

Âcilde Zehirlenme Olguları ve Özkıyım

Zeynep Kekeç*, Azade Sarı**

* Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Âcil Tıp AD

** Uzm Dr. Çukurova Devlet Hastanesi Âcil Servisi

Tel: +093223386060/3544

Fax: +903223386900

E-mail: zkekec@cu.edu.tr

ÖZET

Özkıyım davranışı, ölüm-yaşam ikileminde ölümden yana tavır almak olarak tanımlanır. Âcil servislerde özkıyım amaçlı zehirlenme vakalarına sıklıkla rastlanmaktadır. Özkıyım girişimcilerinin kullandıkları yöntemler genellikle kişiye yönelik zarar verici yöntemler değildir. En sık uygulanan özkıyım girişi yöntemi ilaç alımıdır. Bu grup hastalarda özkıyımaya yol açan etkenlerin belirlenmesi ve bu etkenleri giderici önlemlerin alınması, özkıyım girişimini azaltacağı gibi bu insanların yaşam kalitesini de yükseltecektir.

Kliniğimiz verilerine göre, özkıyım girişiminde etkili faktörler değerlendirildiğinde en yüksek oranda görülen hazırlayıcı etkenin, genç yaş grubunda kişiler arası ilişki problemleri, orta yaş grubunda ise maddi nedenler olduğu görüldü. Özkıyım girişiminde bulunan hastaların ortak özellikleri değerlendirildiğinde çoğunluğu genç yaş grubunda, bekâr ve kadın idi. Zehirlenme amaçlı özkıyım girişiminde bulunanların çoğunluğunu depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Hastaların çoğunluğu özkıyım yöntemi olarak çoklu madde alımı ile zehirlenme yolunu seçtiği görüldü. Hastaların tamamı Âcil Gözlem'de takip ve tedavi edilerek taburcu edildi. Özkıyım amaçlı başvuran tüm hastaların âcil serviste psikiyatrik değerlendirilmeleri yapıldı.

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

Anahtar Kelimeler: âcil servis, özkıyım, zehirlenme

ABSTRACT

Poisoning and Suicide In Emergency Department.

Suicide is defined as to prefer death in death-life dilemma. Poisoning is being faced by any agent that impacts functions of human bodies negatively. The most frequently reason is drug ingestion. Poisoning after suicide attempts are frequently seen in emergency departments. In such patients determining the factors that contribute suicide attempt and their prevention will decrease death after suicide attempts as well as increasing life quality.

According to our department data; the most common factors influencing suicide behavior, were the relationship problems in the young age groups and financial problems in middle age groups. Most of our patients were young and single females. The patients have psychiatric diagnosis, mostly depression, in their medical history. Mostly poisoning cases preferred multiple drug ingestion as the method of suicide. All patients have admitted and treated in Emergency Observation Unit and then discharged. All patients who attempted suicide were consulted with psychiatry clinic in emergency department.

Suicide behavior is an alternative solution as well as the way of expressing oneself when there is no solution to the problems faced. The problems experienced between people and financial problems seem like the most important reason in these attempts. The way to help and protect these people from repeated suicide attempts is referring all patients to psychiatric clinic after discharging from at emergency department.

Keywords: emergency department, suicide, poisoning

GİRİŞ

Özkıyım düşüncesi veya girişimi nedeniyle âcil servise başvuran hastalarla sıklıkla karşılaşmaktadır (Yanturalı 2000). Günlük pratikte özkıyım ile eş anlamlı olarak bâzı terimler kullanılmaktadır. “Süisid” terimi Lâtince “suicidum” kelimesinden gelir ve “kendini öldürme” anlamındadır. Türkçe’de “özkıyım” olarak da adlandırılır. Halk arasında ise sıklıkla intihar veya canına kıyma gibi kelimeler kullanılmaktadır (Yanturalı 2000).

Özkıyım girişimi veya kendi kendine zarar verme terimleri ölüme sebep olmadan kendi kendilerine acı vermek kendilerini zehirlemek veya zehirlemeye çalışmak olarak tanımlanır. Bu davranışlar sıklıkla duygusal karmaşada oluşur ve bir şekilde birbirleriyle bağlantılıdır, ama öldürücü sonuçlara yol açmaz. Çok doğru bir görüş olmasa da hastaların birçoğu kendilerini öldürmek istemez (Kerkhof ve ark. 2000). Bu yüzden “kendine zarar vermeyi düşünmek” terimi, kişinin kendisine acı verici bir düşünceyi içermeyen davranışları tanımlamak için kullanılır (Morgan ve ark 1976). Bununla birlikte, öldürücü olan ve öldürücü olmayan özkıyım davranışları arasında oldukça sıkı bir ilişki vardır; kendini öldüren birçok insanın öncesinde özkıyım girişimi veya kendine zarar verme düşüncesi vardır. Bu yüzden Kreitman ve arkadaşları (1969) kişinin kendini öldürme eğiliminden çok, özkıyım eğiliminin bir derecesini tanımlamak için “parasüisid” terimini kullanmıştır. Yine de “kendine zarar verme düşüncesi” ve “parasüisid” terimleri biraz kafa karıştırır, çünkü pratikte her ikisi de kendisini gerçekten öldürmek isteyen, ama girişimde bulunmayan kişileri kapsar (Kerkhof ve ark. 2000). İngiliz terminolojisinde ise “parasüisid”, kendini öldürmekten çok, dikkati çekmek için yapılan eylem olarak tanımlanmaktadır (McAlpine 1987).

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

KRONİK ÖZKIYIM DAVRANIŞI

Kişinin tekrarlayıcı şekilde kendine karşı yıkıcı, yaralayıcı eylemlerde bulunmasıdır. Alkolik karaciğer hastalığı olan bir kişinin aşırı derecede alkol almaya devam etmesi örneğinde kronik özkıyım davranışı vardır (Yanturalı 2000).

Gizli Özkıyım: Kişinin kendine karşı yaptığı yıkıcı, yaralayıcı bir eylemi kaza olarak yansıtmasıdır. Depresyonu olan bir kişinin tek başına iken trafik kazası yapmasının altında özkıyım düşüncesinin olması buna örnek olarak verilebilir (Yanturalı 2000).

Sessiz Özkıyım: Şiddet unsuru olmadan yavaş yavaş kendini öldürme eylemi olarak tanımlanır. Ki-

şinin temel tıbbî tedavisine uymaması veya kendini aç bırakması buna örnek olarak verilebilir. Bu durum en sık yaşlılarda görülür ve tanı sıklıkla atlanılır (Simon 1989).

Özkıyım öncesinde genellikle yıllar süren özkıyım davranışı, plânları ve/veya ikazları vardır. Özkıyım girişiminde bulunanların yaklaşık yarısında öyküde bir özkıyım girişimi vardır. Erkeklerin ilk özkıyım girişimlerinde genellikle ölüm oranı yüksektir. Bu nedenle özellikle erkeklerde özkıyım düşüncesi varlığında özkıyımı engelleme çalışmalarına daha erken başlanılmalıdır (Lonnqvist 2000). Özkıyımın başarılı bir şekilde engellenmesi, özkıyım niyetinin varlığının erken dönemde tesbiti ve erken müdahale ile olur (Isometsa ve ark. 1998).

Özkıyım girişimi, risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşur. Kişinin, stres faktörleri ve yaşamındaki koruyucu faktörlerin varlığına veya yokluğuna bağlı olarak özkıyım girişimine eğilimi artar. Özkıyım düşüncesinin belirginleşmesi, risk faktörlerinin yoğunlaşması ve koruyucu faktörlerin zayıflaması anlamına gelir. Örneğin yakın birisinden ayrılma, hem bir stres faktörü olarak hem de sosyal desteğin zayıflaması sonucu özkıyım eğilim yaratabilir (Lonnqvist 2000).

Özkıyım düşüncesi olan kişi son aşamada seçeceği yönetime karar verir. Bu aşamadan sonra kişiye müdahale şansımız sınırlıdır. Bu seçeneği etkileyen ana faktör “imkân”dır. Ası, tüm dünyada ulaşılması en kolay ve bu nedenle en yaygın olan özkıyım yöntemidir. Birçok ülkede kolaylıkla silâh ruhsatı alınabilmesi özkıyım eğilimi olan kişiler ve çevresindekiler için tehlikeli bir durum yaratabilir. Genç insanlara silâh ruhsatı verilmesinin önlenmesi özkıyım oranında azalmayı sağlayabilir (Lonnqvist 2000).

Özkıyım eyleminde ölüm riski ölüm niyetinin ciddiyetine, eylem ile oluşturulan zararın derecesine ve yöntemin ne kadar hızla ölüme yol açmasına göre değişiklik gösterir. Ateşli silâhlar, ciddi karbon monoksit zehirlenmesi ve ası, ölüm riski yüksek olan özkıyım yöntemleridir. Yüksekten atlama veya hareket hâlindeki bir aracın önüne atlama da oldukça zarar verici yöntemlerdir. Zehirlenme ve bilek kesisi, uygun bir müdahale ile hastanın kurtarılması için bize zaman sağlayan, diğerlerine göre daha avantajlı yöntemlerdir (Lonnqvist 2000).

“İmitasyon” (taklit yoluyla özkıyım girişimi) bir kültür, toplum, kurum veya basında açıkça belirgin olan bir modelden özgül bir özkıyım yönteminin öğrenilmesi anlamına gelir. Duygusal açıdan insanları

Tablo 1: Özkıyım İçin Risk Faktörleri: Sosyodemografik Farklılıklar

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

etkileme potansiyeli yüksek olan bir özkıyım modeli ayrıntılı olarak görsel ve işitsel basın araçlarında sunulursa taklit riski ortaya çıkar (Schmidtke ve ark. 1998). Taklidin, özkıyım yönteminin seçiminde özellikle de okullarda, hastânelerin psikiyatri servislerinde ve gençlerde görülen özkıyım üzerine arttırıcı bir etkisi olabilir. Taklidin en iyi bilinen örneği Avrupa'da yaklaşık 200 yıl önce birçok kişi tarafından okunan Goethe'nin "Genç Werther'in Acıları" adlı eseridir. Sevdiği kız tarafından reddedildikten sonra kendisini öldüren kahramanın özkıyımı birçok kişi tarafından taklit edilmiş ve bu durum birçok Avrupa ülkesinde kitabın toplatılmasına neden olmuştur. Bu "Werther etkisi" ayrıca Marilyn Monroe'nun ölümünden sonra tekrar ortaya çıkmıştır; bunu takip eden on gün içinde özkıyım oranı yaklaşık %10 artmıştır (Lonnqvist 2000).

Özkıyım haberlerini sunarken eylemin tekrar tekrar gösterilmemesi, uzun röportajların yapılmaması, teknik ayrıntıların açıklanmaması, özkıyımın olağan bir olaymış gibi anlatılmaması, özkıyımın kişisel problemler ile bir başa çıkma yöntemi olarak sunulmaması ve özkıyım kurbanlarının birer kahraman olarak gösterilmemesi gerekmektedir (The Center for Disease Control and Prevention. Program for the prevention of suicide among adolescents and young adults 1994).

Genellikle özkıyımın araştırmacılar üzerinde bir etkisi vardır. Özkıyım sadece âile bireylerini içeren tehdit edici bir olay değil; aynı zamanda özkıyım girişiminde bulunan kişinin yakın çevresindeki insanları da etkileyen bir olaydır. Özkıyım girişimi sonrası mücadele edilmesi gereken durumlar yas, utanma ve suçluluk duygularıdır. Âcilen travmatik olay paylaşılmalı, sosyal destek sağlanmalı ve eğer gerekliyse sosyal desteğe özkıyım girişiminden sonra en az altı ay devam edilmelidir (Lonnqvist 2000).

ÖZKIYIM EPİDEMİYOLOJİSİ

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

Sağlık Örgütü (WHO) istatistiklerine göre 1995 yılında bütün dünyada tamamlanmış özkıyım oranı 16/100.000'dir. Bu, her yıl 1/6.000 insanın özkıyım girişiminde bulunduğu anlamına gelir (Simon 1989). Ergenlerde özkıyım girişimi ve özkıyımı tamamlama oranı 200:1 iken, (Langley ve ark. 1984) bu oran erişkinlerde 8:1-33:1'dir (Paykel ve ark. 1974).

Avrupa, Birleşik Devletler ve Avustralya'da 1960 ve 1970'li yıllarda ilaç doz aşımı ve kendi kendine zarar verme niyetlerinden dolayı hastânelerde tedavi edilen insan sayısında belirgin bir artış olduğu belirtilmiştir. Birçok çalışmada 1980'lerde özkıyım girişiminde bulunan kişi sayısında bir durgunluk gözlenmiştir (Hawton ve ark. 1992, Platt ve ark. 1988). Bazı bölgelerde 1990'ların başında bu sayılar artmıştır (Hawton ve ark. 1997). Genel olarak hastânelerde, özkıyım girişiminde bulunan ve tedavi edilen kişilerin tam sayısı yine de problemin boyutunu yeterli derecede yansıtmamaktadır. Ölüm oranları yüksek olan özkıyım girişimleri en sık Doğu Avrupa ülkelerinde görülmektedir. Tüm dünyada yaşlı insanlarda özkıyım girişimi oranı genç yaş gruplarından daha fazladır (Lonnqvist 2000). Bu durum Avustralya ve Yeni Zelanda'da farklıdır; buralarda son 20 yıldır yaşlılardaki özkıyım girişimi oranı gittikçe düşmektedir. Bu durum, muhtemelen ileri yaş grupla-

Tablo 2: Özkıyımın Klinik Belirleyicileri

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

rında hastalıkların erken teşhis ve tedavisi ve iyi bir sosyal güvencelerinin olması nedeniyle açıklanmıştır (Goldney ve ark. 1998). Yaşlılarda fiziksel hastalıklar ve duygusal semptomlar sık görülebilir. Ancak önemli olan bu duygusal semptomların fiziksel bir hastalığa bağlı olup olmadığının saptanması ve ona göre tedavi edilmesidir. Ayrıca fiziksel hastalıklara bağlı olarak kullanılan ilaçlar da duygusal yan etkilere yol açabilirler. Yaşlılarda alkol ve madde bağımlılığı da sıktır ve bu bağımlılık, altta yatan herhangi bir probleme işaret edebilir (Goldney 2002).

Genel olarak özkıyım girişimi oranı genç yaş gruplarında (15–24 yaş) düşüktür; ancak son 20–30 yıl içinde birçok Batı ülkelerinde özellikle de genç erkeklerde özkıyım oranı gittikçe artmaktadır. Günümüzde

genç erişkin erkeklerde özkıyım oranı hemen hemen orta yaşlı erkeklerle aynıdır. Alkol kötüye kullanımının özkıyım oranında artışın olası nedenlerinden birisi olduğu düşünülmektedir. Genç erişkinlerde özkıyım için diğer risk faktörleri okul problemleri, âilede özkıyım öyküsü, zayıf iletişim ve stresli yaşam biçimidir (Hawton ve ark. 1992). Annelik, kadınlarda özkıyım girişimine karşı koruyucu bir faktör olmakla birlikte, doğum sonrası dönem depresyonu özkıyım girişimi riskini artırmaktadır (Hoyer ve ark.1991).

Bilim adamlarının özkıyım ile ilgili yaptıkları çalışmaların sonuçları aşağıda özetlenmiştir (Lonngvist 2000):

- Toplumda genel olarak özkıyım düşüncesi ve özkıyım girişimleri oldukça sıktır.
- Genç erişkinlerde özkıyım oranı yüksektir ve birçok ülkede de hızla yükselmeye devam etmektedir.
- İşsizlik, Avrupa’da özkıyım için ana risk faktörüdür.
- Öldürücü özkıyım yöntemlerine psikotrop veya analjezik ilaçlar, silâhlar ve motorlu araçlarla kolaylıkla ulaşabilmektedir.
- Yüksek oranda alkol tüketimi ve artan madde kötüye kullanımı özkıyım oranını artırmaktadır.
- Depresyon ve şizofreni gibi ana psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmemesi veya düzensiz tedavi edilmesi olumsuz bir etkidir.
- Görsel ve işitsel iletişim araçları tarafından özkıyım modellerinin yansıtılması olumsuz bir etkidir.

Tablo 3: Ruh Sağlığı Bozukluklarında Özkıyım Girişimi Sıklığının Sıralaması

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

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

ÖZKIYIM PSİKOLOJİSİ

Özkıyım için erken psikolojik teoriler kişi kavramına odaklanmıştır. Bunun klâsik bir örneği Freud'un teorisidir; depresyonda kendi kendine zarar verici davranışlar, sevilen bir nesnenin kaybı veya reddedilmesi sonucu oluşturulan saldırgan davranışları temsil eder. (Lonnqvist 2000).

Özkıyım ile ilgili daha sonraki psikodinamik düşünceler kişinin başkalarıyla olan ilişkilerine yönelmiştir. Özkıyım kötü anne, ayrılık, bilinç durumunda değişiklik ve kontrol kaybı olan durumlara uyumda başarısızlık, narsisist davranışı dışa vurma ve utanma duygusunu taşıyamama, karmaşık iç dünyada kontrolü yeniden ele geçirme çabası gibi olaylara karşı saldırgan bir davranış olarak görülür. Gelişimsel ve uyumla ilgili olaylardaki başarısızlık olumsuz bir iç döngüsü oluşturur ve depresyon, umutsuzluk, şiddet, anksiyete, utanma ve suçluluk duygularına neden olur. Genel olarak bilinmektedir ki tüm özkıyım davranışlarının özünde ortak bir neden olarak psikolojik yıkım bulunmaktadır; kişi, daha fazla acıya dayanamadığı zaman özkıyım girişiminde bulunur. Yeni psikolojik teorilere göre özkıyımın çok yönlü nedenleri ve özkıyıma eğilim yaratan ve özkıyımı tetikleyen faktörler arasında etkileşim vardır (Farberow 1997).

ÖZKIYIM YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Özkıyım girişimleri, ölüm niyetinden yardım için ağlamaya kadar değişkenlik gösteren çok farklı davranışları içerebilir. Bu davranışlar âni karar verilip uygulanmış veya uzun dönemde iyi plânlanmış olabilir ve farklı fiziksel sonuçlar doğurabilir. Öldürücülük derecesi ve sonuçların tıbbî olarak ciddiyet derecesi, niyete, seçilen yöntemin hazırlığına, uygulayan kişinin yöntem hakkındaki bilgisine ve beklentilerine ve bazen başkalarının müdahalesi gibi diğer faktörlerin varlığına bağlıdır (Kerkhof ve ark. 2000).

Öldürücü olmayan özkıyım davranışlarında gerçek niyeti değerlendirmek sıklıkla güçtür. Psikiyatri kliniğine yatırılma korkusu veya psikolojik savunma mekanizmaları nedeniyle insanlar bâzen ölme istek-

lerini inkâr ederler veya saklarlar. Bâzen ise yardım alabilmek amacıyla ölüm niyetlerini abartabilirler. Kişinin kullandığı ilâçlar hakkında yeterli bilgiye sâhip olmaması örneğinde olduğu gibi bâzen de özkıyım girişiminde bulunan kişiler gerçekte ölmek istemedikleri halde oldukça öldürücü, kendi kendilerine zarar verici durumlarla karşı karşıya gelebilirler. Bunun aksine kendi kendilerine hafif zarar veren veya kendilerini hafif zehirleyen kişiler ölmeyi gerçekten istedikleri halde yöntemin öldürücülüğü hakkında yetersiz bilgiye sahip iseler ciddi bir zarar gelişmeden kurtulabilirler. Bu nedenlerden dolayı eylemi gerçekleştiren kişinin seçtiği yöntem, öldürücülüğü veya niyeti değerlendirmede güvenilir değildir (Kerkhof ve ark. 2000).

ÖZKIYIM ÜZERİNDE SOSYOLOJİK TEORİLER

Klâsik toplum bilimi, özkıyımı bireysel değil sosyal bir olay olarak görür. Özkıyım girişiminde can alıcı noktayı kişinin ahlaki eğilimi oluşturur. Ahlâkî eğilim, özkıyım kurbanının yaşadığı veya içinde bulunduğu toplumdaki değeri anlamına gelir. Özkıyımlar, toplum ve birey arasındaki ilişkinin bir bozukluğu veya bulgusu olarak görülür. Durkheim, (Lonnqvist 2000) 1897'de özkıyım üzerine yaptığı bir çalışmada dört temel tip tanımlamıştır:

ANOMİK ÖZKIYIM

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

ALTRUİSTİK ÖZKIYIM

Toplumsal, kişinin kendi yaşamını sonlandırması için güçlü bir etkisinin olduğu durumu yansıtır; Titanic gemisinin kaptanının özkıyım girişimi bu gruba bir örnektir.

EGOİSTİK ÖZKIYIM

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

FATALİSTİK ÖZKIYIM

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

Tablo 5: İlâçlara Bağlı Ölümünün Türkiye’deki Dağılımı

Özellikler	Ölenlerin Sayısı	Ölenlerin Yüzdesi
Yaş Grupları (yıl)		
15-19	19	5.1
20-24	55	14.7
25-29	78	20.9
30-34	64	17.1
35-39	53	14.2
40-44	37	9.9
45-49	30	8.0
50-54	19	5.1
55-59	10	2.7
60-64	3	0.8
65	4	1.1
Bilinmeyen	2	0.5
Cinsiyet		
Erkek	323	86.4
Kadın	51	13.6
Yerleşim Yeri		
İstanbul	286	76.5
Gaziantep	30	8.0
Antalya	6	1.6
Bursa	5	1.3
Adapazarı	5	1.3
Diğer (22 şehir)	42	11.3
Kalan 54 şehir	0	0.0

Ayrıca özkıyımında, sosyal faktörlerin ortak etkilerini daha çok vurgulayan yeni teoriler de vardır. Sosyal izolasyon kavramı özkıyımın sosyo-ekolojik ve sosyo-psikiyatrik geçmişinin anlaşılmasında klinik olarak oldukça yararlıdır (Maris 1981, Maris 1997).

SINIFLANDIRMA

Özkıyım girişiminde bulunan kişiler üç grupta sınıflandırılabilir: “ılımlı” tip, “şiddetli” tip ve ikisinin arasındaki “karışık” tip (Kerkhof ve ark. 2000).

ILIMLI TİP

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

ŞİDDETLİ TİP

Daha çok zor yöntemleri tercih eden ve kendilerinde ciddi fiziksel hasara neden olan kişiler bu grupta yer alırlar. Bu kişiler ileri yaşta (40 yaşın üs-

tü), kendi kendilerini teşvik eden, sıklıkla yaşadıkları belli bir yerleri bulunmayan, önceden özkıyım girişimi öyküsü olan, depresif, ilâç bağımlısı, fiziksel hastalıkları olan ve önceden psikiyatrik tedavi gören kişilerdir. Özkıyım girişimini tekrarlama riski en fazla şiddetli tipe uyan kişilerdedir.

KARIŞIK TİP

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

ÖZKIYIMIN BELİRLEYİCİLERİ ÖZKIYIMIN NÖROBİYOLOJİK TANIMLAYICILARI

Özkıyım girişiminde bulunan hastaların yakınlarında, âilesinde özkıyım girişimi öyküsü olmayanlara göre özkıyım riski daha yüksektir. Mevcut ruh sağlığı bozukluklarından bağımsız olarak özkıyım davranışında âilesele geçiş olabilir (Lonnqvist 2000).

Evlât edinilen gruplarla yapılan çalışmalarda âile içindeki özkıyımlarda âilevî veya çevresel faktörlerden çok, genetik faktörler belirleyicidir. Evlat edinilmiş ve özkıyım girişiminde bulunmuş kişilerin biyolojik akrabalarında özkıyım sıklığı, evlat edinilmiş ve özkıyım girişiminde bulunmayanların biyolojik akrabalarından daha yüksektir. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde birlikte özkıyım riski, özkıyım girişimi ve özkıyım düşüncesi çift yumurta ikizlerinden daha yüksektir (Roy ve ark. 1999).

Genellikle özkıyımın tek bir nedeni yoktur. Özkıyım girişiminde birçok belirleyici etken ve risk faktörleri bulunmaktadır (Tablo 1 ve 2) (Lonnqvist 2000). Risk faktörleri kültürel, sosyal, meslekî, psikolojik, biyolojik ve hâttâ genetikdir.

ÖZKIYIM KURBANLARININ TEMEL ÖZELLİKLERİ

Özkıyım riski yüksek olan insanlar genellikle orta yaşlı veya yaşlı, sosyoekonomik durumları düşük, zayıf, bekâr erkeklerdir ve âilelerinde ruh sağlığı bozuklukları ve özkıyım öyküsü olduğu dikkat çekmiştir. Genellikle bunlar tek başlarına yaşayan ve sıklıkla işsiz veya işleri tehlikede olan kişilerdir. Son dönemlerde belirgin bir yaşam stresi ve sosyal ilişkilerinde zayıflamanın mevcudiyeti, özkıyım kurbanlarında sık görülen özelliklerdir. Birçoğunda depresyon ve beraberinde de madde bağımlılığı veya kişilik bozuklukları vardır. Hemen tüm yaşlı kurbanlarda beraberinde bedensel bir hastalık veya kalıcı bir sakatlık bulunur. Birçoğu özkıyım düşünceleri nede-

Tablo 6: Toksidromlar

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

niyle daha önceden psikiyatri kliniklerine başvurmuş, ama düzenli psikiyatrik tedavi almamış ve yarısı daha önce özkıym girişiminde bulunmuş kişilerdir (Lonnqvist 2000).

ÖZKIYIMDA KÜLTÜREL FAKTÖRLER

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

kesinde özkıyım yasadışı idi (Lonnqvist 2000). Din de, aynı zamanda kişiler ve toplum arasında ana bütünleştirici bir güçtü. Modern lâik bir toplumda din, birçok birey için özkıyım girişimi düşüncesinden koruyucu bir faktördür. Özkıyımın kültürel geçmişini nesiller boyunca aktarılan derin bir yapıdır. Kültürel faktörler aynı zamanda, göçmenlerde daha belirgin olan özkıyım davranışlarındaki ani değişikliklerden de korur; göçmenlerin özkıyım tarzları ve oranları kendi kültürleri ile göç ettikleri bölgenin kültürü arasında bir yerlerdedir (Neeleman ve ark. 1997).

YAŞAM OLAYLARI ve SOSYAL DESTEK

Olumsuz yaşam olaylarının fazlalığı ve son dönemlerdeki stres faktörlerinin varlığı özkıyım öncesinde sıklıkla yaşanan karakteristik özelliklerdir. Genellikle olayların toplam etkisi yıkıcıdır ve tek bir olumsuz yaşam olayından çok daha önemlidir. İş problemleri, aile içi uyuşmazlık, bedensel hastalıklar, maddi sıkıntı, işsizlik, eşinden veya arkadaşından ayrılma, ailede ölüm ve hastalıkların varlığı özkıyım girişimi öncesinde en sık görülen olumsuz etkenlerdir. Bedensel hastalıklar ve emeklilik, yaşlı erkeklerde özkıyım girişiminin önde gelen nedenlerinden iken; ayrılık, maddi sıkıntılar, iş problemleri ve işsizlik genç erkeklerde daha sıktır. Ciddi sakatlığa yol açan bedensel hastalıklar, özellikle buna depresyon belirtileri de eşlik ediyor ise, yaşlı erkek hastalarda özkıyım için çok önemli bir risk faktörüdür. Son dönemdeki olaylarla ilişkili olan özkıyım girişimleri, genellikle erkeklerde daha sık görülür. Başarısızlık veya istenilen sosyal durumun elde edilememesi erkeklerle âit özel stres faktörlerindendir (Lonnqvist 2000).

Özkıyım girişimi, özkıyım zemin hazırlayan olumsuz yaşam olayları ve kişinin kendi davranışları ile ilişkilidir. Kişilik özellikleri, hâttâ ruh sağlığı bozuklukları sıklıkla kurbanın karşılaştığı zorlukları açıklar. Alkol bağımlısı erkeklerde görülen özkıyım girişiminde diğer stres kaynakları işsizlik ve maddi sıkıntılar iken; depresif, alkol bağımlısı olmayan erkek kurbanlarda yaşam stresi daha çok bedensel hastalıklar ile ilişkilidir. Olumsuz olaylar ve tek başına yaşamının alkol bağımlısı erkeklerde özkıyım girişimi oranını artırıcı etkisi vardır. Özkıyım girişiminde bulunmuş alkol bağımlısı kişilere ve yakın çevresindekilere mümkün olan tüm sosyal destek sağlanmalıdır (Lonnqvist 2000).

Kadınlarda psikososyal stres olayları özkıyım ile daha az bağlantılıdır. Depresyon ve kişiler arası iliş-

kilerin kötü olması, kadınlarda özkıyım girişimini daha sık tetikleyen bir etkidir (Heikkinen ve ark. 1995, Lewis ve ark. 1998).

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yalnız yaşayan veya boşanmış insanlar WHO çalışmalarına sık konu olan özkıyım girişimcileridir (Schmidtke ve ark. 1996). Hollanda'nın batısında bir bölge olan Leiden'de özkıyım girişimleri boşanmış kadınlarda ve boşanmış erkeklerde en yüksektir, evlilerde ise bu oran oldukça düşüktür (Arensman ve ark. 1982). Genel topluma oranla eğitim düzeyi düşük, işsiz ve bedensel hastalığı olan kişilerde özkıyım girişimi oranı belirgin bir şekilde yüksektir.

Sosyoekonomik yıkım, psikiyatrik problemlere ve özkıyım girişimi düşüncesine yol açabilir (Gunnell ve ark. 1995, Congdon 1996). Aslında özkıyım girişimi riski, sosyoekonomik durumun çok iyi veya çok kötü olduğu durumlarda yüksektir ve bu risk âni değişiklikleri (azalma veya artma yönünde) takiben artmaktadır. Ayrıca eğitim düzeyleri yüksek veya düşük bireylerde özkıyım girişimi riskinin az olduğu belirtilmiştir (Tondo ve Baldessarini 2001).

CİNSİYET ve YAŞ

Yapılan bütün çalışmalarda bayanlarda özkıyım girişimi oranının erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Ortalama olarak bayanlarda oran erkeklerle göre 1,5 kat daha fazladır. Amerika'da yaklaşık her iki saate bir 15-24 yaş arası genç erişkinlerde özkıyım girişimi olmaktadır. Ancak bu genç erişkinlerde ölümle sonuçlanan özkıyım girişimi oranı 200:1 iken, (Langley ve ark. 1984) bu oran bütün toplumda 8:1- 33:1'dir (Paykel ve ark. 1974). Genç yaş grubunda özkıyım, kazalar ve ev kazalarını takiben ölüm nedenlerinden üçüncü sırada yer alır (Mitchell ve ark. 2005).

Amerika'da yaşlı bireylerde özkıyım girişimi oranı oldukça yüksektir. Altmış beş yaşın üzerinde özkıyım girişimi oranı tüm toplumdan %50 daha yüksektir. Yaşlılarda özkıyım düşüncesi sıklığı değişkenlik göstermekle birlikte, bu kişiler özkıyım düşüncelerinin olduğunu gençlerden daha az kabûl ederler (Blazer ve ark. 1986, Duberstein ve ark. 1999). Epidemiyolojik çalışmalara göre gençlerde özkıyımı kabûl etme oranı %16 iken (Gaynes ve ark. 2004) bu oran yaşlılarda %6'dan daha düşüktür (Schwab ve ark. 1972).

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

hastalıkların varlığı, sağlık durumunun zayıf olması, kontrol edilemeyen ağrı veya kronik hastalık, sosyal izolasyon ve yalnızlık, sosyal yaşamlarında belirgin bir değişiklik ve sıklıkla tanısı konulamayan depresyon özkıyım eğilimi arttırmaktadır (Mitchell ve ark. 2005).

RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARI ve ÖZKIYIM

Birçok psikiyatrik durum çocukluk çağı ve genç yaş özkıyım girişimleri ve tamamlanmasıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kızlarda depresyon özkıyım için tek başına çok ciddi bir risk faktörü olmakla birlikte, özkıyım girişiminde bulunan erkekler manik atak, düşünce bozuklukları, madde bağımlılığı ve saldırganlık gibi çok çeşitli psikiyatrik tanı ve semptomlara sahip olma eğilimindedirler. Ailesinde özkıyım öyküsü olan erkeklerde, kızlara göre özkıyım düşüncesi ve girişimi daha erken yaşlarda başlamaktadır (Parrish ve ark. 2005).

Zihinsel bozukluklar ve demans haricindeki tüm ruh sağlığı bozukluklarında özkıyım riski artmıştır. İşlevsel zihinsel bozukluklarla birlikte madde bağımlılığı da varsa özkıyım riski iki kat artar; ayrıca tek başına madde bağımlılığında özkıyım riski organik bozukluklara göre iki kat fazladır (Lonnqvist 2000). Çocukluk çağı ve gençlik dönemindeki özkıyım risk faktörleri arasında madde bağımlılığı; önceki özkıyım girişimleri ve depresyondan sonra üçüncü sırada yer alır. Özellikle genç kızlarda sık bir durum olan intravenöz madde kullanımı hem bir risk faktörü hem de özkıyımı tamamlama yöntemidir (Parrish ve ark. 2005). Özkıyım girişimine en çok neden olan etken daha öncesinde özkıyım öyküsünün varlığıdır. Bu durumda özkıyım riskini normâlden 40 kat arttırmaktadır (Tablo 3) (Lonnqvist 2000). Anoreksiya nervroza ve majör depresyonda risk 20 kat ve diğer duygu durum bozuklukları ve psikozda ise 10-15 kat artmıştır. Anksiyete, kişilik bozuklukları ve madde bağımlılığında özkıyım riski düşük seviyelerdedir, ama beklenen değerden beş - on kat artmıştır. Madde bağımlılığında risk, maddenin cinsine bağlıdır; alkol, haşhaş ve nikotin bağımlılarında risk diğerlerine göre oldukça düşüktür (Harris ve ark. 1997). Ancak bir merkezî sinir sistemi baskılayıcısı olarak alkol depresyon ve anksiyetenin etkilerini şiddetlendirir ve karar verme yeteneğini bozar (Parrish ve ark. 2005). Başka bir kaynağa göre ise alkol bağımlılığı özkıyım girişimi riskini tek başına %19-27 oranında arttırmaktadır. Alkol bağımlısı olan hastalarda birçok risk faktörü tespit edilmiştir. Bu risk faktörleri

depresyon atağı, sosyal desteğin zayıflığı, işsizlik, tek başına yaşama, ciddi hastalıklardır (Canapary ve ark. 2002). Alkol veya madde bağımlısı olan kişiler ayrıca altta yatan bir depresif veya diğer psikiyatrik hastalığı bu madde ile tedavi etme niyetinde olabilirler (Goldney 2002).

ÂİLESEL FAKTÖRLER

Özkıyım nedeniyle ölen gençlerin karışık bir aile özgeçmişleri olduğu görülmektedir. Boşanmayı takiben âilenin dağılması olumsuz bir etken olarak kabul edilir. Özellikle birinci dereceden akrabalarda özkıyım öyküsünün varlığı, özkıyım riskinde artışa yol açar. Genç özkıyım risk faktörleri arasında önde gelen nedenlerden birisi de aile öyküsünde madde bağımlılığı, şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyon olmasıdır (Parrish ve Tunkle 2005).

STRES FAKTÖRLERİ ve SON DÖNEM TETİKLEYİCİLER

Öldürücü yöntemlere kolayca erişebilme ve cinsel travma öyküsü, aile içi şiddete mâruz kalma ve ailede özkıyım öyküsü genç özkıyımları için diğer risk faktörleridir. Gençlerde özkıyım girişimini tetikleyen olaylar; akranları tarafından reddedilme, utandırıcı olaylar ve duygusal yönden hayal kırıklığına uğrama nedeniyle bozulan ilişkiler; akademik yaşamda karşılaşılan güçlükler, göç ve yetersiz aile desteğidir. Gelişimsel olarak bu gibi krizlere mâruz kalan gençler aile bireylerinden çok, akranlarından destek bulma eğilimindedirler. Aynı yaştaki akranlar bu gibi krizlerde yeterli desteği sağlayamayabilir veya kişiyi yanlış yönlendirebilirler. Kendi yaş grubundaki kişiler, özkıyım riskini fark edemeyerek veya özkıyım eğilimi arttıran bir yaklaşımla yanıt vererek, gençlerin ümitsizlik nedeniyle özkıyım duygularını daha da şiddetlendirebilirler (Parrish ve Tunkle 2005).

Bâzı çalışmalarda, cinsel uyum krizi ve genç özkıyımları arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Tahminlere göre homoseksüel gençlerde ciddi özkıyım girişimleri dört misli daha fazladır (Parrish ve Tunkle 2005).

ÖZKIYIM GİRİŞİMİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Kişinin özkıyım yöntemi seçiminde fizik koşullar, kişinin şiddet öğeleri içeren bir ölüm seçme eğilimi ve ölüm fikrinin ciddiyeti gibi çeşitli faktörler rol oynar (Yanturalı 2000). Örneğin yüksek bina ve köprülerin bulunduğu yerlerde yüksekte atlama sık görü-

lürken, ateşli silâhların sık bulunduğu bölgelerde ateşli silâhlarla özkıyım girişimlerine daha sık rastlanmaktadır. Evde ateşli silâh bulunması bağımsız bir risk faktörü olmakta ve genç erişkinlerde özkıyım girişimi riskini 5–10 kat arttırmaktadır (Marzuk 1992). Özkıyım girişiminde kullanılan yöntemlerin ülkeler arasında farklı olması, kolay erişilebilen yöntemlerin farklı olması nedeniyledir (Kerkhof 2000).

Özkıyım girişimcilerinin kullandıkları yöntemler genellikle kişiye yönelik zarar verici yöntemler değildir (Kerkhof 2000). En sık uygulanan özkıyım girişimi yöntemi ilaç alımıdır (%72); fakat ölüm ile sonuçlanan özkıyım girişimlerinde en sık kullanılan yöntem ateşli silâhlardır (%70) (Birkhead 1993). En sık kullanılan ilaç grubu ise antidepresanlardır. Trisiklik antidepresanların sık kullanılmaları ve potansiyel ölümcül etkilerinin yüksek olması nedeniyle bu grup ilaçlar ile olan özkıyım girişimleri daha ölümcül seyretilmektedir. Fakat son zamanlarda geliştirilen ve antidepresan etkililiği trisiklik antidepresanlar kadar güçlü olabilen fluoksetin, sertralin ve paroksetin gibi serotonin geri alım inhibitörlerinin potansiyel ölümcül etkileri daha azdır. Bu grup ilaçların kullanıma girmeleriyle ilaç alımı sonucu görülen ölümlerin azalacağı düşünülmektedir (Marzuk 1992).

WHO tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada erkeklerin yüzde 64'ünün, kadınların yüzde 80'inin kendilerini zehirlenme yöntemini seçtikleri tespit edilmiştir. Avrupa ülkelerinde özkıyım girişimi sırasında kullanılan yöntemler farklıdır. Örneğin Macaristan'da erkeklerin yüzde 19'unun, kadınların ise yüzde 15'inin pestisid, herbisid veya diğer toksik kimyasallar ile kendilerini zehirledikleri saptanmıştır. Yaşlı erkeklerin ise genel olarak yüksekte atlama veya hareket halindeki bir aracın önüne atlama yöntemlerini tercih ettikleri görülmüştür. Eylem sırasında veya eylem öncesinde bilinçsiz hâle gelmek veya ölüm riskini arttırmak amacıyla, bâzen özkıyım girişimine bir hazırlık veya bir özkıyım yöntemi olarak alkol alınabilir. Oxford'da yapılan bir çalışmada özkıyım girişiminde bulunanların yüzde 28'inde alkol ve/veya ilaç kötüye kullanımı tesbit edilmiştir (Kerkhof 2000).

BİR ÖZKIYIM YÖNTEMİ OLARAK ZEHİRLENME

Kendi kendini zehirlenme, özkıyım girişimi için sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. "Zehir" terimi ilk olarak MS 1230 yıllarında İngiliz literatüründe ölümcül karışımlarla hazırlanan ilaç dozu veya yutumunu tanımlamak için kullanılmıştır (Oxford English Dicti-

onary 1989, Thompson 1931). Buna rağmen zehirler ve zehirlenmenin geçmişi binlerce yıla dayanır (Wax 2002).

Zehirlenme, bir canlı organizmanın, işlevlerini olumsuz yönde etkileyen kimyasal ile karşı karşıya gelmesi olarak tanımlanabilir (Wax 2002). Zehirlenmeye etken mârüz kalma meslekî, çevresel, eğlence sonucu veya tıbbî nedenler ile olabilir. Zehirlenme, zehirli maddenin farklı giriş yolları sonucu vücuda alınması ile gelişebilir; zehir inhalasyon yolu ile, ağız, cilt ve müköz membranlar aracılığıyla sindirim sistemi yolu ile veya enjeksiyon yolu ile alınabilir. Zehirler gaz veya buhar formunda ve tozda asılı olarak havadan kaynaklanabilir. Kostikler veya tahriş ediciler cildi direkt olarak etkileyebilirler veya toksin, cilt boyunca geçip içyapıları etkileyebilir. Ayrıca tıbbi ilaçların veya suiistimal edilen ilaçların damar içi veya cilt altı enjeksiyonları ile parenteral mâruziyeti de görülür (Hack 2004). Birleşik Devletler'de 2000 yılında zehir merkezlerinde iki milyonun üzerinde kişinin toksik maddeye maruz kaldığı bildirilmiştir. Bunların hemen hemen yarısı altı yaşından küçük çocuklardır. Bâzi uzmanlara göre Birleşik Devletlerde ölümlerin en sık üçüncü nedeni zehirlenmelerdir. Zehre bağlı ölümlerin sıklığı 1985- 1995 yılları arasında Birleşik Devletler'de yüzde 300 artmıştır. Her ne kadar bu maruz kalımların çoğu kaza olarak bildirilse de çoğu önlenemez durumlardır (Hack 2004). Son yıllarda âcil servise başvuran hastalarda ağız yoluyla olan zehirlenmelerde artış olduğu ve bu hastaların %3-15'inin ölümle sonuçlanan özkıyım girişimini tekrarladıkları ortaya çıkmıştır (Guthrie 2001). Amerika zehir danışma merkezi (AAPCC) raporlarına göre 2002 yılında iki milyon üç yüz seksen bin zehirlenme olgusu rapor edilmiş ve 2001 yılına göre zehirlenme olgularında %4.9 oranında artış olmuştur (Watson 2003).

Ülkemizde yılda 150.000 zehirlenme olayının meydana geldiği tahmin edilmektedir (Kalaycı 1994). Sağlık bakanlığı verilerine göre 2001 yılında Türkiye'de 11.672 kişi zehirlenme nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmuştur (Health Statistics Year Book 2000).

Son yıllarda Türkiye'de ilaçlara bağlı ölümlerin oranı artmıştır (Elmas 1993, Kolusayın 1993, Colak 2006). İlaçlara bağlı ölümlerin araştırılmasında en yararlı yöntem toksikolojik araştırmalar ve otopsilerdir (Colak 2006). Bir ülkede ilaç sorunlarının değerlendirilmesinde en önemli nokta ilaçlara bağlı ölüm-

lerinin sayısını tesbitidir (Steentoft 2000, Kringsholm 1998).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada 1997–2001 yılları arasında zehirlenmelere bağlı toplam 3875 ölüm vak’ası bildirilmiştir. Bunların 374’ü (%9,7) ilaç doz aşımı veya toksisitesine bağlıdır. En yüksek ölüm oranı İstanbul’da (286 hasta; %76,5) bulunmuş, bunu Gaziantep (30 hasta; %8) takip etmiştir. İlaçlara bağlı ölümlerin yaş ortalaması 34 olarak tesbit edilmiştir. Bunların %71,9’u 40 yaşın altındadır. Yapılan bu çalışmanın sonuçları Tablo 5’de gösterilmiştir (Colak 2006).

Mafenson ve Greensher, belli toksinler sonucu gelişen belirti ve semptomların gruplarını tanımlamak için toksik sendromlar kelimelerinden “toksidrom” terimini türetmişlerdir (Mafenson ve Greensher 1970). Tüm yaşam belirtileri içinde klinik olarak en duyarlı göstergeler tipik olarak nabız ve kan basıncıdır. Başvuru sonrasında hasta değerlendirilirken toksidromlar oldukça yararlıdır. Bununla birlikte alınan veya maruz kalınan maddenin gerçekte ortaya çıkış şekli tanımlanan bu sendromlardan çok farklı bir şekilde de olabilir (Mafenson ve Greensher 1970, Goldfrank 2002). Tipik toksik sendromları Tablo 6’da açıklanmıştır (Hack ve Hoffman 2004).

Karşılaşılan problemlerde çözüm yolunun bulunamaması durumunda özkıyım girişimi hem bir alternatif çözüm yolu, hem de kendini ifade etme şekli olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişiler arası yaşanan problemler ve maddi problemler, bu girişimlerin en önemli nedenleri gibi görülmektedir (Kekeç 2000). Bu kişilere yardımcı olabilmenin ve tekrar özkıyım girişiminden korumanın yöntemi, özkıyım girişimi nedeniyle başvuran her hastanın tedavisi tamamlandıktan sonra psikiyatri kliniği ile görüşmesinin sağlanmasıdır.

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

KAYNAKLAR

- Yanturalı S (2000) Acil Serviste İntihar Düşüncesi Olan Hastaya Yaklaşım. *Acil Tıp Dergisi*, 3. Âcil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı: 246–253.
- Kerkhof AJ, Arensman E (2000) Attempted suicide and deliberate self harm: epidemiology and risk factors. Geldner MG, Lopez JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford Text Book of Psychiatry Volume 1*, 1039–1045.
- Morgan HG, et al (1976) Deliberate self harm: a follow up study of 279 patients. *Brit J Psychiatry*; 128: 361–368.
- Kreitman N, et al. (1969) Parasuicide. *Brit J Psychiatry*; 115: 746–747.
- McAlpine DE (1987) Suicide: recognition and management. *Mayo Clin Proc*; 62: 778.
- Simon RI (1989) Silent suicide in the elderly. *Bull Am Acad Psychiatry Law*; 17: 778.
- Lonnqvist JK (2000) Epidemiology and Causes of Suicide. Geldner MG, Lopez JJ, Andreasen N, editors. *New Oxford Text Book of Psychiatry Volume 1*, 1033–1039.
- Isometsa ET, Lonnqvist JK (1998) Suicide attempts preceding completed suicide. *Brit J Psychiatry*; 173: 531–536.
- Schmidtke A, Schaller S. (1998) What do we know about media effects on imitation of suicidal behaviour: state of the art. In *suicide prevention: a holistic approach*; 121–137. Kluwer, Dordrecht.
- The Center for Disease Control and Prevention. Program for the prevention of suicide among adolescents and young adults. (1994) *Morbidity and Mortality Weekly reported*; 43:3–7.
- Langley GE, Byatt NN (1984) Suicides in Exe Vale Hospital 1972–1981. *Br J Psychiatry*; 145: 463–467.
- Paykel ES, et al. (1974) Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*; 124: 460–469.
- Hawton K, Fagg J (1992) Trends in deliberate self poisoning and self injury in Oxford, 1976–1990. *Brit Med J*; 304: 1409–1411.
- Platt S, et al (1988) Recent clinical epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: a tale of two cities. *Psychological Med*; 18: 405–418.
- Hawton K, et al (1997) Trends in deliberate self harm in Oxford, 1985–1995. *Brit J Psychiatry*; 171: 556–560.
- Goldney RD, Harrison J (1998) Suicide in the elderly: some good news. *Aust. J Ageing*; 17: 54–55.
- Goldney RD (2002) A global view of suicidal behaviour. *Emergency Med*; 14: 24–34.
- Hoyer G, Lund E (1993) Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry*; 50: 134.
- Appleby L (1991) Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*; 302: 137.
- Farberow NL (1997) The Psychology of Suicide: Past and the Present. *Suicide: Biopsychosocial Approaches*. Bot-

- sis AJ, Soldatos CR, Stefanis CN, editors. Amsterdam: Elsevier, 147-163.
- Maris RW (1981) Pathways to suicide. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Maris RW (1997) Social and familial risk factors in suicidal behavior. *Psychiatric Clin North Am*; 20: 519-550.
- Roy A, et al (1999) Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry*; 60 (Suppl 2): 12-17.
- Neeleman J, et al (1997) Tolerance of suicide, religion and suicide rates: an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psycholog Med*; 27: 1165-1171.
- Heikkinen ME, et al (1995) Social factors in suicide. *Brit J Psychiatry*; 167: 747-753.
- Lewis G, Slogget A (1998) Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *Brit Med J*; 317: 1283-1286.
- Schmidtke A, et al (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/ EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 93: 327-338.
- Arensman E, et al (1982) Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands. *J Epid Commun Health*; 49: 285-289.
- Gunnel DJ, et al (1995) Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admission and socioeconomic deprivation. *BMJ*; 311:226-230.
- Congdon P (1996) Suicide and parasuicide in London; a small- area study. *Urban Studies*; 1: 137-158.
- Tondo L, Baldessarini RJ (2001) Suicide: causes and clinical management. Eriřim (www.medscape.com). Eriřim tarihi 15.03
- Mitchell AM, et al (2005) Suicide assessment in hospital emergency departments: implications for patients satisfaction and compliance. *Top Emerg Med*; 27: 302-312.
- Blazer DG, et al (1986) Suicide in late life: review and commentary. *J Am Geriatr Soc*; 34: 519-525.
- Duberstein PR, et al (1999) Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *Am J Geriatr Psychiatry*; 7: 289-296.
- Gaynes BN, et al (2004) Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*; 140: 822-837.
- Schwab JJ, et al. (1972) Suicidal ideation and behaviour in a general population. *Dis Nerv Syst*; 33: 145-148.
- Parrish M, Tunkle J (2005) Clinical challenges following an adolescent's death by suicide: bereavement issues faced by family, friends, schools and clinicians. *Clin Social Work J*; 33: 81-102.
- Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as outcome for mental disorders: a meta- analysis. *Brit J Psychiatry*; 170: 205-208.
- Canapary D, et al (2002) Assessing risk for completed suicide in patients with alcohol dependence: clinicians views of clinical factors. *Prof Psychol Res Pract*; 33: 464-469.
- Marzuk PM, et al (1992) The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry*; 49: 451.
- Birkhead GS, et al (1993) The emergency department in surveillance of attempted suicide: findings and methodologic considerations. *Public Health Rep*; 108: 323.
- Oxford English Dictionary (1989) 2nd Edition. Oxford: Clarendon Press.
- Thompson CJ (1931) Poisons and Poisoners. London: Harold Shaylor.
- Wax PM (2002) Historical principals and perspectives, Goldfrank L R, Flomenbaum N E, Lewin N A, Howland M A, Hoffman R S, Nelson L S. *Toxicologic Emergencies*. 7th edition, United States of America: Appleton & Lange;1.
- Hack JB, Hoffman RS (2004) Toxicology and Pharmacology. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, *Emergency Medicine* 6th edition, New York: Mc Graw Hill CO; 156: 1015-1022.
- Guthrie E, et al (2001) Randomized controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self- poisoning. *BMJ*; 323:135-138.
- Watson WA, et al (2003) 2002 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Am J Emerg Med*; 21:353-411.
- Kalaycı AG. (1994). Çocukluk çağında zehirlenme nedenleri. *Yeni Tıp Dergisi*; 11: 4
- Health Statistics Year Book 2000.(2001).Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health.
- Elmas I, et al (1993) Deaths from overdose drug use. Kulusayın O, ed Poster Presentation Book: 7th National Forensic Meeting, November 1- 5, Antalya, Turkey; 275-278.
- Kulusayın O, et al (1993) Narcotic drugs- associated deaths in the forensic autopsy material in Istanbul (in Turkish). *J Forensic Medicine*; 9:45-51.
- Agritmis H, et al (2002) Deaths of drug addict between 1998- 2000. Canturk G, Agritmis H, editors. Congress Book: Annual Forensic Medicine Meetings, May 16- 19, Antalya, Turkey; 167-174.
- Colak B, et al (2006) Deaths from drug overdose and toxicity in Turkey 1997- 2001. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*; 27(1):50-54.
- Steentoft A, et al (2000). Heroin related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996. *Drug Alcohol Depend*; 60:141-150.
- Kringsholm B. (1998) Deaths among drug addicts in Denmark in 1968- 1986. *Forensic Sci Int*; 38:139-149.
- Mofenson HC, Greensher J (1970) The nontoxic ingestion. *Pediatr Clin North Am*; 17:583-590.
- Goldfrank LR, et al (2002) Vital signs and toxic sendroms.

-
- Goldfrank L R, Flomenbaum N E, Lewin N A, Howland M A, Hoffman R S, Nelson L S. Toxicologic Emergencies. 7th edition, United States of America: Appleton & Lange; 255-256.
- Pınar A, et al (1993) Acute poisoning in İzmir, Turkey- a pilot epidemiologic study. J Toxicol Clin Toxicol; 31:593-691.
- Kekeç Z ve ark (2000) Özkıym girişimi nedeniyle acil servise başvuran hastalarda hazırlayıcı etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1:157-161.