

Özkıyım Girişimlerinin Klinik Sonuçları: Hastane İçi Ölüm ve Tıbbi Öneriye Rağmen Tedavi Terk



İD Hüseyin DÖNGELLİ^{1*}, İD Melis KILINÇ¹, İD Seda MISIRLIOĞLU SÜCAN¹, İD Çağatay ÇAKIR¹,
İD Binnaz AKINCI¹, İD Ahmet PEKER¹, İD Mehmet YAVUZ²

ÖZET

Amaç: Özkıyım girişimleri önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, özkıyım girişimi sonrası hastane içi ölüm ve Tıbbi Öneriye Rağmen Tedavi Terk (TÖRT) olma ile ilişkili etmenleri analiz etmektir.

Yöntem: Ocak 2009–Aralık 2024 tarihleri arasında acil servise özkıyım girişimi ile başvuran erişkin bireylerin dâhil edildiği geriye dönük, kayıt temelli, tek merkezli gözlemsel bir çalışmadır. Veriler hastane bilgi yönetim sistemi, hasta dosyaları ve adli bildirim kayıtlarından elde edilmiştir. Hastane içi ölüm ve TÖRT ile ilişkili etmenler lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 2.909 birey (ortalama yaş 30±12 yıl; %64,4'ü kadın) çalışmaya dâhil edilmiştir. En sık kullanılan özkıyım yöntemi ilaç alımıdır (%84,2). Hastane içi ölüm sıklığı %2,2 (n=63) olarak gözlenmiştir; en yüksek ölümcüllük %94,1 ile beş kat ve üzeri yüksekten atlama girişimlerinde saptanmıştır. Çok değişkenli analizde ileri yaş (OR: 1,04; %95 GA: 1,02–1,06), erkek cinsiyet (OR: 4,40; %95 GA: 2,29–8,43), şizofreni tanısı (OR: 3,63; %95 GA: 1,02–12,88) ve alkol kullanımı (OR: 2,38; %95 GA: 1,34–4,24) hastane içi ölümün bağımsız yordayıcıları olarak belirlenmiştir. Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk olguların %53,8'inde (n=1.564) görülmüş olup; daha genç yaş, geçmiş özkıyım girişimi öyküsünün olmaması ve bireyde psikiyatrik tanı bulunmaması ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Bu bulgular, hem TÖRT hem de hastane içi ölüm riski taşıyan bireylerin bireye özgü özellikler temelinde ve etkin bir yaklaşımla yönetilmesi gerektiğini göstermekte; özkıyım girişimi sonrası bakım süreçlerine yönelik önleme stratejileri ve klinik rehberlerin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hastane içi ölüm, özkıyım, risk etmenleri, tedavi reddi, tıbbi öneriye rağmen tedavi terk

ABSTRACT

Clinical Outcomes Following Suicide Attempts: In-Hospital Mortality and Discharge Against Medical Advice

Objective: Suicide attempts remain a major public health concern worldwide. This study aimed to analyze factors associated with in-hospital mortality and treatment Discontinuation Againsts Medical Advice (DAMA) following suicide attempts.

Methods: This retrospective, record-based, single-center observational study included adult patients who presented to the emergency department after a suicide attempt between January 2009 and December 2024. Data were obtained from the hospital information system, medical records, and forensic notification files. Factors associated with in-hospital mortality and DAMA were evaluated using logistic regression analyses.

Results: A total of 2,909 individuals were included (mean age 30±12 years; 64.4% female). Drug ingestion was the most common suicide method (84.2%). In-hospital mortality was observed in 2.2% of cases (n=63), with the highest lethality rate (94.1%) among individuals who attempted suicide by jumping from heights of five floors or higher. In multivariable analysis, older age (OR: 1.04; 95% CI: 1.02–1.06), male sex (OR: 4.40; 95% CI: 2.29–8.43), schizophrenia (OR: 3.63; 95% CI: 1.02–12.88), and alcohol use (OR: 2.38; 95% CI: 1.34–4.24) were identified as independent predictors of in-hospital mortality. Discontinuation against medical advice (DAMA) occurred in 53.8% of cases (n=1,564) and was significantly associated with younger age, absence of a prior suicide attempt, and fewer psychiatric comorbidities.

Conclusions: Suicide attempt aftercare should extend beyond acute medical stabilization and incorporate proactive, individualized strategies aimed at improving patient engagement and mitigating method-specific risks.

Keywords: Discharge against medical advice, in-hospital mortality, risk factors, suicide, treatment rejection

Atf için: Döngelli H, Kılınç M, Mısırlıoğlu Sücan S, et al. (2026) Clinical Outcomes Following Suicide Attempts: In-Hospital Mortality and Discharge Against Medical Advice. *Türk Psikiyatri Derg* 37:114–124. <https://doi.org/10.5080/u27830>

Geliş Tarihi: 17.10.2025, **Kabul Tarihi:** 15.03.2026, **Yayın Tarihi:** 20.07.2026

¹Uzm., Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir; ²Uzm., Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir, Türkiye

Hüseyin Döngelli, e-posta: drhuseyindongelli@gmail.com

GİRİŞ

Özkıyım, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 700.000 kişi özkıyım nedeniyle yaşamını yitirmekte olup, bu ölümler özellikle genç yaş gruplarında belirgin bir erken ölüm yükü oluşturmaktadır (WHO, 2025). Özkıyım, 15–29 yaş aralığında üçüncü en sık ölüm nedeni olup, erkeklerde özkıyıma bağlı ölüm sıklığı kadınlara kıyasla daha yüksektir (WHO, 2025).

Türkiye verileri de bu küresel eğilimlerle uyumludur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine dayalı çalışmalarda, 1995–2019 yılları arasında toplam 66.819 özkıyım olgusu bildirilmiş ve olguların %68,3'ünün erkeklerde gerçekleştiği gösterilmiştir (Kartal ve ark. 2022). En yüksek risk grubunu 15–24 yaş aralığındaki bireyler oluşturmakta olup, en sık kullanılan yöntem tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyette ası olarak bildirilmiştir (Kartal ve ark. 2022). Daha güncel TÜİK verilerini kapsayan analizlerde, Türkiye'de özkıyım hızlarının özellikle 2017 yılından itibaren anlamlı biçimde arttığı ve bu artışın erkeklerde daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Zencirci ve ark. 2025).

Özkıyımın toplumsal etkisi yalnızca ölüm sayılarıyla sınırlı olmayıp, ciddi bir ekonomik ve üretkenlik kaybına da yol açmaktadır. Türkiye'de 2012–2023 dönemini kapsayan bir çalışmada, özkıyıma bağlı erken ölümlerin toplam ekonomik kaybının yaklaşık 10,8 milyar ABD dolarına ulaştığı, yıllık ortalama kaybın ise yaklaşık 898 milyon ABD doları olduğu hesaplanmıştır (Zencirci ve ark. 2025). Aynı çalışmada, özkıyıma bağlı her bir ölümün ortalama 37 yıl yaşam kaybına karşılık geldiği ve bu kaybın özellikle çalışma çağındaki bireylerde yoğunlaştığı bildirilmiştir.

Türkiye'de özkıyım hızları cinsiyet ve yaş gruplarına göre belirgin farklılıklar göstermektedir. Erkeklerde özkıyım hızı kadınlara göre yaklaşık üç kat daha yüksek bulunmuş; en yüksek hızlar 20–29 yaş grubunda saptanmıştır (Emiral ve ark. 2021). Yöntem açısından değerlendirildiğinde, ası her iki cinsiyette en sık yöntem olmakla birlikte, ateşli silah kullanımı erkeklerde, kimyasal maddelerle zehirlenme ve yüksekten atlama ise kadınlarda daha sık bildirilmiştir (Emiral ve ark. 2021).

Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk (TÖRT) ise son yıllarda özellikle dikkat çeken bir olgu haline gelmiştir. Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk sıklığı, hastanede yatan gençlerde %0,8 olarak bildirilirken, zehirlenme nedeniyle yatan yetişkinlerde %27,1'e ve genel acil servis başvurularında %36,9'a kadar yükselmektedir (Gwun ve ark. 2019, Elik ve ark. 2022, Pierson ve ark. 2024). Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk, yineleyen özkıyım girişimleri için iyi bilinen bir risk etmenidir (de la Torre-Luque ve ark. 2023). Yüz on çalışmanın 248.829 kişiyi kapsayan bir meta-analizinde, bireylerin %20'sinin

tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunduğu, kadınlarda, kendini kesme yöntemini kullananlarda ve psikiyatrik bozukluğu olanlarda risk daha yüksek olduğu; buna karşın, özellikle psikoterapi temelli koruyucu müdahalelerin yineleme sıklığını anlamlı biçimde azalttığı bildirilmiştir (de la Torre-Luque ve ark. 2023).

Tekrarlayan özkıyım girişiminde bulunan bireylerde genellikle daha ağır psikopatoloji gözlenmektedir; bu bireylerde depresyon, özkıyım düşüncesi ve umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir (Lübbert ve ark. 2021). Ayrıca ailede özkıyım öyküsü, çocukluk döneminde duygusal istismar ve olumsuz kişilik özellikleri (örneğin olumsuz duygulanım altında dürtüsellik, heyecanlılık, saldırganlık ve öfke) daha sık bildirilmektedir (Lübbert ve ark. 2021). Kullanılan yöntemin ölümcüllüğü de önemli bir belirleyicidir. Hastaneye yatırılan kendine zarar verme olgularını içeren geniş bir kohortta, vakaların %9,5'i (çoğunlukla ateşli silah kullanımıyla) ilk olay sırasında yaşamını yitirmiştir; hayatta kalanlarda ise bir yıl içinde ölümcül olmayan yineleme sıklığı %11,7, özkıyım sonucu ölüm sıklığı ise %0,8 olarak saptanmıştır (Thomas ve ark. 2021). Önemli olarak, bireylerin çoğunun farklı girişimlerde yöntem değiştirdiği görülmüş, bu durum yonteme özgü ölümcüllük düzeyinin yanı sıra altta yatan psikiyatrik ya da madde kullanım bozukluklarının yordayıcı rolünü vurgulamıştır (Thomas ve ark. 2021).

Majör depresif bozukluk, artmış öfke ile ilişkili duygulanım düzenleme güçlükleri, kendini eleştiren ya da bağımlı özellikler gösteren işlevsiz benlik şemaları, işsizlik ve olumsuz erken ebeveynlik deneyimleri gibi bireysel ve çevresel kırılganlıkların, özkıyım davranışı açısından önemli risk etmenleri olduğu bildirilmiştir (Maino ve ark. 2019). Buna karşın, yaşamı sürdürmeye yönelik inançlar ve baş etme kaynakları, özkıyıma yönelik ahlaki engelleyici tutumlar ve güçlü ebeveyn bağları koruyucu etmenler arasında yer almakta; belirli gelişimsel dönemlerdeki bireylerin ise daha yüksek duyarlılık göstermektedir (Maino ve ark. 2019). Kullanılan yöntemin seçimi, sonuçlar üzerinde güçlü bir belirleyici etkidedir. İsveç'te 48649 hastaneye yatırılmış özkıyım girişimcisi kapsayan bir kohortta, ası, boğulma veya nefessiz kalma girişiminde bulunanların en yüksek sonraki özkıyım riskine sahip oldukları, bu bireylerin yarısından fazlasının nihayetinde özkıyım sonucu yaşamını yitirdiği ve bu ölümlerin çoğunun ilk yıl içinde gerçekleştiği bildirilmiştir (Runeson ve ark. 2010). Ateşli silah, gaz, yüksekten atlama ve suda boğulma yöntemleri de yüksek ölümcüllüğe sahipken, zehirlenme ve kesici aletle kendine zarar verme yöntemleri daha düşük uzun dönem ölüm riski ile ilişkilidir (Runeson ve ark. 2010). Otuz dört çalışmayı içeren bir meta-analiz de bu bulguları desteklemiş, ateşli silah (%89,7) ve asının (%84,5) en ölümcül yöntemler olduğunu; bunu suda boğulma (%80,4), gaz zehirlenmesi (%56,6), ilaç alımı (%8,0) ve kesici aletle kendine zarar verme (%4,0) yöntemlerinin izlediğini göstermiştir (Cai ve ark. 2022).

Özkıyımsal davranışlara ilişkin kapsamlı araştırmalara karşın, hastane içi ölüm ve TÖRT'nin belirleyicileri yeterince aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada bireylerin demografik özelliklerinin, psikiyatrik eşlik eden tanıların varlığının ve özkıyım yöntemlerinin bu sonuçlar üzerinde temel belirleyiciler olduğu varsayılmıştır. Buna göre, bu çalışma Ocak 2009–Aralık 2024 arasındaki kayıtları kapsayan özkıyım girişimlerinin klinik özelliklerini, yöntemle özgü ölümcüllük düzeylerini ve TÖRT sıklığını kapsamlı biçimde analiz ederek, artmış riskle ilişkili temel etmenleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Çalışma Tasarımı

Bu geriye dönük, kayıt temelli gözlemsel çalışmada, üçüncü basamak bir hastanede 15 yıllık bir süre boyunca acil servise özkıyım girişi ile başvuran erişkin bireyler incelenmiştir. Özkıyım girişi olan bireyler, hastane bilgi yönetim sistemi ve hasta kartları üzerinden belirlendi. ICD-10'a göre tanı kodları kullanılmış olup, X60–X84 arası kodlar özkıyım girişimlerini kapsamaktadır. Özellikle ilaç/zehirlenme için X60–X64, ası için X70, boğulma için X71, ateşli silah için X72–X74, yüksekten atlama için X80 kodları tercih edilmiştir. Veriler, bu kodlara göre taranmış ve doğrulama amacıyla hasta dosyaları ve adli olgu bildirim formları incelenmiştir. Ocak 2009 ile Aralık 2024 tarihleri arasında özkıyım girişi sonrasında acil servise başvuran 18 yaş ve üzerindeki tüm erişkin bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir. On sekiz yaşından küçük olanlar, temel klinik verileri (örneğin yaş, cinsiyet, girişim yöntemi veya sonlanım) eksik olanlar ve ulusal kimlik numarası bulunmadığı için ulusal sağlık kayıtlarıyla güvenilir biçimde ilişkilendirilemeyen göçmen bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışma döneminde acil servise özkıyım girişi nedeniyle başvuran toplam 3.491 bireyin kayıtları incelenmiştir. On sekiz yaş altı olan 436 birey, göçmen statüsünde olan 35 birey ve temel klinik değişkenlere ait verileri eksik olan 111 birey çalışma dışı bırakılmıştır. Bu dışlama kriterleri sonrasında 2.909 birey çalışmaya dâhil edilmiştir. Birden fazla özkıyım girişi öyküsü bulunan bireylerde, bağımsız gözlem varsayımını korumak amacıyla yalnızca en son özkıyım girişimine ait klinik özellikler analiz edilmiş; bu nedenle önceki girişimlere ait toplam 1.016 tekrar eden özkıyım olgusu analiz dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama ve Değişkenler

Elektronik sağlık kayıtları iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak incelenmiş, görüş ayrılıkları fikir birliğiyle giderilmiştir. Elde edilen veriler; demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, gebelik ve mahkûmiyet durumu), psikiyatrik öykü, eşlik eden hastalıklar, madde kullanımı, özkıyım girişiminin özellikleri, klinik başvuru bulguları, laboratuvar sonuçları, komplikasyonlar ve hastane sonuçlarını içermektedir.

Medeni durum “bekâr”, “evli”, “boşanmış” ve “dul” olarak sınıflandırılmıştır. Gebelik durumu obstetrik konsültasyon veya β -hCG testiyle belirlenmiş. Merkezimizde özkıyım girişiminde bulunan tüm bireylere psikiyatrik değerlendirme uygulanmaktadır. Psikiyatrik öyküde depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarına ilişkin tanımlar yer almıştır. Antidepresan reçetesi bulunan bireyler “antidepresan kullanıcısı” olarak kodlanmıştır. Mevcut olduğunda migren, epilepsi, demans, tip 1 diyabet mellitus ve malignite gibi kronik tıbbi durumlar da kaydedilmiştir.

Kronik alkol kullanımı; erkeklerde haftada >14 standart içki, kadınlarda >7 standart içki tüketimi veya alkol bağımlılığı tanısının belgelenmesi olarak tanımlanmıştır.

Özkıyım girişi öyküsü “yok”, “1”, “2”, “3”, “4” veya “>4” olarak kaydedilmiş ve yalnızca en son başvuru analize dâhil edilmiştir. Özkıyım yöntemleri şu şekilde sınıflandırılmıştır: ilaçla zehirlenme, diğer kimyasal maddelerle zehirlenme (örneğin pestisitler, kimyasallar), kesici/delici aletle kendine zarar verme, yüksekten atlama, ateşli silah kullanımı, ası yoluyla boğulma, diğer boğulma yöntemleri, hareket halindeki bir cismin önüne atlama, diğer yöntemler veya birden fazla yöntemin birlikte kullanımı. Birden fazla yöntemin aynı olayda kullanılması “kombine girişim” olarak tanımlanmıştır.

Klinik Sonuçlar ve Komplikasyonlar

Birincil sonlanım, özkıyım girişiyle ilişkili olarak hastanede yatış süresince meydana gelen ölüm (hastane içi ölüm) olarak tanımlanmıştır. İkincil sonlanımlar arasında TÖRT ve akut böbrek hasarı (KDIGO kriterlerine göre) (Kellum ve ark. 2013), transaminaz yüksekliği (alanin aminotransferaz veya aspartat aminotransferaz düzeyinin normal üst sınırın ≥ 2 katı), hiperlaktatemi (serum laktat >2 mmol/L), şok (vazopressör desteği gerektiren hemodinamik instabilite) ve endotrakeal entübasyon gereksinimi gibi tıbbi komplikasyonlar yer almıştır.

Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk, vakanın tedavi sürecinin başlangıcında veya yatış süresi boyunca herhangi bir aşamada hastaneden kendi isteğiyle ayrılması olarak tanımlanmıştır. Nörolojik durum, acil servise başvuru anında Glasgow Koma Skoru (GKS) ile değerlendirilmiştir.

Etik Onay

Çalışma, hastanemiz Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay No: 2025/396, 29 Ocak 2025). Çalışmanın geriye dönük, kayıt temelli gözlemsel tasarımı nedeniyle bilgilendirilmiş onam gerekliliği kaldırılmıştır. Tüm veriler anonimleştirilmiş ve çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun biçimde yürütülmüştür.

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) sürüm 24.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, uygun durumlarda ortalama $\pm$ standart sapma (SS) veya medyan (çeyrekler arası aralık [ÇA]) olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak ifade edilmiştir.

Gruplar arası karşılaştırmalarda, sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ise Pearson ki-kare testi veya Fisher exact testi kullanılmıştır.

Hastane içi ölüm ve tıbbi öneriye rağmen tedavi terk (TÖRT) ile ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla iki ayrı lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Her iki sonlanım için öncelikle tek değişkenli lojistik regresyon analizleri yapılmış; $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bulunan değişkenler ile klinik olarak anlamlı kabul edilen kovaryantlar (yaş, cinsiyet, medeni durum, psikiyatrik tanılar, alkol ve madde kullanımı, özkıyım yöntemi, GKS skoru ve komplikasyon varlığı) çok değişkenli lojistik regresyon modellerine dâhil edilmiştir.

Regresyon analizlerinin sonuçları odds oranı (OO) ve %95 güven aralıkları (GA) ile raporlanmıştır. Modellerin uyumu ve performansı Omnibus ki-kare testi, Hosmer-Lemeshow uyum testi ve Nagelkerke R^2 katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde iki yönlü $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma Grubunun Özellikleri

Çalışmaya toplam 2909 birey dâhil edilmiştir. Ortalama yaş 30 ± 12 yıl olup (Tablo 1), bireylerin yaklaşık üçte ikisi kadınlardan (%64,4) oluşmaktadır. Bireylerin çoğu bekâr (%48,2) idi; olguların %83,2'sinde daha önce özkıyım girişimi öyküsü bulunmamaktaydı. Bireylerin yaklaşık yarısında en az bir psikiyatrik tanı mevcuttu; en sık görülen tanı depresyondur (%47,4). Madde bağımlılığı (%8,6) ve diğer ağır ruhsal bozukluklar ise daha düşük sıklıklarda saptanmıştır.

Özkıyım girişiminde en sık yöntem ilaç alımı (%84,2) olup, genel hastane içi ölüm %2,2, TÖRT ise %53,8 olguda gözlemlenmiştir (Tablo 1).

Cinsiyete Göre Farklılıklar

Erkek bireyler ortalama olarak daha ileri yaşıydı (32 ± 12 yıla karşılık 29 ± 11 yıl, $p < 0,001$) ve bekâr olma sıklığı erkeklerde kadınlara göre daha yüksekti (%59,7'ye karşılık %41,8) (Tablo 1).

Psikiyatrik profil açısından cinsiyet farkları belirgindi: depresyon kadınlarda daha yaygındı (%49,6 vs. %43,3), şizofreni (%2,4 vs. %0,6) ve madde bağımlılığı (%18,2 vs. %3,3) erkeklerde anlamlı derecede daha sık görüldü. Alkol kullanımı da erkeklerde belirgin biçimde yüksekti (%36,9 vs. %13,0).

Kullanılan yöntem açısından da belirgin farklar mevcuttu: ilaç alımı kadınlarda baskın (%91,8 vs. %70,5) iken, ası (%4,0 vs. %0,6) ve ateşli silah kullanımı (%2,1 vs. %0,1) erkeklerde daha sık görüldü.

Klinik açıdan erkek bireylerde başvuru şiddeti ve olumsuz sonlanımlar daha belirgindi: Glasgow Koma Skoru bulguları daha düşüktü ($14,2 \pm 2,6$ 'ye karşılık $14,8 \pm 1,1$; $p < 0,001$) ve şok (%4,9'a karşılık %0,7) ile entübasyon gereksinimi (%6,7'ye karşılık %1,3) sıklığı daha yüksekti. Erkeklerde hastane içi ölüm sıklığı kadınlara göre altı kat fazlaydı (%4,8 vs. %0,7, $p < 0,001$) (Tablo 1).

Hastane İçi Ölüm Sıklıkları

Çalışmaya dâhil edilen 2.909 olgunun %2,2'sinde (63/2909) hastane içi ölüm gözlemlendi. Otuz yaş ve üzerindeki bireylerde hastane içi ölüm sıklığı %3,1 (38/1233) iken, 30 yaş altındaki bireylerde bu oran %1,5 (25/1676) idi. Erkeklerde hastane içi ölüm oranı %4,8 (50/1035), kadınlarda ise %0,7 (13/1874) olarak saptandı.

Uygulanan özkıyım yöntemlerine göre hastane içi ölüm sıklığı; ilaç ile zehirlenme %0,4 (9/2450), kesici/delici aletle kendine zarar verme %0,8 (1/128), diğer yollarla zehirlenme %2,6 (4/154), birden fazla yöntem kullanımı %10,5 (2/19), yüksekte atlama %32,1 (18/56), ası yoluyla boğulma %32,1 (17/53) ve ateşli silah kullanımı %45,8 (11/24) olarak belirlendi. Beşinci kat ve üzeri yükseklikten atlama girişimlerinde hastane içi ölüm sıklığı %94,1 (16/17) idi.

Psikiyatrik tanıları göre hastane içi ölüm sıklığı; depresif duygudurum bozukluğu olanlarda %1,5 (21/1378), bipolar duygudurum bozukluğu olanlarda %1,6 (2/124), şizofrenisi olanlarda %8,3 (3/36) ve madde bağımlılığı olanlarda %5,3 (13/249) olarak saptandı. Alkol kullanımı olan olgularda hastane içi ölüm oranı %5,0 (31/626) idi. Geçmişte özkıyım girişimi öyküsü olmayan olgularda hastane içi ölüm sıklığı %2,1 (51/2419), bir kez girişimi olanlarda %2,2 (6/277) ve birden fazla girişimi olanlarda %2,8 (6/213) olarak belirlendi.

Tıbbi Öneriye Rağmen Tedavi Terk (TÖRT)

Genel olarak bireylerin %53,8'i ($n=1,564$) TÖRT kapsamında hastaneden ayrılmıştır (Tablo 2). Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk ile taburcu olan bireyler, diğer bireylere kıyasla daha gençti ($29,5 \pm 10,3$ vs. $31,2 \pm 12,9$ yıl, $p < 0,001$), daha kısa süre yatmıştı (medyan bir vs. İki gün, $p < 0,001$) ve GKS skorları daha yüksekti ($14,9 \pm 0,5$ vs. $14,2 \pm 2,5$, $p < 0,001$).

Tablo 1. Cinsiyete göre bireylerin özelliklerinin karşılaştırması ve tüm çalışma grubunun özellikleri

Değişkenler	Kadın (n: 1874)	Erkek (n: 1035)	Total (n: 2909)	p
Yaş ortalama ± SS	29±11	32±12	30±12	<0,001*
Medeni durum n (%)				
Bekar	784 (41,8)	618 (59,7)	1402 (48,2)	<0,001*
Evli	758 (40,4)	297 (28,7)	1055 (36,3)	<0,001*
Boşanmış	310 (16,5)	112 (10,8)	422 (14,5)	<0,001*
Dul	22 (1,2)	8 (0,8)	30 (1,0)	0,305
Hastane yatış süresi (gün) ortalama/ÇA (min-maks)	1/4 (1–47)	1/6 (1–55)	1/4 (1–55)	0,034
Gebelik n (%)	45 (2,4)	0 (0)	45 (1,6)	N/A
Psikiyatrik hastalık hikâyesi n (%)				
Depresif atak	930 (49,6)	448 (43,3)	1378 (47,4)	0,001*
Bipolar duygudurum bozukluğu	74 (3,9)	50 (4,8)	127 (4,3)	0,260
Sizofreni	11 (0,6)	25 (2,4)	36 (1,2)	<0,001*
Anksiyete bozukluğu	87 (4,6)	35 (3,4)	122 (4,2)	0,104
OKB	13 (0,7)	8 (0,8)	21 (0,7)	0,809
DEHB	7 (0,4)	4 (0,4)	11 (0,4)	1,0
Kişilik bozukluğu	11 (0,6)	11 (1,1)	22 (0,8)	0,156
Madde bağımlılığı	61 (3,3)	188 (18,2)	249 (8,6)	<0,001*
Diğer komorbid hastalıklar n (%)				
Migren	24 (1,3)	2 (0,2)	26 (0,9)	0,003*
Epilepsi	11 (0,6)	9 (0,9)	20 (0,7)	0,377
Demans	6 (0,3)	7 (0,7)	13 (0,4)	0,244
Tip 1 diabetes mellitus	5 (0,3)	2 (0,2)	7 (0,2)	1,0
Kanser	9 (0,5)	9 (0,9)	18 (0,6)	0,200
Alkol kullanımı n (%)	244 (13,0)	382 (36,9)	626 (21,5)	<0,001*
Antidepresan ilaç n (%)	658 (35,1)	279 (27,0)	937 (32,2)	<0,001*
Geçmiş özkıym girişi n (%)				
Yok	1597 (85,2)	822 (79,4)	2419 (83,2)	<0,001*
1	159 (8,5)	118 (11,4)	277 (9,5)	0,010*
2	50 (2,7)	40 (3,9)	90 (3,1)	0,074
3	41 (2,2)	37 (3,6)	78 (2,7)	0,027*
4	12 (0,6)	8 (0,8)	20 (0,7)	0,171
>4	15 (0,8)	10 (0,9)	25 (0,8)	0,642
Özkıym girişi yöntemi n (%)				
İlaç ile zehirlenme	1720 (91,8)	730 (70,5)	2450 (84,2)	<0,001*
Diğer yollarla zehirlenme	41 (2,2)	113 (10,9)	154 (5,3)	<0,001*
Kesici/delici aletle kendine zarar verme	50 (2,7)	78 (7,5)	128 (4,4)	<0,001*
Yüksekten atlama	28 (1,5)	2 (0,1)	56 (1,9)	0,023*
Ateşli silah kullanımı	12 (0,6)	22 (2,1)	24 (0,8)	<0,001*
Ası yoluyla boğulma	12 (0,6)	41 (4,0)	53 (1,8)	<0,001*
Diğer yollarla boğulma	0 (0)	9 (0,9)	21 (0,7)	0,484
Hareket halindeki bir aracın önüne atlama	1 (0,1)	1 (0,1)	1 (<0,01)	N/A
Diğer	8 (0,4)	2 (0,2)	3 (0,1)	0,289
Birden fazla yöntem		11 (1,1)	19 (0,7)	0,042*
GKS ortalama ± SS	14,8±1,1	14,2±2,6	14,6±1,8	<0,001
Komplikasyonlar n (%)				
Akut böbrek hasarı	40 (2,1)	65 (6,3)	105 (3,6)	<0,001*
Transamin yüksekliği	53 (2,8)	87 (8,4)	140 (4,8)	<0,001*
Şok	13 (0,7)	51 (4,9)	64 (2,2)	<0,001*
Endotrakeal entübasyon	24 (1,3)	69 (6,7)	93 (3,2)	<0,001*
TÖRT n (%)	1029 (53,8)	535 (51,7)	1564 (53,8)	0,096
Hastane içi ölüm n (%)	13 (0,7)	50 (4,8)	63 (2,2)	<0,001*

ÇA: çeyrekler açıklığı; DEHB: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; GKS: Glasgow Koma Skalası; N/A: uygulanamaz; OKB: obsesif kompulsif bozukluk; TÖRT: tıbbi öneriye rağmen tedavi terk; SS: standart sapma. *p<0,05.

Bu grupta en az bir psikiyatrik tanı bulunma sıklığı daha düşüktü (%39,1'e karşılık %57,0; $p < 0,001$); özellikle şizofreni (%0,5'e karşılık %2,1) ve depresyon (%39,1'e karşılık %57,0) tanıları daha az görülmektedir. Antidepresan tedavisi alma sıklığı da daha düşüktü (%27,2'ye karşılık %38,1; $p < 0,001$).

Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk ile taburcu olan bireylerde, önceden özkıyım girişimi öyküsünün bulunmama sıklığı daha yüksekti (%88,4'e karşılık %77,1; $p < 0,001$) ve ilaç alımı yöntemi daha sık tercih edilmişti (%86,3'e karşılık %81,9; $p = 0,001$). Buna karşılık, hastanede izlem altında kalan bireylerde yüksek ölümcüllük düzeyine sahip yöntemlerin kullanımı daha sıkı (yüksekten atlama %3,3'e karşılık %0,8; ateşli

silah %1,5'e karşılık %0,3; ası %3,1'e karşılık %0,7; tümü için $p < 0,001$) (Tablo 2).

Hastane İçi Ölümle İlişkili Etmenler

Hastane içi ölüm gerçekleşen bireyler, hayatta kalanlara kıyasla daha ileri yaşıydı (37 ± 17 'ye karşılık 30 ± 11 yıl; $p < 0,001$), çoğunlukla erkekti (%79,4'e karşılık %34,6; $p < 0,001$) ve madde bağımlılığı (%20,6'ya karşılık %8,3; $p = 0,001$) ile alkol kullanımı (%49,2'ye karşılık %20,9; $p < 0,001$) daha sık görülmekteydi (Tablo 3). Buna karşılık, depresyon tanısı hastane içi ölüm gerçekleşen bireylerde daha düşük sıklıkta saptanmıştır (%33,3'e karşılık %47,7; $p = 0,024$).

Tablo 2. Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk durumuna göre çalışma grubunun özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	TÖRT (n=1564)	TÖRT yok (n=1345)	P
Yaş ortalama $\pm$ SS	29,5 $\pm$ 10,3	31,2 $\pm$ 12,9	<0,001*
Hastane yatış süresi (gün) ortalanca (ÇA)	1 (1)	2 (2)	<0,001*
Cinsiyet n (%)			0,120
Kadın	1028 (65,7)	846 (62,9)	
Erkek	536 (34,3)	499 (37,1)	
Medeni durum n (%)			
Bekâr	750 (48,0)	652 (48,4)	0,778
Evli	565 (36,1)	490 (36,4)	0,864
Boşanmış	238 (15,2)	184 (13,7)	0,240
Dul	11 (0,7)	19 (1,4)	0,059
Gebe n (%)	26 (1,7)	19 (1,4)	0,586
Psikiyatrik hastalık hikâyesi n (%)			
Depresif atak	612 (39,1)	766 (57,0)	<0,001*
Bipolar duygudurum bozukluğu	55 (3,5)	69 (5,1)	0,032*
Şizofreni	8 (0,5)	28 (2,1)	<0,001*
Anksiyete bozukluğu	60 (3,8)	62 (4,6)	0,300
OKB	5 (0,3)	16 (1,2)	0,006*
DEHB	6 (0,4)	5 (0,4)	0,958
Kişilik bozukluğu	15 (1,0)	7 (0,5)	0,173
Madde bağımlılığı	128 (8,2)	121 (9,0)	0,435
Alkol kullanımı n (%)	327 (20,9)	299 (22,2)	0,387
Antidepresan ilaç n (%)	425 (27,2)	512 (38,1)	<0,001*
Geçmiş özkıyım girişimi sayısı n (%)			
Yok	1382 (88,4)	1037 (77,1)	<0,001*
1	110 (7,0)	167 (12,4)	<0,001*
>1	72 (4,6)	141 (10,5)	<0,001*
Özkıyım girişimi yöntemi n (%)			
İlaç ile zehirlenme	1349 (86,3)	1101 (81,9)	0,001*
Diğer yollarla zehirlenme	79 (5,1)	75 (5,6)	0,397
Kesici/delici aletle kendine zarar verme	86 (5,5)	42 (3,1)	0,001
Yüksekten atlama	12 (0,8)	44 (3,3)	<0,001*
Ateşli silah kullanımı	4 (0,3)	20 (1,5)	<0,001*
Ası yoluyla boğulma	11 (0,7)	42 (3,1)	0,001*
Diğer yollarla boğulma	10 (0,6)	11 (0,8)	0,569
Hareket halindeki bir aracın önüne atlama	0 (0)	1 (0,1)	N/A
Diğer	2 (0,1)	1 (0,1)	1,0
Birden fazla yöntem	11 (0,7)	8 (0,6)	0,717
GKS ortalama $\pm$ SS	14,9 $\pm$ 0,5	14,2 $\pm$ 2,5	<0,001*
Komplikasyonlar n (%)			
Akut böbrek hasarı	18 (1,2)	87 (6,5)	<0,001*
Transamin yüksekliği	43 (2,7)	97 (7,2)	<0,001*
Şok	0 (0)	64 (4,8)	<0,001*
Endotrakeal entübasyon	7 (0,4)	86 (6,4)	<0,001*

ÇA: çeyrekler açıklığı; DEHB: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; GKS: Glasgow Koma Skalası; N/A: uygulanamaz; OKB: obsesif kompulsif bozukluk; TÖRT: tıbbi öneriye rağmen tedavi terk; SS: standart sapma. * $p < 0,05$.

Yüksek ölümcüllük düzeyine sahip yöntemlerin kullanımı, hastane içi ölüm ile güçlü biçimde ilişkiliydi; yüksekten atlama (%28,6'ya karşılık %1,3), ateşli silah kullanımı (%17,5'e karşılık %0,5) ve ası (%27,0'a karşılık %1,3) girişimleri hastane içi ölüm gerçekleşen bireylerde belirgin biçimde daha sık görülmekteydi (tümü için $p < 0,001$).

Hastane içi ölüm gerçekleşen bireylerde GKS skorları anlamlı olarak daha düşüktü ($5,1 \pm 3,6$ 'ya karşılık $14,8 \pm 0,9$; $p < 0,001$) ve şok (%85,7'ye karşılık %0,4) ile entübasyon gereksinimi

(%95,2'ye karşılık %1,2) sıklığı belirgin biçimde daha yüksekti (Tablo 3).

Tıbbi Öneriye Rağmen Tedavi Terk (TÖRT) İlişkili Etmenlerin Regresyon Analizi

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre, TÖRT ile ilişkili bağımsız etmenler arasında daha genç yaş (OO: 0,998; %95 GA: 0,980–0,997; $p=0,006$), geçmiş özkıyım girişi

Tablo 3. Bireylerin özelliklerinin hastane içi ölüm durumuna göre karşılaştırılması

Değişkenler	Hastane içi ölüm var (n=63)	Hastane içi ölüm yok (n=2846)	p
Yaş ortalama $\pm$ SS	37 $\pm$ 17	30 $\pm$ 11	<0,001*
Cinsiyet n (%)			<0,001*
Kadın	13 (20,6)	1861 (65,4)	
Erkek	50 (79,4)	985 (34,6)	
Medeni durum n (%)			
Bekâr	29 (46,0)	1373 (48,2)	0,728
Evli	22 (34,9)	1033 (36,3)	0,757
Boşanmış	10 (15,9)	412 (14,5)	0,755
Dul	2 (3,2)	28 (1,0)	0,136
Gebe n (%)	0 (0)	45 (1,6)	0,625
Psikiyatrik hastalık hikâyesi n (%)			
Depresif atak	21 (33,3)	1357 (47,7)	0,024*
Bipolar duygudurum bozukluğu	2 (3,2)	122 (4,3)	1,0
Sizofreni	3 (4,8)	33 (1,2)	0,042*
Anksiyete bozukluğu	3 (4,8)	119 (4,2)	0,747
OKB	0 (0)	21 (0,7)	1,0
DEHB	0 (0)	11 (0,4)	1,0
Kişilik bozukluğu	0 (0)	22 (0,8)	1,0
Madde bağımlılığı	13 (20,6)	236 (8,3)	0,001*
Alkol kullanımı n (%)	31 (49,2)	595 (20,9)	<0,001*
Antidepresan ilaç n (%)	10 (15,9)	927 (32,6)	0,005*
Geçmiş özkıyım girişi sayısı n (%)			
Yok	51 (81,0)	2368 (83,2)	0,636
1	6 (9,5)	271 (9,5)	1,0
>1	6 (9,5)	207 (8,3)	0,461
Özkıyım girişi yöntemi n (%)			
İlaç ile zehirlenme	9 (14,3)	2441 (85,8)	<0,001*
Diğer yollarla zehirlenme	4 (6,3)	150 (5,3)	0,574
Kesici/delici aletle kendine zarar verme	1 (1,6)	127 (4,5)	0,523
Yüksekten atlama	18 (28,6)	38 (1,3)	<0,001*
Ateşli silah kullanımı	11 (17,5)	13 (0,5)	<0,001*
Ası yoluyla boğulma	17 (27,0)	36 (1,3)	<0,001*
Diğer yollarla boğulma	0 (0)	21 (0,7)	N/A
Hareket halindeki bir aracın önüne atlama	0 (0)	1 (<0,1)	N/A
Diğer	1 (1,6)	2 (0,1)	0,064
Birden fazla yöntem	2 (3,2)	17 (0,6)	0,062
GKS ortalama $\pm$ SS	5,1 $\pm$ 3,6	14,8 $\pm$ 0,9	<0,001*
Komplikasyonlar n (%)			
Akut böbrek hasarı	36 (57,1)	69 (2,4)	<0,001*
Transamin yüksekliği	33 (52,4)	107 (3,8)	<0,001*
Şok	54 (85,7)	10 (0,4)	<0,001*
Endotrakeal entübasyon	60 (95,2)	33 (1,2)	<0,001*

DEHB: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; GKS: Glasgow Koma Skalası; N/A: uygulanamaz; OKB: obsesif kompulsif bozukluk; SS: standart sapma. * $p < 0,05$.

öyküsünün olmaması (OO: 0,615; %95 GA: 0,493–0,768; $p < 0,001$) ve depresif duygudurum bozukluğu tanısının varlığı (OO: 0,529; %95 GA: 0,450–0,620; $p < 0,001$) yer almaktaydı (Tablo 4). Ayrıca şizofreni (OO: 0,314; %95 GA: 0,137–0,717; $p=0,006$) ve obsesif kompulsif bozukluk tanılarını (OO: 0,349; %95 GA: 0,124–0,986; $p=0,047$) TÖRT olasılığının azalmasıyla ilişkili bulundu. Klinik açıdan daha stabil seyri yansıtan daha yüksek GKS skorları (OO: 1,432; %95 GA: 1,271–1,614; $p < 0,001$) ve komplikasyon gelişmemesi (OO: 0,361; %95 GA: 0,205–0,637; $p < 0,001$) de TÖRT için bağımsız belirleyicilerdi. Buna karşılık, cinsiyet ve özkıyım yöntemi çok değişkenli analizde anlamlılığını yitirdi (Tablo 4).

Hastane İçi Ölümle İlişkili Etmenlerin Regresyon Analizi

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre, özkıyıma bağlı hastane içi ölüm ile ilişkili bağımsız yordayıcılar; artan yaş (OR: 1,04; %95 GA: 1,02–1,06; $p < 0,001$), erkek cinsiyet (OR: 4,40; %95 GA: 2,29–8,43; $p < 0,001$), şizofreni tanısı (OR: 3,63; %95 GA: 1,02–12,88; $p=0,047$) ve alkol kullanımıydı (OR: 2,38; %95 GA: 1,34–4,24; $p=0,003$) (Tablo 5).

Tek değişkenli analizde depresyon tanısı ve antidepresan kullanımı, daha düşük hastane içi ölüm ile ilişkili bulunmuş; ancak bu ilişkiler çok değişkenli modelde anlamlılığını yitirmiştir (Tablo 5).

Tablo 4. Tıbbi öneriye rağmen tedavi terk ile ilişkili etmenlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	Tek değişken			Çok değişken		
	OO	%95 GA	p	OO	%95 GA	p
Yaş (artan yaş)	0,987	0,981–0,994	<0,001*	0,998	0,980–0,997	0,006*
Erkek cinsiyet	0,884	0,759–1,029	0,112	1,126	0,943–1,344	0,191
Medeni durum						
Bekâr		Referans			Referans	
Evli	1,002	0,854–1,177	0,977	1,173	0,962–1,431	0,116
Boşanmış	1,124	0,903–1,400	0,294	1,649	1,265–2,149	<0,001*
Dul	0,503	0,238–1,065	0,073	0,925	0,398–2,151	0,857
İlaçla özkıyım girişi var	1,391	1,139–1,698	0,001*	1,024	0,813–1,289	0,842
Özkıyım girişi hikâyesi var	0,443	0,363–0,542	<0,001*	0,615	0,493–0,768	<0,001*
Depresif duygudurum bozukluğu var	0,486	0,419–0,564	<0,001*	0,529	0,450–0,620	<0,001*
Antidepresan ilaç kullanımı var	0,607	0,519–0,710	<0,001*			
Bipolar duygudurum bozukluğu var	0,674	0,469–0,968	0,033	0,910	0,615–1,346	0,637
Şizofreni var	0,242	0,110–0,532	<0,001*	0,314	0,137–0,717	0,006*
OKB var	0,266	0,097–0,729	0,010	0,349	0,124–0,986	0,047
Madde bağımlılığı var	0,902	0,695–1,169	0,435			
Alkol kullanımı var	0,925	0,775–1,104	0,387			
Gebelik var	1,180	0,650–2,141	0,587			
GKS (her bir puan artış için)	1,596	1,389–1,834	0,001*	1,432	1,271–1,614	<0,001*
Herhangi bir komplikasyon var	0,168	0,101–0,281	<0,001*	0,361	0,205–0,637	<0,001*

GA: güven aralığı; GKS: Glasgow Koma Skalası; OKB: obsesif kompulsif bozukluk; OO: odds oranı; TÖRT: tıbbi öneriye rağmen tedavi terk.

*Model performansı: Omnibus $\chi^2=304,21$, $p<0,001$; Hosmer-Lemeshow $\chi^2=10,99$, $p=0,202$; Nagelkerke $R^2=0,133$. * $p<0,05$.

Tablo 5. Hastane içi ölüm ile ilişkili etmenlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	Tek değişken			Çok değişken		
	OO	%95 GA	p	OO	%95 GA	p
Yaş (artan yaş)	1,040	1,023–1,058	<0,001*	1,042	1,022–1,062	<0,001*
Erkek cinsiyet	7,267	3,928–13,442	<0,001*	4,397	2,294–8,428	<0,001*
Medeni durum						
Bekâr		Referans				
Evli	1,008	0,576–1,765	0,977			
Boşanmış	3,382	0,555–2,378	0,107			
Dul		0,769–14,870				
Özkıyım girişi hikâyesi var	1,038	0,830–1,298	0,743			
Depresif duygudurum bozukluğu var	0,549	0,323–0,931	0,026	0,664	0,322–1,331	0,249
Bipolar duygudurum bozukluğu var	0,732	0,177–3,029	0,667			
Şizofreni var	4,262	1,272–14,282	0,019	3,625	1,020–12,879	0,047
Madde bağımlılığı var	2,875	1,540–5,370	0,001*	1,377	0,670–2,830	0,385
Alkol kullanımı var	3,665	2,218–6,055	<0,001*	2,381	1,338–4,238	0,003
Antidepresan ilaç kullanımı var	0,391	0,198–0,771	0,007	0,539	0,225–1,287	0,164
Özkıyım girişim yöntemi (tüm yöntemler)*		uygulanamaz				

GA: güven aralığı; OO: odds oranı. *Model performansı: Omnibus $\chi^2=85,97$, $p<0,001$; Hosmer-Lemeshow $\chi^2=4,84$, $p=0,774$; Nagelkerke $R^2=0,155$.

*Yöntem değişkeni, olay sayısının sınırlı olması nedeniyle modele dâhil edilmemiştir. * $p<0,05$.

TARTIŞMA

On beş yıllık bir zaman diliminde toplanan geriye dönük verilerin analizine dayanan bu çalışmanın bulguları, özkıyım girişimi sonrası bireylerin yönetiminde süregelen güçlükleri ortaya koymaktadır. Çalışmanın en dikkat çekici sonuçlarından biri, olguların önemli bir bölümünün bakım sürecini tamamlamadan hastaneden ayrılmasıdır. Bu durum, genellikle daha genç yaş, daha hafif klinik tablo ve daha düşük psikiyatrik eşlik eden hastalık tanısı sıklığı ile ilişkili bulunmuştur. Genel hastane içi ölüm sıklığı düşük olmakla birlikte, ölümcül sonlanımın belirli demografik ve klinik alt gruplarda yoğunlaştığı görülmektedir.

Çalışmamızda yer alan bireylerin yaş ve cinsiyet dağılımı ile özkıyım yöntemlerine ilişkin bulgular, önceki kayıt temelli çalışmalarla genel olarak uyumludur; söz konusu çalışmada kadınların örneklem içindeki payı %68,3, ilaç alımı yöntemi %61,1 olarak bildirilmiş, buna karşın pestisit alımı %36,6 ile dikkat çekici biçimde yüksek bulunmuştur (Tharani ve ark. 2022). Öte yandan Türkiye’de yapılmış bir başka çalışmada özkıyım girişimleri incelenmiş ve ortalama yaşın daha ileri (37,8 yıl), cinsiyet dağılımı daha dengeli (%51,7 erkek) bir örneklem bildirilmiştir; en sık yöntem yine ilaç alımı (%74,1) olmakla birlikte, bunu kesici aletle kendine zarar verme (%6,0) ve kimyasal madde kullanımı (%3,5) izlemiştir (Boğan ve ark. 2024). Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, özkıyım girişimlerinde ilaç doz aşımının baskın yöntemi oluşturduğu, ancak yaş, cinsiyet dağılımı ve bölgesel etmenler (örneğin pestisit erişilebilirliği) açısından sosyokültürel farkların bulunduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda kadınlar daha çok ilaç alımı yoluyla girişimde bulunurken, depresyon tanısı da kadınlarda daha yaygındı. Buna karşılık erkeklerde şizofreni, madde bağımlılığı ve alkol kullanımı daha sık saptanmış; ayrıca ası ve ateşli silah gibi yüksek ölümcüllük düzeyine sahip yöntemlerin erkeklerde daha fazla tercih edildiği görülmüştür. Bu örüntü, önceki çalışmalardaki bulgularla paralellik göstermektedir. Özkıyım girişimlerini inceleyen diğer çalışmalarda da, kadınlarda ilaç alımı yönteminin daha sık kullanıldığı, erkeklerde ise ası gibi yüksek ölümcüllük düzeyine sahip yöntemlerin daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Narishige ve ark. 2014, Berardelli ve ark. 2022). Özkıyım girişimleri sayısal olarak kadınlarda daha sık izlenmekle birlikte, ölümcül sonlanım riski erkeklerde anlamlı ölçüde daha yüksektir (Narishige ve ark. 2014, Berardelli ve ark. 2022). Bizim çalışmamızda dikkat çekici olan nokta, bu farklılıkların yalnızca yöntem seçimiyle sınırlı kalmayıp, klinik seyir ve hastane içi sonuçlara da yansımalarıdır. Erkeklerde daha düşük GKS skorları, daha yüksek komplikasyon sıklığı ve daha yüksek hastane içi ölüm gözlenmesi, akut dönemde risk değerlendirmesinin yalnızca psikiyatrik tanı ile değil, cinsiyete özgü davranışsal ve biyolojik etmenlerle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların yarısından fazlasında TÖRT saptanmıştır. Bu oran, önceki çalışmalarda bildirilen değerlerden belirgin biçimde yüksektir (Crane 2016, Gwun ve ark. 2019). Bu farkın önemli bir kısmının, tanım farklılıklarından kaynaklanmakta olduğunu düşünüyoruz. Önceki çalışmalarda TÖRT genellikle yalnızca acil servis düzeyinde tedavinin reddi olarak ele alınırken, bizim çalışmamızda yatış sürecinin herhangi bir aşamasında bireyin kendi isteğiyle tedaviyi sonlandırması olarak tanımlanmıştır. Bizim çalışmamızda endotrakeal entübasyon veya yoğun bakım izlemi sonrasında hastaneden ayrılan bireyler dahi bu kapsama dâhil edilmiştir.

Çalışmamızda, TÖRT vakalar genellikle daha genç, daha az psikiyatrik eş hastalığa sahip ve antidepresan ilaç kullanım sıklığı daha düşüktü. Bu bulgu, klinik olarak daha stabil görünen bireylerin risk algısının düşük olabileceğini ve tedavinin erken aşamalarında bakım sürecinden kopma eğilimi gösterebileceğini düşündürmektedir. Benzer biçimde, özkıyımı inceleyen başka bir çalışmada, psikiyatrik hastalık tanısı olmayan özkıyım girişiminde bulunan genç bireylerde ambulansla hastaneye taşınmayı reddetme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Park ve Lee, 2024).

Boşanmış olmanın TÖRT ile ilişkili bulunması, literatürde boşanma ve kişilerarası çatışmaların hem özkıyım davranışı hem de yineleyici girişim riski ile bağlantılı olduğunu gösteren bulgularla uyumludur (Choi ve ark., 2024, Edwards ve ark., 2024). Özellikle boşanma sonrası dönemde artan psikososyal stres, sosyal destek kaybı ve eşlik eden alkol/madde kullanımı gibi etmenler, bireylerin kriz anında tedaviye uyumunu azaltabilmekte ve sağlık hizmetinden erken ayrılma davranışını kolaylaştırabilmektedir.

Buna karşın, yüksek ölümcüllük düzeyli yöntemleri kullanan veya ağır komplikasyonlar yaşayan bireylerin hastanede kalma olasılığı daha yüksekti. Özkıyımı inceleyen gözlemsel bir çalışmada klinik olarak stabil görünen TÖRT vakalarının bile yeniden girişim açısından yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir (Gwun ve ark. 2019). Klinik olarak stabil görünen TÖRT vakalarının dahi yeniden girişim açısından risk taşıması, erken taburculuğun potansiyel olarak göz ardı edilen bir kırılma noktası göstergesi olabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda, TÖRT’ün yalnızca bir “uyum sorunu” değil, gelecekteki risklerin habercisi olabilecek bir klinik sinyal olarak değerlendirilmesi önemlidir.

Çalışmamızda hastane içi ölümlerin büyük bir kısmının daha önce özkıyım girişimi öyküsü bulunmayan bireylerde meydana gelmiş olması, ilk girişimin de yüksek ölüm riski taşıyabileceğini göstermektedir. Çok değişkenli analizde ileri yaş, erkek cinsiyet, şizofreni tanısı ve alkol kullanımı hastane içi ölümün bağımsız yordayıcıları olarak saptanmıştır. Depresyon tanısı ve antidepresan kullanımı ile ölüm arasındaki ilişkinin çok

değişkenli modelde anlamlılığını yitirmesi, psikiyatrik tedavinin tek başına yeterli koruyuculuk sağlamayabileceğine işaret etmektedir.

Bu bulgular, erkek cinsiyetin ve yüksek ölümcüllük düzeyine sahip yöntemlerin psikiyatrik öyküden bağımsız olarak ölüm riskini artırdığına ilişkin önceki çalışmalarla uyumludur (Chen ve ark. 2016, Thomas ve ark. 2021, Aguglia ve ark. 2022, Rozanov 2022). Ancak çalışmamızın katkısı, bu beklenen ilişkinin ötesinde, TÖRT ve bakım sürecine katılımın klinik sonuçlarla olan ilişkisini ortaya koymasındır. Ayrıca alkol kullanımı ve şiddetli ruhsal hastalıkların, özellikle şizofreninin, ölümcül sonuçlarla ilişkisi; bu gruplarda erken tanı, yakın izlem ve bütüncül müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (Ellison ve ark. 2024).

Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, özkıyım girişimi sonrası klinik sonuçların yalnızca kullanılan yöntemin ölümcüllüğü ile değil; demografik özellikler, psikiyatrik eşlik eden hastalıklar ve bakım sürecine katılım düzeyi ile belirlendiği görülmektedir. Bu nedenle risk sınıflandırma yaklaşımlarının, yalnızca girişim şiddetine değil, taburculuk davranışları ve TÖRT eğilimini de kapsayacak şekilde genişletilmesi gerekmektedir. Kriz hatları ve yapılandırılmış takip programları gibi destek mekanizmalarının, bu bütüncül önleme stratejilerine entegre edilmesi yararlı olabilir (Baldaçara ve ark. 2023).

Çalışmamızın birtakım sınırlılıkları mevcuttur. Öncelikle, tek merkezli ve geriye dönük tasarımı, genellenebilirliği sınırlandırmaktadır. Veriler tıbbi kayıtlar üzerinden toplandığından, eksik belgelemeye bağlı kısıtlılıklar olasıdır; ancak tüm özkıyım olguları en az iki klinisyen tarafından doğrulanmış ve veriler standart bir biçimde kaydedilmiştir. Çalışmanın geriye dönük, kayıt temelli gözlemsel doğası nedeniyle girişim sonrası izlem veya uzun dönem psikososyal sonuçlar değerlendirilememiştir. Bununla birlikte, önceki özkıyım öyküsü (sayı ve yöntem dâhil) detaylı biçimde geçmiş öykülerinden elde edilmiştir. Tüm bu sınırlılıklara rağmen, bu çalışma özkıyım girişiminde bulunan bireylerin klinik özellikleri, taburculuk davranışları ve yöntemlerin ölümcüllük örüntülerine ilişkin değerli bilgiler sunmaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışma özkıyım girişiminde bulunan bireylerde tıbbi öneriye rağmen taburcu olmanın yaygın olduğunu ve klinik olarak stabil görünmeyen hastaların dahi bakım sürecinden erken ayrılabilirdiğini göstermektedir. Hastane içi ölüm, özellikle ileri yaş, erkek cinsiyet, şizofreni tanısı, alkol kullanımı ve özkıyım yöntemi ile anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık, TÖRT daha çok genç ve daha az psikiyatrik eşlik eden hastalığa sahip bireylerde görülmektedir. Bu bulgular, özkıyım girişimi sonrası bakımın yalnızca akut tıbbi müdahaleye değil, yüksek riskli grupların erken tanınmasını, hasta katılımını artırmayı ve yönetime özgü riskleri azaltmayı hedefleyen bireye uyarlanmış stratejilere dayanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Etik Kurul Onayı: Çalışma, 29 Ocak 2025 tarihinde Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırma Etik Kurulu tarafından 2025/396 karar numarası ile onaylanmıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarların beyan edecek herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansman Bilgisi: Bu çalışma herhangi bir finansal destek alınmadan yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Aguglia A, Natale A, Fusar-Poli L ve ark. (2022) C-reactive protein as a potential peripheral biomarker for high-lethality suicide attempts. *Life (Basel)* 12:1557. <https://doi.org/10.3390/life12101557>
- Baldaçara L, Weber CAT, Gorender M ve ark. (2023) Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 3. Suicide prevention hotlines. *Braz J Psychiatry* 45:54–61. <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-2536>
- Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S ve ark. (2022) Is lethality different between males and females? Clinical and gender differences in inpatient suicide attempters. *Int J Environ Res Public Health* 19:13309. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>
- Boğan M, Bekircan E, Boğan F ve ark. (2024) Retrospective study on suicide attempts among psychiatric emergencies admitted to the emergency department of a Regional hospital in Turkey. *Curr Psychol* 43:26503–10. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06308-7>
- Cai Z, Junus A, Chang Q ve ark. (2022) The lethality of suicide methods: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 300:121–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.054>
- Chen IM, Liao SC, Lee MB ve ark. (2016) Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: a national registry study in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 115:364–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.07.009>
- Choi NG, Marti CN, Choi BY ve ark. (2024) Suicide from intimate partner and other relationship conflicts: demographic and clinical correlates. *J Ment Health* 33:84–91. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2245886>
- Crane EH (2016) Patients With Drug-Related Emergency Department Visits Involving Suicide Attempts Who Left Against Medical Advice. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): The CBHSQ Report. pp. 1–5.
- de la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W ve ark. (2023) Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 81:51–6. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.01.007>
- Edwards AC, Ohlsson H, Salvatore JE ve ark. (2024) Divorce and risk of suicide attempt: a Swedish national study. *Psychol Med* 54:1620–8. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003513>
- Elik N, Seyhan A, Korkut S ve ark. (2022) Characteristics of patients who visited the emergency department due to self-poisoning suicide attempt: a retrospective study. *Albanian J Trauma Emerg Surg* 6:1048–52. <https://doi.org/10.32391/ajtes.v6i2.290>
- Ellison K, Schleicher H, Sale E (2024) Effectiveness of a suicide prevention lethal means training program for the general public. *Community Ment Health J* 60:552–61. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01206-x>
- Emiral E, Ozturk Emiral G, Arslan Çevik Z ve ark. (2022) Investigation of suicide deaths in Turkey between 2015 and 2019. *J Mens Health* 18:1–9. <https://doi.org/10.31083/jomh.2021.100>
- Gwon OJ, Park GJ, Kim SC ve ark. (2019) Impact of discharge against medical advice on emergency department revisit among suicide attempters. *J Korean Soc Emerg Med* 30:393–400.
- Kartal E, Demir U, Hekimoglu Y ve ark. (2022) Suicides in Turkey: 25-year trend (1995–2019). *J Forensic Sci* 67:1858–66. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.15086>
- Kellum JA, Lameire N, KDIGO AKI Guideline Work Group (2013) Diagnosis, evaluation, and management of acute kidney injury: a KDIGO summary (Part 1). *Crit Care* 17:204. <https://doi.org/10.1186/cc11454>
- Lübbert M, Bahlmann L, Josef S ve ark. (2021) Identifying distinguishable clinical profiles between single suicide attempters and re-attempters. *Front Psychiatry* 12:754402. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.754402>

- Maino MP, Morales S, Echávarri O ve ark. (2019) Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Braz J Psychiatry* 41:112–21. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0028>
- Narishige R, Kawashima Y, Otaka Y ve ark. (2014) Gender differences in suicide attempters: a retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC Psychiatry* 14:144. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-144>
- Park HA ve Lee CA (2024) Factors associated with refusal of transport to hospital among patients experiencing suicidal crisis in South Korea. *Heliyon* 10:e38451. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e38451>
- Pierson SB, Dongarwar D, Bini T ve ark. (2024) Factors associated with discharge against medical advice in us adolescents hospitalized for suicidal ideation or suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 63:908–18. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.09.554>
- Rozanov V (2022) Psychosocial and psychiatric factors associated with expected fatality during suicide attempt in men and women. *Consort Psychiatr* 3:48–59. <https://doi.org/10.17816/CP161>
- Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M ve ark. (2010) Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *BMJ* 341:c3222. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3222>
- Tharani A, Farooq S, Lakhdar MPA ve ark. (2022) Characteristics and patterns of individuals who have self-harmed: a retrospective descriptive study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry* 22:367. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04018-7>
- Thomas NM, Barber C, Miller M (2021) A cohort study of initial self-harm events: method-specific case fatality of index events, predictors of fatal and nonfatal repetition, and frequency of method-switching. *Int Rev Psychiatry* 33:598–606. <https://doi.org/10.1080/09540261.2021.1901668>
- Zencirci SA, Atay E, Önsüz MF ve ark. (2025) Lost futures: the human and economic cost of suicide in Türkiye, 2012–2023. *Healthcare (Basel)* 13:2841. <https://doi.org/10.3390/healthcare13222841>
- WHO. (2025) Suicide Worldwide in 2021: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.