hastalık

8. ABSTRACT

Suicide attempts and self-harms constitute major public health problems with significant medical, psychiatric, and forensic implications. From a forensic–medical perspective, comprehensive assessment of demographic characteristics, suicide methods and motives, psychiatric and substance-use history, injury severity, life-threatening conditions, and treatment processes is essential both for accurate medicolegal documentation and for the development of effective prevention strategies. This study aimed to examine, from a forensic–medical standpoint, the characteristics of patients presenting to hospital following suicide attempts or self-harms and to compare the resulting data with existing literature in order to contribute to the scientific evidence base.

Between 1 January 2014 and 31 December 2024, a total of 906 cases who presented to Akdeniz University Hospital due to suicide attempt or self-harm and had sufficient information recorded in the digital patient record system were included in the study. Of these cases, 91,5% (n=829) involved suicide attempts, while 8,5% (n=77) involved self-harm. Among the cases presenting to the hospital as a result of suicide attempts (n=829), 56,8% (n=471) were female and 43,2% (n=358) were male. Among the cases presenting due to self-harm (n=77), 63,6% (n=49) were male and 36,4% (n=28) were female.

Suicide attempt cases (n=829) most frequently presented during the spring season, accounting for 29,6% (n=245), followed by summer with 26,9% (n=224), autumn with 22,6% (n=187), and winter with 20,9% (n=173). It was determined that the cases predominantly presented on weekdays (n=609; 73.5%), most commonly on Wednesdays (n=136; 16.4%), followed by Tuesdays (n=129; 15.6%) as the second most frequent day, and Mondays (n=121; 14.6%) as the third most frequent day.

Among suicide attempt cases (n=829), hospital presentation frequency during daytime hours was observed to begin increasing from 09:00 onwards, with a progressively more pronounced increase in presentation frequency as the hours advanced after midday. Between 12:00 and 15:00, 11,3% of cases presented to the

hospital, followed by 16,4% between 15:00 and 18:00 and 16,8% between 21:00 and 24:00. Between 18:00 and 21:00, 15,2% of cases presented; although there was no increase compared with the preceding time interval, the high frequency of presentations persisted. The most frequent time of presentation was between 00:00 and 03:00 (n=178; 21,5%), and it was determined that 53,5% of cases presented between 18:00 in the evening and 03:00 at night. Between 03:00 and 09:00, the presentation frequency was 10,7%. Among cases who attempted suicide on weekdays, 58,9% (n=359) presented to the hospital between 18:00 and 06:00, outside of standard working hours.

The mean age of patients who attempted suicide was 29,2 years (SD 12.5), with ages ranging from 11 to 90 years. The mean age among male patients (n=358) was 33,3 years (SD 13.1; range 12–90), whereas the mean age among female patients (n=471) was 26,2 years (SD 11.1; range 11–66). The highest frequency of suicide attempts was observed in the 25–34 year age group (26,3%, n=218), while the lowest frequency occurred in individuals aged 65 years and older (1,4%, n=12).

Regarding marital status, 55,7% (n=462) of cases were single, 30,8% (n=255) were married, and 10,0% (n=83) were divorced. In cases of attempted suicide, the frequency of single women (59.4%) is higher than that of single men (50.8%). However, in cases of attempted suicide, the frequency of married men (35.0%) is higher than that of married women (27.6%). All four cases of engaged individuals who attempted suicide were women.

Educational status data were available for 527 cases; among these, 15,4% (n=81) were primary school graduates, 32,6% (n=172) were secondary school graduates, 34,7% (n=183) were high school graduates, and 15,9% (n=84) were university graduates.

Drug intake was the most frequently used suicide method, accounting for 67,0% (n=556) of cases. Among female patients (n=471), the most common suicide method was drug intake (77,9%, n=367). Among male patients (n=358), drug intake was also the most frequently used method (52,8%, n=189). Among cases (n=64, 7,7%) involving the use of sharp or penetrating instruments, 54,7% (n=35) were

male and 45,3% (n=29) were female. Among cases (n=62; 7,5%) involving firearm use, 88,7% (n=55) were male and 11,3% (n=7) were female. Among cases (n=54; 6,5%) involving non-pharmaceutical toxic substances, 61,1% (n=33) were male and 38,9% (n=21) were female. Among cases (n=13; 1,6%) involving hanging, 84,6% (n=11) were male and 15,4% (n=2) were female. Among cases (n=38) involving combined suicide methods, 60,5% (n=23) were male. Although suicide attempts by jumping from a height were more frequent among females (78,1%, n=25) than males (21,9%, n=7), this method accounted for only 5,3% of all female suicide attempts.

Among the 566 suicide attempt cases for whom the ingested drug group was known, antidepressants were used in 30,4% of cases (n=123 females, n=49 males), non-steroidal anti-inflammatory drugs in 29,2% (n=111 females, n=54 males), paracetamol in 23,9% (n=93 females, n=42 males), and antibiotics in 14,0% (n=51 females, n=28 males); these drug groups were observed more frequently among females. Antipsychotics were used in 19,8% of cases (n=54 females, n=58 males) and were more commonly observed among males, whereas the number of female and male cases who had ingested anxiolytic medications, which were observed in 13,1% of cases, was equal.

Among individuals who attempted suicide by injuring themselves with a firearm, 20,7% (n=13) were in the 35–44 age group, 19,0% (n=12) were in the 45–54 age group, and 17,5% (n=11) were in the 25–34 age group. Whereas, among those who attempted suicide by injuring themselves with a sharp or piercing instrument, 41,1% (n=37) were in the 25–34 age group, while 22,2% (n=20) were in the 15–19 age group.

In 30,9% (n=256) of attempted suicide cases, injuries were determined not to be amenable to treatment by basic medical intervention. Injuries amenable to basic medical intervention were significantly more frequent among cases involving drug ingestion (75,9%, n=350), whereas injuries not amenable to basic medical intervention were significantly more common among cases involving jumping from a height (90,0%, n=27) and firearm use (100,0%, n=62). Injuries not amenable to basic medical intervention were more frequent in males (56,3%, n=144) than in

females (43,7%, n=112). Life-threatening conditions were identified in 19,4% (n=161) of attempted suicide cases, and 61,5% of these cases involved male patients.

Among patients presenting due to self-harm (n=77), 39,0% (n=30) had injuries or findings not amenable to treatment by basic medical intervention, and 13,0% (n=10) sustained injuries that were life-threatening. In 74 out of 77 cases reporting self-harm, marital status was known, and men were significantly more prevalent in all single, married, and divorced groups (64,0%, 61,5%, 60,0% respectively).

Among cases with a documented psychiatric disease history (n=436), 19,7% (n=86) had a history of psychiatric illness without a specified diagnosis. Of the 350 cases with a recorded diagnosis of psychiatric illness, 40,3% (n=141) had a history of depression, 13,4% (n=47) of anxiety disorder, 10,6% (n=37) of bipolar disorder, and 10,3% (n=36) of alcohol/substance dependence. In patients diagnosed with psychiatric illnesses, conducting a "Suicide Risk Assessment" as a standard procedure during routine check-ups and implementing appropriate treatment and support programs can be beneficial in reducing suicide risk.

Of the 110 (13,3%) cases with life-threatening conditions and a recorded history of psychiatric illness, 65,5% (n=72) were recorded as having a history of psychiatric illness. There were 196 cases (23,6%) whose injuries were not of a mild nature remediable by basic medical treatment and for whom documented information regarding a history of psychiatric illness was available; among these cases, 59,7% (n=117) were found to have a history of psychiatric illness. It should be remembered that all suicide attempts and self-harms are forensic cases, and doctors are required to prepare forensic reports regarding these incidents.

Blood alcohol positivity at hospital admission was detected in 25,2% (n=209) of suicide attempt cases.

Among 526 cases for which the location of the incident was known, 79,3% (n=417) occurred in the patient's place of residence. For 659 cases (79,5%), a

reason for the suicide attempt was documented in the medical history. Among these cases, family conflict or involvement in a divorce process was reported as the reason for the suicide attempt in 24,1% (n=159), reasons related to mental illness in 22,3% (n=147), problems related to parents in 19,1% (n=126), and problems related to a close friend or partner (romantic relationship) in 17,9% (n=118). Through media and education, society should be made to understand that it is acceptable for individuals to seek psychological and psychiatric support during difficult times and when they are struggling with emotional coping, and that they should not hesitate to do so.

Records indicated that 240 patients had previously attempted suicide on one or more occasions. Healthcare professionals, particularly emergency department physicians, who examine, treat, and evaluate patients following suicide attempts have both medical and medico-legal responsibilities. Increasing awareness among healthcare professionals and ensuring appropriate psychiatric support for individuals who attempt suicide may help prevent subsequent and more severe suicide attempts and may contribute to a reduction in suicide-related mortality.

Keywords: Suicide, Self-harm, Psychiatric disorders, Forensic medicine

9. KAYNAKLAR

1. Tatlılıoğlu K. Sosyal Bir Gerçeklik Olarak İntihar Olgusu: Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. Abant İzzet Baysal University Graduate School of Social Sciences. 2012;12(2):133–56.
2. Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki İntihar Vakalarının Sosyodemografik Özellikler Açısından İncelenmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2015;1:1–14.
3. who.int, Preventing Suicide: A Global Imperative (Erişim Tarihi: 18 Haziran 2025).
4. who.int, Suicide Worldwide in 2021 Global Health Estimates (Erişim Tarihi: 18 Haziran 2025).
5. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent Suicide and Suicidal Behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2006;47(3–4):372–94.
6. Friedmann H, Kohn R. Mortality, or Probability of Death, from a Suicidal Act in the United States. Suicide Life Threat Behav. 2008;38(3):287–301.
7. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiapetta L. Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(12):1497–505.
8. Ocakoğlu BK, Oğuz M, İpek Z. Batman İlinde 2013-2018 Yılları Arasında Gerçekleşmiş İntihar Girişimlerinin Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2020;28(2):57–70.
9. Demirçin S, Akkoyun M, Yılmaz R, Gökdoğan MR. Suicide of elderly persons: Towards a framework for prevention. Geriatr Gerontol Int. 2011 Jan 1;11(1):107–13.

10. Lim M, Lee SU, Park JI. Difference in Suicide Methods Used Between Suicide Attempters and Suicide Completers. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8(1):54.
11. sozluk.gov.tr, Erişim Tarihi: 19 Haziran 2025.
12. nimh.nih.gov/health/statistics/suicide (Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2025).
13. Kıvrıkoğlu F, Güllü D, Kulkara NS. Bir Adli Tıp Olgusu Olarak İntiharın Psikanalitik Bakış Açısı İle İncelenmesi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2025 Dec 28];3(6):45–50. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bpd/article/758934>
14. <https://data.who.int/indicators> (Erişim Tarihi: 6 Ağustos 2025).
15. cdc.gov/suicide/facts/data.html (Erişim Tarihi: 6 Ağustos 2025).
16. <https://data.tuik.gov.tr> İntihar sayısı ve kaba intihar hızı, 2001-2024 (Erişim Tarihi: 6 Ağustos 2025).
17. <https://data.tuik.gov.tr> İkamet ili ve cinsiyete göre intiharlar (Erişim Tarihi: 7 Ağustos 2025).
18. <https://data.tuik.gov.tr> İllere göre kaba intihar hızı (Erişim Tarihi: 7 Ağustos 2025).
19. Masango S, Rataemane S, Motojesi A. Suicide and Suicide Risk Factors: A Literature Review. *South African Family Practice.* 2008;50(6):25–9.
20. Kavalci C, Demir A, Arslan ED, Yilmaz F, Durdu T, Yel C, et al. Adult Poisoning Cases in Ankara: Capital City of Turkey. *Int J Clin Med.* 2012;03(07):736–9.
21. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and Suicide Risk. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(74):1–22.

22. Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2012;15:218–28.
23. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmenler (Sosyal Güvence Yokluğu, Göç ve Diğer Stresörler). Anadolu Psikiyatri Derg. 2001;2(4):204–12.
24. 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.
25. Öncü B. İntihar ve İntiharda Risk Etmenleri. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2016;9(3):1–15.
26. İlhan RS, Akaslan DS. İnternet Haberlerinde Yer Alan İntihar Olgularının Sosyodemografik Özellikleri. Kriz Dergisi. 2019;27(2):71–8.
27. Ayas S. İşsizlik ve Eğitim Seviyesinin İntihar Üzerindeki Etkisi: TÜİK Verileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma. Yönetim Bilimleri Dergisi. 2016;14(28):101–19.
28. Özcan B, Şenkaya S, Özdin Y, Dinç A. Türkiye’deki İntihar Vakalarının Çeşitli Kriterlere Göre İstatistiksel Olarak İncelenmesi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2018;18(40):11–34.
29. Bahar A. Kronik Hastalıklarda İntihar: Riskler ve Yönetimi. In: Arda Sürücü H, editor. Kronik Hastalıkların Yönetimi: Farklı Yaklaşımlar ve Uygulamalar. Ankara: İKSAD Publishing House; 2024. p. 87–104.
30. Taktak Ş, Üzün İ, Balcıoğlu İ. İstanbul’da Tamamlanmış İntihar Olgularının Psikolojik Otopsis. Anadolu Psikiyatri Derg. 2012;13:117–24.
31. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2001;4(2):5–15.

32. Brent DA, Mann JJ. Family Genetic Studies, Suicide, and Suicidal Behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;133C(1):13–24.
33. Runeson B, Åsberg M. Family History of Suicide Among Suicide Victims. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(8):1525–6.
34. Kesebir S, Gülpek D, Noyan MA. Özkıyım Girişimlerinin Doğası. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2002;3:88–96.
35. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide Reattempters. *Harv Rev Psychiatry*. 2013;21(6):281–95.
36. Rihmer Z. Can Better Recognition and Treatment of Depression Reduce Suicide Rates? A Brief Review. *European Psychiatry*. 2001;16(7):406–9.
37. Ernst M, Kallenbach-Kaminski L, Kaufhold J, Negele A, Bahrke U, Hautzinger M, et al. Suicide Attempts in Chronically Depressed Individuals: What Are the Risk Factors? *Psychiatry Res*. 2020;287.
38. Novick DM, Swartz HA, Frank E. Suicide Attempts in Bipolar I and Bipolar II Disorder: A Review and Meta-Analysis of the evidence. *Bipolar Disord*. 2010;12(1):1–9.
39. Gergel T, Adiukwu F, McInnis M. Suicide and Bipolar Disorder: Opportunities to Change The Agenda. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(10):781–4.
40. Siris SG. Suicide and Schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*. 2001;15(2):127–35.
41. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (B Aires)*. 2019;55(7):361.
42. Miller NS, Mahler JC, Gold MS. Suicide Risk Associated with Drug and Alcohol Dependence. *J Addict Dis*. 1991;10(3):49–61.

43. Krystkiewicz M, Soyka M. Suicide Risk in Alcohol Use Disorders: Literature Review and Study Protocol with Preliminary Data for a Study in Treatment-Seeking Inpatients. *Healthcare*. 2025;13(5):535.
44. Rizk MM, Herzog S, Dugad S, Stanley B. Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Curr Addict Rep*. 2021;8(2):194–207.
45. McClelland H, Cleare S, O'Connor RC. Suicide Risk in Personality Disorders: A Systematic Review. *Curr Psychiatry Rep*. 2023;25(9):405–17.
46. <https://data.tuik.gov.tr> Şekline ve Cinsiyete Göre İntiharlar (Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2025).
47. Biswas G, editor. Asphyxia. In: *Review of Forensic Medicine and Toxicology*. 3rd ed. Jaypee; 2015. p. 160–87.
48. Shkrum MJ, Ramsay DA, editors. Asphyxia. In: *Forensic Pathology of Trauma*. New Jersey: Humana Press; 2007. p. 65–180.
49. DiMaio VJ, DiMaio D, editors. Asphyxia. In: *Forensic Pathology*. 2nd ed. CRC Press; 2001. p. 230–78.
50. Ajdacic-Gross V. Methods of Suicide: International Suicide Patterns Derived from the WHO Mortality Database. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):726–32.
51. Saukko P, Knight B, editors. Self-Inflicted Injury. In: *Knight's Forensic Pathology*. 4th ed. CRC Press; 2016. p. 229–40.
52. Firearm Injuries. In: *Review of Forensic Medicine and Toxicology*. 3rd ed. Biswas, G: Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd; 2015. p. 209–31.
53. Nielssen O, Glozier N, Babidge N, Reutens S, Andrews D, Gerard A. Suicide Attempts by Jumping and Psychotic Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(6):568–73.

54. Kort I, Hmandi O, Manoubi SA, Bchir K, Bellali M, Allouche M. Patterns of Suicide by Jumping from Height in Northern Tunisia: A 16-year Autopsy Study. *J Forensic Leg Med.* 2025;112:102881.
55. Bilginer C. Overview of Young People Attempting Suicide by Drug Overdose and Prevention and Protection Services. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.* 2017;30:243–50.
56. T A. İntihar Amaçlı İlaç Zehirlenmelerinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2015;2015(1):53–6.
57. Kasemy ZA, Sharif AF, Amin SA, Fayed MM, Desouky DE, Salama AA, et al. Trend and Epidemiology of Suicide Attempts by Self-poisoning Among Egyptians. *PLoS One.* 2022;17(6):e0270026.
58. Safdar M, Afzal KI, Smith Z, Ali F, Zarif P, Baig ZF. Suicide by Poisoning in Pakistan: Review of Regional Trends, Toxicity and Management of Commonly Used Agents in the Past Three Decades. *BJPsych Open.* 2021;7(4):e114.
59. Tülay ME. Türk Ceza Hukukunda İntihara Yönlendirme Suçu. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi.* 2020;26(2):814–37.
60. Huysal A. Türk Ceza Kanunu’nda İntihara Yönlendirme Suçu, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku ABD, Yüksek Lisans Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Dr.Öğr.Üyesi A.Batuhan Baytaz).
61. T.C. Resmi Gazete Türk Ceza Kanunu, 12 Ekim 2004. Sayı: 25611).
62. Erkman FT. Yargıtay Kararları Işığında Adli Tıbbi Açından İntihara Yönlendirme Suçu; Bir Kesitsel Araştırma. *Maltepe Tıp Dergisi.* 2024;16(2):42–5.

63. Chang BP, Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, et al. Biological Risk Factors for Suicidal Behaviors: a Meta-Analysis. *Transl Psychiatry*. 2016;6(9):e887.
64. Aydoğdu Hİ. Psikiyatride Malpraktis. *The Bulletin of Legal Medicine*. 2023 Jan 2;28(1):86–90.
65. Wortzel HS, Matarazzo B, Homaifar B. A Model for Therapeutic Risk Management of the Suicidal Patient. *J Psychiatr Pract*. 2013 Jul;19(4):323–6.
66. Cesur E, Taşdemir İ, Büyükkıncak E, Aslıyüksek H, Turan Ş. Psikiyatri Branşıyla İlgili Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis) İddiası Nedeniyle Değerlendirilen Vakaların Klinik Özellikleri ve Adli Psikiyatrik Açından İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2022;25:395–403.
67. Karataş KS, Okumuş B. Psikiyatrik Hastalıklarda Malpraktis . In: Aliustaoğlu FS, editor. *Türk Hukuk Sisteminde Adli Psikiyatrik Bilirkişilik*. 1st ed. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2024. p. 73–81.
68. Palabıyıkoglu R, Azizoğlu S, Haran S, Özayar H. Gazetelerdeki İntihar Haberlerinin Okuyucuya Nasıl Yansıtıldığına İlişkin Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*. 1994;2(2):285–92.
69. Cengiz SA. Basında Yer Alan İntihar ya da İntihar Girişimi Konulu Haberlerde Etik Sorunlar. *Kriz Dergisi*. 2009;17(2):21–38.
70. Duman N. İntihar ve Medya. *EKEV Akademi Dergisi*. 2019;77:333–40.
71. atk.gov.tr Türk Ceza Kanunu’nda Tanımlanan Yaralama Suçlarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi Rehberi-Haziran 2019 (Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2025).
72. who.int Suicide in the world: global health estimates (2019) (Erişim Tarihi: 10 Eylül 2025).

73. Hatip A, Armağan HH, Karaman K. Acil Servise Başvuran İntihar Olgularının Geriye Dönük Analizi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi. 2020 Dec 29;7(3):128–30.
74. Ocakoğlu BK, İpek Z, Oğuz M. Batman İlinde 2013-2018 Yılları Arasında Gerçekleşen İntihar Ve İntihar Girişimlerine Ait Adli Kayıtların Geriye Dönük İncelenmesi. Kriz Dergisi. 2020;28(2):57–70.
75. Kıymet ME, Ünüvar Göçeoğlu Ü, Yürürdurmaz B, Balcı Y. Muğla İlinde Adli Tıp Polikliniğine Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Değerlendirilmesi. The Bulletin of Legal Medicine. 2020 Sep 18;25(2):83–9.
76. Mojahedi M, Esmaili A, Mahdizadeh K, Nakhaei MH, Salehiniya H, Sahranavard S. Trends of Suicide Attempts and Factors Related to Completed Suicide During the Years 2014–2019 in South Khorasan Province, Iran. Asian J Psychiatr. 2021 Nov;65:102825.
77. Mirahmadizadeh A, Rezaei F, Mokhtari AM, Gholamzadeh S, Baseri A. Epidemiology of Suicide Attempts and Deaths: a Population-based Study in Fars, Iran (2011–16). J Public Health (Bangkok). 2019 Jan 22;42(1):1–11.
78. Silva DA da, Marcolan JF. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. Florence Nightingale J Nurs. 2021 Oct;29(3):294–302.
79. Bossuyt N, Van Casteren V. Epidemiology of Suicide and Suicide Attempts in Belgium: Results from the Sentinel Network of General Practitioners. Int J Public Health. 2007 Jun;52(3):153–7.
80. Gualtieri S, Lombardo S, Sacco MA, Verrina MC, Tarallo AP, Carbone A, et al. Suicide in Italy: Epidemiological Trends, Contributing Factors, and the Forensic Pathologist's Role in Prevention and Investigation. J Clin Med. 2025 Feb 11;14(4):1186.

81. Glenn CR, Nock MK. Improving the Short-Term Prediction of Suicidal Behavior. *Am J Prev Med.* 2014 Sep;47(3):S176–80.
82. Adli Tıp Kurumu Kocaeli Adli Tıp Şube Müdürlüğünde 2016-2021 Yılları Arasında Otopsi Yapılan İntihar Olgularının Değerlendirilmesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2022, Kocaeli (Danışman: Doç.Dr.Ömer Kurtuş).
83. Jeong S, Kim G, Kang S, Jung J, Myung W, Lee H. Effect of Daily Temperature Variations on Years of Life Lost from Suicide in the Capital City of South Korea. *J Psychiatr Res.* 2025 Jan;181:108–15.
84. Yang R, Zhou J, Bigambo FM, Yan W, Wang X, Yang H. The Trend of Suicide and Self-harm in the Chinese Population from 2018 to 2022 Based on Ambulance Medical Emergency Cases: a Retrospective Study. *Front Public Health.* 2025 Jan 22;13.
85. To S, Messias E, Burch L, Chibnall J. Seasonal Variation in Suicide: Age Group and Summer Effects in the United States (2015–2020). *BMC Psychiatry.* 2024 Nov 28;24(1):856.
86. Partonen T. Analysis of the Seasonal Pattern in Suicide. *J Affect Disord.* 2004 Aug;81(2):133–9.
87. Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of Suicidal Behavior. *Int J Environ Res Public Health.* 2012 Feb 14;9(2):531–47.
88. Çetiner O, Özyurt C, Yavuz S. A Sociological Analysis of Suicide Rates in Ankara Province (2012-2023). *Journal of Ankara Studies.* 2025;13(1):33–68.
89. Owens PL, McDermott KW, Lipari RN, Hambrick MM. Emergency Department Visits Related to Suicidal Ideation or Suicide Attempt, 2008–2017. 2006.

90. Khademi N, Zangeneh A, Ziapour A, Saeidi S, Teimouri R, Yenneti K, et al. Exploring the Epidemiology of Suicide Attempts: Risk Modeling in Kermanshah—Iran. *Front Public Health*. 2022 Aug 23;10.
91. Rezaian MK, Jarahi L, Moharreri F, Afshari R, Motamedalshaariati SM, Okhravi N, et al. Epidemiology of Suicide Attempts in Khorasan Razavi Province, 2014-2015. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;13(2):128–35.
92. Alshaikhly E, Alkhafaje Z, Faik N alhuda, Akhmais DA, Akhmais AA. Suicide Rates Among Different Age Groups and Genders in Iraq at (2022-2023). *Int J Environ Sci*. 2025 Jun 2;11(7s):1–11.
93. Phillips JA, Hempstead K. Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000–2014. *Am J Prev Med*. 2017 Oct;53(4):e123–30.
94. Beautrais AL, Joyce P, Mulder RT. Youth Suicide Attempts: A Social and Demographic Profile. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1998;32:349–57.
95. Olfson M, Blanco C, Wall M, Liu SM, Saha TD, Pickering RP, et al. National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2017 Nov 1;74(11):1095.
96. Cangüven, Ö.F İntihar Girişimi Nedeniyle Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Zehirlenme Olgularının Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2024, Niğde (Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Doğan).
97. Şenadam, M Acile Başvuran İntihar Girişimi Olan Hastaların Retrospektif Sosyodemografik Analizi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2024, Diyarbakır (Danışman: Doç.Dr.Songül Doğan Araç).

98. Varol ZC, Karagöz K. Türkiye’de İntihar Üzerinde Etkili Olan Sosyoekonomik Faktörler: Ekonometrik Bir Analiz. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2020 Apr 28;260–80.
99. Pistone I, Beckman U, Eriksson E, Lagerlöf H, Sager M. The Effects of Educational Interventions on Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Social Psychiatry*. 2019 Aug 4;65(5):399–412.
100. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender Differentiation in Methods of Suicide Attempts. *Med Sci Monit*. 2011;17(8):65–70.
101. Kweon YS, Hwang S, Yeon B, Choi KH, Oh Y, Lee HK, et al. Characteristics of Drug Overdose in Young Suicide Attempters. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2012;10(3):180–4.
102. Yavuz E, Turgut K. Retrospective Evaluation of Patients who Ingested Drugs to Commit Suicide. *Ann Med Res*. 2021;28(6):1375–80.
103. Kohlmeier RE, McMahan CA, DiMaio VJM. Suicide by Firearms. *Am J Forensic Med Pathol*. 2001;22(4):337–40.
104. Blumenthal R. Suicidal Gunshot Wounds to the Head. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*. 2007;28(4):288–91.
105. Fukube S, Hayashi T, Ishida Y, Kamon H, Kawaguchi M, Kimura A, et al. Retrospective Study on Suicidal Cases by Sharp Force Injuries. *J Forensic Leg Med*. 2008;15(3):163–7.
106. Assunção LA, Santos A, Magalhães T. Suicide by Sharp Force Injuries – A Study in Oporto. *Leg Med*. 2009;11:216–9.
107. Karger B, Niemeyer J, Brinkmann B. Suicides by Sharp Force: Typical and Atypical Features. *Int J Legal Med*. 2000;113(5):259–62.

108. Rocos B, Chesser TJ. Injuries in Jumpers - Are There Any Patterns? *World J Orthop.* 2016;7(3):182–7.
109. Özcan,İ Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Acil Servisine 2010-2015 Yılları Arasında Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2016, Edirne (Danışman: Prof.Dr.Ahmet Yılmaz).
110. Ata EE, Bayrak NG, Bahadır Yılmaz E. İntihar Girişimi Nedeniyle Acil Servise Başvuran Olguların İncelenmesi: Bir Yıllık Retrospektif Bir Çalışma. *Cukurova Medical Journal.* 2021;46(4):1675–86.
111. Polat S, Helvacı Çelik FG, Köroğlu A, Aslan M, Hocaoglu Ç. Bir Eğitim Hastanesine İntihar Girişimi ile Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2016;17:18–23.
112. Sogut O, Sayhan MB, Gokdemir MT, Kaya H, Al B, Orak M, et al. Evaluation of Suicide Attempts in Southeast of Turkey, Around the Sanliurfa Region. *Journal of Academic Emergency Medicine.* 2011;10(1):8–13.
113. Atli A, Uysal C, Kaya M, Bulut M, Gunes M, Karababa I, et al. Assessment of Admission to the Emergency Department due to Suicide Attempt: Sanliurfa Sample. *Journal of Mood Disorders.* 2014;4(3):110–4.
114. Keten HS, Hakkoymaz H, Aslan Ü, Bahar Ş, Keten A, Sucaklı MH, et al. Acil Servise İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuran Olguların İncelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine.* 2015;5(2):102–5.
115. Cherpitel CJ, Borges GLG, Wilcox HC. Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(s1):18–28.
116. Usul E, Şan İ, Korkut S, Kayıpmaz S, Bekgöz B. Analysis of Suicide Cases from Ankara Province: A 3-year Emergency Medical Services Experience. *Acta Biomed.* 2021;93(2):1–8.

117. Min H, Park J, Yoon H, Oh J, Ahn S, Kang C, et al. Severe suicide attempts, day of the week, and holidays in South Korea: A nationwide case time series study. *Asian J Psychiatr.* 2024;102:104299.
118. Kattimani S, Pencililaiya V, Sarkar S, Muthukrishnan V. Temporal variations in suicide attempt rates: A hospital-based study from India. *J Family Med Prim Care.* 2016;5(2):357.
119. Stańdo J, Fechner Ż, Gmitrowicz A, Andriessen K, Kryszńska K, Czabański A. Increase in Search Interest for “Suicide” and “Depression” for Particular Days of the Week and Times of Day: Analysis Based on Google Trends. *J Clin Med.* 2022;12(1):191.
120. Akkaya-Kalayci T, Kapusta ND, Waldhör T, Blüml V, Poustka L, Özlü-Erkilic Z. The association of monthly, diurnal and circadian variations with suicide attempts by young people. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2017;11(1):35.
121. Polewka A, Szkolnicka B, Targosz D, Groszek B, Kroch S, Chrostek Maj J, et al. [Fluctuations and seasonality in suicidal attempts]. *Przegl Lek.* 2004;61(4):269–73.
122. Mejías-Martín Y, Martí-García C, Rodríguez-Mejías C, Valencia-Quintero JP, García-Caro MP, Luna J de D. Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records. *PLoS One.* 2018 Apr 9;13(4):e0195370.
123. Suárez-Pinilla P, Pérez-Herrera M, Suárez-Pinilla M, Medina-Blanco R, López-García E, Artal-Simón JÁ, et al. Recurrence of suicidal thoughts and behaviors during one year of follow-up: An exploratory study. *Psychiatry Res.* 2020;288:112988.

10. EKLER

EK-1: Taranan ICD-10 kodları

X60- Opioid olmayan analjezikler, antipiretikler ve antiromatizmallere maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme

X61: Antiepileptik, sedatif-hipnotik, antiparkinson ve psikotrop ilaçlara maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme, başka yerde sınıflanmamış

X62: Narkotikler ve psikodisleptiklere [hallusinogenler] maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme, başka yerde sınıflanmamış

X63: Otonom sinir sisteminde etkili diğer ilaçlara maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme

X64: Uyuşturucu, ilaç ve biyolojik diğer ve tanımlanmamış maddelere maruz kalma ve kendine zarar verme

X65: Alkole maruz kalma ve kasıtlı kendine zarar verme

X66: Organik çözücüler ve halojen hidrokarbonlar ve onların buharlarına maruz kalma ve kendine zarar verme

X67: Gazlar ve buharlara diğer maruz kalma ve kendine zarar verme

X68: Pestisitlere maruz kalma ve kendine zarar verme

X69: Kimyasallar ve zararlı maddelere diğer ve tanımlanmamış maruz kalma ve kendine zarar verme

X70: Asılma ve boğulma vasıtasıyla kendine zarar verme

X71: Suda boğulma ve su altında kalma yoluyla kendine zarar verme

X72: Tabancayla kendine zarar verme

X73: Yivli tüfek, av tüfeği ve ağır silahla kendine zarar verme

X74: Ateşli silah ateşi ile kendine zarar verme diğer ve tanımlanmamış

X75: Patlayıcı madde ile kendine zarar verme

X76: Duman, yangın ve ateşle kendine zarar verme

X77: Buhar, sıcak buhar ve sıcak cisimlerle kendine zarar verme

X78: Keskin cisimle kendine zarar verme

X79: Kunt cisimle kendine zarar verme

X80: Yüksek bir yerden atlama ile kendine zarar verme

X81: Hareketli bir cisimden önce atlama veya duruşla, kendine zarar
verme

X82: Motorlu aracın çarpmasıyla kendine zarar verme

X83: Araçlarla kendine zarar verme diğer, tanımlanmış

X84: Araçlarla kendine zarar verme, tanımlanmamış

Z91.5: Kişisel kendine zarar verme öyküsü

Y87.0: Kasıtlı kendine zararın sekeli