

# İntihar Girişimi Sonucu Bilinç Bulanıklığı Olan Hastalar: Takip Edildiği Klinikler ve Acil Servislerin Rolü

Patients with Altered Mental Status Due to Suicide Attempts: Follow-up Clinics and the Role of Emergency Departments

Murat SARITEMUR, Sultan Tuna AKGÖL GÜR, Atıf BAYRAMOĞLU, Ayhan AKÖZ, Mücahit EMET

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Erzurum

## ÖZET

### Amaç

İntihar girişimi olan hastalar multidisipliner yaklaşım gerektiren hasta grubudur. Günümüzde tedavileri ve takipleri büyük bir oranda acil servislerde ve yoğun bakım ünitelerinde yapılmaktadır. Çalışmamızda intihar girişimi ile hastanemiz acil servisine başvuran hastaların, takip ve tedavilerinin hangi kliniklerde yapıldığını, psikiyatrik değerlendirmelerini ve bilinç bulanıklığı olan ve olmayan hastalar arasındaki izlem farklarını incelemeyi amaçladık.

### Gereç ve Yöntem

Acil servisimize 10 Aralık 2008 - 15 Şubat 2011 tarihleri arasında intihar girişimi sonrası başvuran 16 yaşından büyük hastalar geriye dönük olarak incelendi. Glasgow koma skoru (GKS)  $\leq 14$  olanlar bilinç bulanıklığı var olarak kabul edildi.

### Bulgular

Bilinç bulanıklığı olan 84 hasta ile birlikte toplam 304 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %67.1'i (n=204) kadın olup yaş ortalaması  $25.8 \pm 9.1$  yıl idi. Bilinç bulanıklığı olan hastaların %92.9'u (n=78) yatırıldı ve bu hastaların %48.8'i (n=41) acil serviste gözlem odasında yatırılıp takip edildi. Bilinç bulanıklığı olmayan hastaların ise %69.5'i (n=153) yatırıldı. Bu yatırılan hastaların da %43.2'si (n=95) acil servis gözlem odasına yatırıldı. Bilinç bulanıklığı olan ve olmayan hastaların daha öncesinde intihar girişimleri ise sırasıyla %13.1 (n=11) ve %16.8 (n=37) olarak tespit edildi. Her iki grupta da birden fazla ilaç ile intihar girişimi hemen aynı ve oldukça yüksek oranlardaydı.

### Sonuç

Acil servislerin, yoğun bakım ünitelerinin, ve özellikle intihar girişimi travma ile olmuşsa cerrahi servislerin, bu hastaların tedavisinde kilit rol oynadığı görüldü. Dolayısıyla bu bölümlerin bu hasta grubu ile ilgili geliştirilmesinin bakım kalitesini artıracağını düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Acil servis; bilinç düzeyinde değişiklik; intihar girişimi.

## SUMMARY

### Objectives

Patients who have attempted suicide require a multidisciplinary approach. Currently, a large proportion of treatment and follow-up is performed in emergency departments (EDs) and intensive care units (ICUs). In our study, we aimed to investigate which clinics perform treatment, follow-up, and psychiatric evaluation of these patients, and differences in follow-up between patients with and without altered mental status (AMS) in our hospital.

### Methods

Patients older than 16 years admitted to our ED between December 10, 2008 and February 15, 2011 for suicide attempts were reviewed retrospectively. Patients with Glasgow Coma scores  $\leq 14$  were determined to have AMS.

### Results

A total of 304 patients were included in the study, 84 of which had AMS. Of the patients, 67.1% (n=204) were female and the mean age was  $25.8 \pm 9.1$  years. Of the patients with AMS, 92.9% (n=78) were admitted to the hospital, and 48.8% (n=41) were admitted to the observation room of the ED. The percentage of patients without AMS who were admitted was 69.5% (n=153), and 43.2% (n=95) were admitted to the ED. Of the patients, 13.1% (n=11) with AMS and 16.8% (n=37) without AMS had previously attempted suicide. The rate of suicide attempts with more than one drug was similar and quite high in both groups.

### Conclusions

In cases of suicide attempts associated with trauma, EDs, ICUs, and surgical clinics play key roles in the treatment of these patients. Therefore, improved awareness of optimal treatment for AMS patients at these clinics will enhance the quality of care.

**Key words:** Emergency department; altered mental status; suicide.



**Geliş tarihi** (Submitted): 05.08.2012 **Kabul tarihi** (Accepted): 02.01.2013

**İletişim** (Correspondence): Dr. Murat Saritemur. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, 25240 Erzurum, Turkey.

**e-posta** (e-mail): muratsaritemur@gmail.com

## Giriş

İntihar girişimi, bireyin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık olup, istemli olarak yaşamına son verme girişimidir. İnsanların yaklaşık %9'u hayatlarının bazı dönemlerinde ciddi intihar düşüncelerine sahip olmakta ve %3'ü bir intihar girişiminde bulunmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Her girişim, belirgin psikolojik problemler ile birlikte ciddi uzun dönem fiziksel yaralanma ihtimalini barındırır ve tekrarlayan intihar girişimi ve ölüm ihtimalini de yükseltir.<sup>[3-5]</sup>

İntihar girişimi olan hastalar multidisipliner yaklaşım gerektiren hasta grubudur. Günümüzde tedavileri ve takipleri büyük bir oranda acil servislere yapılmaktadır.<sup>[6]</sup> Sağlık kurumunda tedavi alan hastaların hemen hemen yarısının ilk değerlendirmeden sonra taburcu edildiği kalanının da yatırıldığı düşünülürse bu hasta grubunun acil servisler açısından ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır.<sup>[7]</sup> Hastaların medikal tedavilerinin yanında psikiyatrik hizmetlerinin başlangıcı da acil servislere yapılmaktadır.<sup>[8]</sup> Acil servisler dışında, psikiyatri klinikleri, travmatik yöntemle intihar girişiminde bulunan hastalar için cerrahi servislere ve özellikle bilinç bulanıklığı olan veya hayati tehlikesi yüksek olan vakalar için yoğun bakım üniteleri de devreye girmektedir. Bu nedenle intihar girişimi ile başvuran hastaların müdahalelerinde temel olarak bu klinikler büyük rol oynamaktadır.<sup>[8,9]</sup>

Çalışmamızda intihar girişimi ile acil servisimize başvuran hastaların, hastanemizde takip ve tedavilerinin hangi kliniklerde yapıldığını, psikiyatrik değerlendirmelerini ve bilinç bulanıklığı olan hastalar ile olmayan hastalar arasındaki izlem farklarını incelemeyi amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Yıllık ortalama 70.000-75.000 arası hasta başvurusu olan hastanemiz acil servisine, 10 Aralık 2008-15 Şubat 2011 yılları arasındaki 26 ayda intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalar değerlendirildi. Hastanemiz etik kurulundan onay alındıktan sonra, adli vaka kayıtlarından intihar girişimi olarak not edilen hastaların dosyaları protokol numarası ile arşivden geriye dönük olarak tarandı ve 16 yaş üstü, intihar girişimi ile acil servise başvurmuş hastalar bu kesitsel çalışmaya alındı.

Hastalar bilinç durumuna göre gruplandırıldı. GKS 14 ve altı olan hastalar bilinç bulanıklığı var olarak kabul edildi. GKS 15 olan hastalar ise bilinç bulanıklığı olmayan hastalar olarak çalışmaya alındı. İntihar metodu olarak ateşli silah ve kesici alet ile yaralanma, ası, yüksekten atlama, araç önüne atlama ve korozif madde alımı gibi durumlarla başvuranlar, travmatik yöntemler ile intihar girişiminde bulunan hastalar olarak değerlendirildi. İlaç içme ve gaz inhalasyonuna bağlı başvurular ise travmatik olmayan yöntemler olarak değerlendirildi. Kazara yaralanan hastalar ve bilinç bozukluğu nedeniyle

anamnez alınamamış, yakınlarının da bilgisi olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Veriler hazırlanırken hastaların cinsiyet, yaş, ne ile intihar girişiminde bulunduğu, öncesine ait psikiyatrik tanıları, acil serviste psikiyatri ile konsülte edilip edilmedikleri ve hangi servise yatırıldıkları tarandı. Acil serviste bu hastaların tedavisi ve takibi ilk bakıdan sonra monitörlü gözlem odasında yapılmıştır. Hastanemizde anestezi yoğun bakım ünitelerinin dışında genel cerrahi, beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, dahiliye ve nöroloji gibi kliniklerin de yoğun bakım üniteleri bulunmaktadır. Bu ünitelere yatan hastalar çalışmamızda "yoğun bakım ünitesine yattı" olarak alındı. Travmatik yöntemlerle intihar girişiminde bulunan hastalar yoğun bakım yatış gerekliliği yoksa cerrahi servislere yatırıldı.

Veriler "SPSS for Windows 17" programına girildi. Ortalama standart sapma ile birlikte verildi. İstatistiksel analizler ki-kare testi ve Mann-Whitney U-testi kullanılarak yapıldı.  $p < 0.05$  değeri anlamlı olarak kabul edildi.

## Bulgular

İntihar girişimi ile toplam 327 hasta acil servise başvurmuş olup 23 hasta dosya bilgilerinde eksiklik olduğu için çalışma dışı bırakılmış ve 304 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların %67.1'i (n=204) kadın olup yaş ortalaması  $25.8 \pm 9.1$  yıldır. Bu hastaların 84'ünde (%27.6) bilinç bulanıklığı mevcuttu. Bilinç bulanıklığı olmayan hasta sayısı ise 220 olarak saptandı. Bilinç bulanıklığı olan ve olmayan hastalarda kadın oranı sırasıyla %64.3 (n=54) ve %68.2 (n=150) olup yaş ortalamaları sırasıyla  $26.1 \pm 10.1$  ve  $25.7 \pm 8.7$  yıl olarak saptanmıştır (cinsiyet ve yaş için  $p > 0.05$ ).

Bilinç bulanıklığı olan hastaların %4.8'i (n=4) acil servisten taburcu edilmiş, %2.4'ü (n=2) ilk müdahaleden sonra doktor onayı olmadan hastaneden ayrılmış ve %92.9'u (n=78) yatırılmıştır. Bilinç bulanıklığı olan hastaların %48.8'i (n=41) acil serviste gözlem odasında yatırılıp takip edilmiştir. Bilinç bulanıklığı olmayan hastaların ise %16.8'i (n=37) acil servisten taburcu edilmiş, %13.6'sı (n=30) doktor onayı olmadan hastaneden ayrılmış ve %69.5'i (n=153) yatırılmıştır. Bu yatırılan hastaların %43.2'si (n=95) acil servis gözlem odasına yatırılmıştır. İntihar girişimi ile başvuran hastaların genel olarak yatırıldıkları veya tedavi edildikleri servislere bakıldığında ise hemen hemen yarısının acil serviste takip edildiği görüldü (Tablo 1).

Daha öncesine ait psikiyatrik tanıları sorgulandığında bilinç bulanıklığı olan ve bilinç bulanıklığı olmayan hastaların sırasıyla %27.4'ünün (n=23) ve %28.6'sının (n=63) öncesinde psikiyatri tarafından takip edildiği görüldü ( $p=0.828$ ). Bilinç bulanıklığı olan hastaların, %54.8 (n=46) ile bilinç bulanıklığı olmayanlara (%72.7, n=160) göre acil serviste

**Tablo 1.** İntihar girişimi ile başvuran hastaların tedavi ve takip edildikleri klinikler

Takip edildiği servis	Bilinç bulanıklığı olan		Bilinç bulanıklığı olmayan		Toplam		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
İzinsiz terk	2	2.4	30	13.6	32	10.5	0.002
Acil'den taburcu	4	4.8	37	16.8	41	13.5	0.004
Acil servis yatış	41	48.8	95	43.2	136	44.7	0.439
Yoğun bakım ünitesi yatış	23	27.4	2	0.9	25	8.2	<0.0001
Dahili servis yatış	7	8.3	12	5.5	19	6.3	0.426
Cerrahi servis yatış	7	8.3	44	20.0	51	16.8	0.015
Toplam	84	100	220	100	304	100	

daha düşük oranda psikiyatri ile konsülte edildiği görüldü ( $p=0.003$ ). Her iki grubun daha öncesinde intihar girişimleri ise sırasıyla %13.1 ( $n=11$ ) ve %16.8 ( $n=37$ ) olarak tespit edildi ( $p=0.426$ ).

Bilinç bulanıklığı olan gruptaki hastaların %19.0'u ( $n=16$ ), bilinç bulanıklığı olmayan gruptaki hastaların ise %7.3'ü ( $n=16$ ) travmatik bir yöntemle intihar girişiminde bulunmuştur ( $p=0.003$ ). İlaçla intihar girişiminde bulunan hastaların, ne kadarının hangi ilaçları kullandığı ve kullandıkları ilaçlara göre karşılaştırmaları Tablo 2'de verilmiştir. Her iki grupta da birden fazla ilaç ile intihar girişimi hemen hemen aynı ve oldukça yüksek oranlardaydı (Tablo 2).

## Tartışma

Çalışmamızda intihar girişimi ile başvuran hastaların tedavisinde, acil servislerin ve yoğun bakım ünitelerinin önemli rolü olduğu görülmektedir. Travmatik yöntemlerle olan intihar girişimi vakalarında ise cerrahi klinikler önemli yer tutmaktadır. Hastaların toplamda %58.2'si ( $n=177$ ) acil serviste

takip edilmiş olup bu hastaların 41'i (%13.5) taburcu edilmiş, 136'sı (%44.7) ise yatırılarak tedavi edilmiştir. Hastanemizde dahili servislere yatacak hastaların büyük kısmının acil servislerde takip edildiği, travma ile intihar girişiminde bulunan hastaların ise cerrahi kliniklere yattığı görüldü. Travma hastaları için kısa süreli takip gerekse dahi hastanemizde bu hastalar cerrahi kliniklerde takip edilmekte ve acil serviste kalmamaktadır.

Çalışmamızda cerrahi kliniklere yatış oranlarının yüksek olmasının nedeni bu olabilir. Mert ve ark.nın<sup>[9]</sup> yaptığı bir çalışmada da 86 hastanın 70'inin (%81.4) yatışı yapılmış ve yatanların 44'ünün acil serviste 26'sının anestezi ve reanimasyon bölümünde takip edildiği görülmüştür. İntihar girişimi ile başvuran hastaların takip edildiği bu kliniklerin ve özellikle acil servislerin, tanı ve ilk müdahalenin yanında, bu hastaların takibinde de önemli bir rol oynadığı görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların yalnız dörtte birinin öncesinde psikiyatrik tanıları olduğu ve takip edildikleri saptandı. Mert ve ark.nın yaptığı bir çalışmada bu oran %35 olarak saptan-

**Tablo 2.** İntihar girişimi için kullanılan ilaçlar

Aldığı ilaç	Bilinç bulanıklığı olan		Bilinç bulanıklığı olmayan		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Antidepresan	46	54.8	54	24.5	<0.0001
Organofosfat	12	14.3	30	13.6	0.883
Non-steroid antiinflamatuar ilaç	4	4.8	53	24.1	<0.0001
Salisilat	2	2.4	8	3.6	0.583
Parasetamol	3	3.6	40	18.2	0.001
Anti-hipertansif	0	0	13	5.9	0.023
Antibiyotik	2	2.4	28	12.7	0.007
Birden fazla ilaç	45	53.6	128	58.2	0.468

mıştır ve hastaların %19.7'sinde en az bir kez intihar girişimi öyküsü olduğu, olguların %45.3'ünün ise yeniden intihar girişimini düşündüğü görülmüştür. Dolayısıyla bu hastaların acil servise başvurusundan itibaren takip sürecine alınması önemlidir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların %58'inin acil servis doktorunun önerileri doğrultusunda psikiyatri poliklinik kontrollerine geldiği görülmüştür.<sup>[10]</sup> Gairin ve ark.nın<sup>[11]</sup> yaptığı çalışmada, intihar sonucu ölen 219 hastanın 85'inin ölmeden önceki bir yıl içerisinde bir acil servise intihar girişimi ile başvurduğu da göz önüne alındığında, acil servislerin tıbbi müdahale dışında, intihar girişimlerinin önlenmesinde ve psikiyatrik destek alınmasında önemli rolünün olduğu görülecektir.

Acil servis doktorları tarafından intihar girişimi ile gelen hastaların risk faktörlerinin değerlendirilmesi, tekrarlayan girişimlerin azaltılması noktasında önemlidir.<sup>[12]</sup> Bu nedenle acil servisler, bu hasta grubunun takibi ve tedavisi açısından daha çok geliştirilmelidir. Acil serviste takip edilen hastaların yapılan ilk müdahaleden sonra, yoğun bakımlara ve diğer kliniklere yatan hastaların ise medikal ve cerrahi tedavileri sonrası psikiyatri ile konsülte edilmeleri tedavilerinin tamamlanması yönünden önem arz etmektedir.

Birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da intihar girişimi bilinç bulanıklığı olan ve olmayan gruplarda çoğunlukla ilaç alımı ile yapılmaktadır.<sup>[10]</sup> Ancak bilinç bulanıklığı olan hastalarda travmatik yöntemler diğer gruba göre daha fazla görülmektedir. Bu sonuç travmatik yöntemleri kullanan hastaların daha ciddi ölüm düşüncesi içerisinde olduklarını düşündürmektedir.

Acil servisi doktor onayı olmadan terk eden hastaların bilinç bulanıklığı olmayan grupta daha fazla olduklarını görmekteyiz. Yapılan bazı çalışmalarda bu oranlar %2.9 ile %53 arasında değişmekte ve bölgesel farklılıklara göre ayrılma nedenleri de farklı olmaktadır.<sup>[13,14]</sup> Çalışmamızda izinsiz ayrılan 23 hasta mevcuttur. Hastaların ayrılma nedenlerini bilememekteyiz. Bu hastaların gerekli tedaviyi ve gözlemi almadan ayrılmalarını engellemek ve tedaviyi teşvik etmek için acil servislerde sosyal hizmet görevlileri veya psikologlar gibi sağlık personellerinin çalışması bu oranı azaltabilir.

### Kısıtlılıklar

Bilinci kapalı olduğu için anamnezi alınamamış ve yakınlarından da doğru anamnez alınamamış bazı intihar girişimi hastaları atlanmış olabilir. Çalışma tek merkezli yapıldığından dolayı sonuçları geneli yansıtmayabilir.

### Sonuç

İntihar girişimi ile başvuran hastaların tedavisinde acil ser-

vislerin, yoğun bakım ünitelerinin ve özellikle travma varsa cerrahi servislerin kilit rol oynadığı görüldü. Dolayısıyla bu bölümlerin bu hasta grubu ile ilgili geliştirilmesinin ve iyi bir psikiyatrik takibin bakım kalitesini artıracaklarını düşünmekteyiz. Bu hastaların hastanemizdeki takiplerinde, dahili servislerin tahmin edilenin aksine daha az rol aldığı görüldü.

### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmiş(lerdir)tir.

### Kaynaklar

1. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008;192:98-105.
2. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008;30:133-54.
3. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990;147:1189-94.
4. Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disord* 2004;82:43-52.
5. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. 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 Psychiatr Scand* 1996;93:327-38.
6. Joubert L, Petrakis M, Cementon E. Suicide attempt presentations at the emergency department: outcomes from a pilot study examining precipitating factors in deliberate self-harm and issues in primary care physician management. *Soc Work Health Care* 2012;51:66-76.
7. Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, Dart RC. 2010 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System (NPDS): 28th Annual Report. *Clin Toxicol (Phila)* 2011;49:910-41.
8. Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Pai KS, Cho JP. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci* 2012;27:307-12.
9. Mert E, Toros F, Gamsız Bilgin N, Çamdeviren H. Acil polikliniğine zehirlenme nedeni ile gelen olguların sosyodemografik ve psikososyal açıdan değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:121-5.
10. Sengul CB, Serinken M, Sengul C, Bozkurt S, Korkmaz A. Sociodemographic features of suicidal attempters evaluated at psychiatric outpatient clinic after assessment in emergency service. *Turk J Emerg Med* 2008;8(3):127-31.
11. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. *Br J Psychiatry* 2003;183:28-33.

12. Cooper JB, Lawlor MP, Hiroeh U, Kapur N, Appleby L. Factors that influence emergency department doctors' assessment of suicide risk in deliberate self-harm patients. *Eur J Emerg Med* 2003;10:283-7.
13. Shahid M, Khan MM, Saleem Khan M, Jamal Y, Badshah A, Rehmani R. Deliberate self-harm in the emergency department: experience from Karachi, Pakistan. *Crisis* 2009;30:85-9.
14. Leikin JB, Morris RW, Warren M, Erickson T. Trends in a decade of drug abuse presentation to an inner city ED. *Am J Emerg Med* 2001;19:37-9.