



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
ANTALYA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ACİL SERVİSE İNTİHAR GİRİŞİMİYLE BAŞVURAN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE HASTANE
ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ’NİN KULLANILMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Volkan Çelebi

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mehmet Nuri Bozdemir

ANTALYA

2017

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

DİZİNİ.....**Error! Bookmark not defined.**

TABLolar VE ŞEKİLLER

DİZİNİ.....**Error! Bookmark not defined.ii**

TEŞEKKÜR.....iv

ÖZET.....**Error! Bookmark not defined.**

ABSTRACT.....**Error! Bookmark not defined.ii**

1. GENEL BİLGİLER VE GİRİŞ.....1

2. KURAMSAL ÇERÇEVE.....4

2.1. İntihar Davranışı.....4

2.1.1. İntihar davranışının sınıflandırılması.....6

2.1.1.1. Tamamlanmış intihar tanımı, sıklığı ve risk faktörleri.....6

2.1.1.2. İntihar girişimi tanımı, sıklığı ve risk faktörleri.....7

2.1.1.3. Tekrarlayan (Yineleyici) intihar girişimleri tanımı, sıklığı ve risk faktörleri.....11

2.1.1.4. İntihar düşüncesi tanımı, sıklığı ve risk faktörleri.....12

2.1.2. İntihar ile intihar girişimini birbirinden ayırma.....13

2.1.3. İntihar davranışının temel unsurları.....14

2.1.3.1. İntihar niyeti.....14

2.1.3.2. İntihara güdülenme (motivasyon).....16

2.1.3.3. İntihar eylemi.....17

2.2. İntihar Davranışı ile Karşılaşma.....18

2.2.1. İntihar düşünceleri ile karşılaşma.....18

2.2.2. İntihar tehditleri ile karşılaşma.....	20
2.2.3. İntihar girişimleri ile karşılaşma.....	21
2.2.4. Tekrarlayan (Yineleyici) intihar girişimleri ile karşılaşma.....	23
2.2.5. Acil servise intihar davranışı başvuruları.....	24
2.3. İntihar Davranışını Önleme.....	25
2.3.1. Krize müdahale ve intiharı önleme.....	25
2.3.1.1. Risk faktörleri.....	26
2.3.1.2. Birincil önleme.....	26
2.3.1.3. İkincil ve üçüncül önleme.....	27
2.3.1.4. Bireysel müdahaleler.....	27
2.3.1.5. Biyolojik müdahaleler.....	27
2.3.1.6. Psikolojik müdahaleler.....	28
2.3.1.7. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler.....	28
2.3.1.8. Bilişsel ve davranışçı tedaviler.....	29
2.3.1.9. Grup, eş ve aile müdahaleleri.....	29
2.3.1.10. Grup psikoterapisi.....	30
2.3.1.11. Eş ve aile terapileri.....	31
2.3.1.12. Terapötik İlişki.....	31
2.3.1.13. Tedavi müdahalelerinin etkinliği.....	32
2.3.1.14. Sonuçlar ve öneriler.....	32
2.3.2. Acil servise düşen görevler.....	33
2.4. Türkiye'de Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri.....	34
2.4.1. Kendini değerlendirme (self-report) ölçekleri.....	35
2.4.1.1. Beck Depresyon Envanteri.....	35
2.4.1.2. Zung Depresyon Ölçeği.....	36
2.4.1.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği.....	36

2.4.1.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	37
2.4.1.5. Çocuklar için depresyon ölçeği.....	37
2.4.1.6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	38
2.4.2. Klinisyenin değerlendirdiği (clinician-rated) ölçekler.....	39
2.4.2.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	39
2.4.2.2. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği.....	40
2.4.2.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği.....	40
2.4.2.4. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği.....	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
3.1. Hasta Seçimi.....	42
3.2. İstatiksel Analiz.....	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ.....	53
7. KAYNAKLAR.....	54
8. EKLER.....	65
Ek 1: Çalışma Kriterleri.....	65
Ek 2: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	68
Ek 3: Hasta Bilgi Formu.....	71
9. ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BDE: Beck Depresyon Envanteri

CADÖ: Calgary Depresyon Ölçeği

CDDÖ: Cornell Demansta Depresyon Ölçeği

CRH: Corticotropin Releasing Hormone

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

EDSDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

EKT: Elektro Konvulsif Tedavi

GATA: Gülhane Askeri Tıp Akademisi

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Anksiyete skoru

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği-Depresyon skoru

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

İDY: İçtepişel Dikkatsiz Yaklaşım

KY: Kaçınan Yaklaşım

MADDÖ: Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği

POSY: Probleme Olumsuz Yönelim

POY: Probleme Olumlu Yönelim

SPÇ: Sosyal Problem Çözme

WHO/EURO: World Health Organization Regional Office for Europe

ZDÖ: Zung Depresyon Ölçeği

5-HIAA: 5-Hidroksi İndolasetik Asit

5-HT2a: 5-Hidroksi Triptamin 2a



TABLolar VE ŞEKİLLER

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçek Puanları

Tablo 2. Katılımcıların Psikiyatrik-Klinik Özelliklerine Göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçek Puanları

Tablo 3. Katılımcıların HAD-A ve HAD-D cut-off Değerlerine Göre Bulunma Oranları İle Birlikte HAD-A ve HAD-D Ortalama Değerleri

Tablo 4. Psikiyatri Polikliniğine Kontrole Gelen Hastaların Aldıkları Tanıya Göre Hastane Anksiyete Depresyon Puan Ölçekleri ve Anlamlılık Düzeyleri

Şekil 1. Hasta Akış Şeması

TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim boyunca geldiğim ilk günden beri benden hiçbir desteğini
esirgemeyen, benim için bazen hoca, bazen ağabey bazen arkadaş bazen baba figürü
olan sayın Uzm. Dr. Mustafa Keşaplı'ya;
tez danışmanım sayın hocam Doç. Dr. Mehmet Nuri Bozdemir'e;
sayın hocam Doç. Dr. Nalan Kozacı'ya;
sayın Uzm. Dr. Burak Kulaksızoğlu'na;
asistanlık eğitimim boyunca bilgilerini benden esirgemeyen tüm uzmanlarıma;
tezim için karnında bebeğiyle yorulmak bilmeden uğraş veren Dr. Adeviyye Karaca'ya;
tezime yazım aşamasında katkıda bulunan Dr. Ramazan Güven'e;
beraber çalıştığımız başta Dr. Resmiye Nur Okudan ve Dr.Gökhan Kaya olmak üzere
tüm asistan arkadaşlarıma; acil servis hemşirelerimize, personellerimize,
her zaman yanımda olan bana desteğini esirgemeyen canım'a, aileme sonsuz
teşekkürler...*

ÖZET

İntihar girişimi acil servislere sıkça başvuru nedenlerinden biridir. İntihar girişimiyle başvuran hastaların tanımlanması risk gruplarının belirlenmesi ve riskli hastalar için uygun önlemlerin alınması oluşabilecek yaralanmaları ve ölümü önleyebilir.

Bu çalışmada acil servise intihar girişimiyle başvuran hastalarda hastane anksiyete depresyon ölçeğini kullandık. Hastaların intihar riskinin değerlendirilmesinde bu ölçeğin kullanılabilirliğini göstermek amaçlanmıştır.

Çalışmaya 102 hasta dahil edildi ve 14 soruluk hastane anksiyete depresyon ölçeği hastalar tarafından dolduruldu. Anketi dolduran hastalar, 1 hafta sonra daha önceden belirlenmiş bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmek üzere telefonla arandı ve kontrol muayenesine çağırıldı. İntihar girişimi olan hastaların intihar girişimi olmayan hastalara göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete (HAD-A) Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon (HAD-D) skoru ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) toplam skorları açısından aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (**p=0.043,p=0.031,p=0.034**, sırasıyla). İmpulsif (içgüdesel olarak verilen ani tepki) tanısı alan hastaların, diğer tanıları alan hastalarla anlamlılık düzeyine göre karşılaştırıldığında HAD-D skorları istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p=0.044**).

Çalışmamızda uyguladığımız HAD ölçeği, hastaların anksiyete depresyon düzeylerini değerlendirerek risk grubundaki hastaları tanımakta yardımcı olmuştur. Özellikle hikâyesinde en az bir intihar girişimi bulunan hastaların daha riskli grupta yer aldıkları tespit edildi.

Hikâyesinde en az bir intihar girişimi bulunan hastaların daha riskli grupta yer aldıkları ve psikiyatrik destek sağlanırsa hastaların intihar eğilimlerinin azaltılabileceği sonucuna vardık.

Acil servis doktorları, intihar girişimiyle başvuran hastaların sadece intihardan doğan fiziksel sorunlarını çözmeye odaklanmamalı, bu hastalara taburcu edilmeden gereken psikiyatrik desteği sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, İntihar girişimi



ABSTRACT

Suicide attempts are one of the common reasons for referral to emergency services. Identification of patients admitted by committing suicide, identification of risk groups and taking appropriate precautions for risky patients may prevent injuries and death.

In this study, we used hospital anxiety depression scale in patients who applied with emergency service suicide attempt. The aim of this study was to show the usefulness of this scale in evaluating patient's suicide risk.

102 patients were included in the study and the 14-questions hospital anxiety depression scale was filled by the patients. The patients who completed the questionnaire was called to be evaluated by a pre-determined psychiatrist one week later and then asked for the control examination. There was a significant difference between the patients with suicide attempt and those without suicide attempt in terms of HAD-A, HAD-D score and HAD total scores ($p = 0.043$, $p = 0.031$, $p = 0.034$, respectively). HAD-D scores were statistically significant ($p = 0.044$) when the patients diagnosed as impulsive were compared with the patients with other diagnoses according to the level of significance.

In our study, the HAD scale helped to identify patients in the risk group by assessing the anxiety depression levels of the patients. In particular, it was noticed that the patients had at least one suicide attempt in their story were in high risky group.

We found that patients who had at least one suicide attempt in their story were in a higher risk group and if psychiatric support was available, the suicidal tendencies of patients may be reduced.

Emergency physicians should focus not only to solve the physical problem of the patients presented suicide attempts but also provide the required psychiatric care before the dischargement .

102 patients were included in the study and the 14-questions hospital anxiety depression scale was filled by the patients. The patients who completed the questionnaire was called to be evaluated by a pre-determined psychiatrist one week later and then asked for the control examination. There was a significant difference between

the patients with suicide attempt and those without suicide attempt in terms of HAD-A, HAD-D score and HAD total scores ($p = 0.043$, $p = 0.031$, $p = 0.034$, respectively). HAD-D scores were statistically significant ($p = 0.044$) when the patients diagnosed as impulsive were compared with the patients with other diagnoses according to the level of significance.

In our study, the HAD scale helped to identify patients in the risk group by assessing the anxiety depression levels of the patients. In particular, it was noticed that the patients had at least one suicide attempt in their story were in high risky group.

We found that patients who had at least one suicide attempt in their story were in a higher risk group and if psychiatric support was available, the suicidal tendencies of patients may be reduced.

Emergency physicians should focus not only to solve the physical problem of the patients presented suicide attempts but also provide the required psychiatric care before the dischargement.

Key Words: Suicide, Hospital Anxiety Depression Scale, Suicide Attempt

1. GENEL BİLGİLER

İntihar, insanlığın başlangıcından bu yana gerçekleşen ve hem felsefenin, hem psikolojinin hem de toplum biliminin üzerinde tartıştığı önemli bir olgudur. Bildirilen oranlar farklı olmasına karşın dünyanın her yerinde ve her türlü sınıftan insanda görülebilmektedir. Çoğu zaman “yaşamı tehdit edici” bir özellik taşıdığından ve sadece bireysel kayıplarla sınırlı kalmayıp, uyandırdığı şiddetli duygular (öfke, panik, korku, suçluluk gibi) açısından intihar edenin yakın veya uzak çevresini de etkisi altına alabilmektedir. Bu nedenle aynı zamanda üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı sorunudur.⁽¹⁾

Kişinin intihar etmeye eğilimli olmasına veya intihar etmesine neden olan birçok faktör olabilir. En başta psikolojik nedenler yer alsa da, aile ve sosyal yaşam koşulları da belirleyici unsurlar arasındadır. Ancak intihar olayları aynı zamanda kişileri intiharın sonuçlarına katlanmak zorunda bırakabilir ve toplumun intiharlara karşı tutumunu da etkileyebilir.⁽¹⁾ Genellikle bireysel çerçevede açıklanabileceği düşünülen bu davranış bozukluğunu etkileyen nedenleri araştırmak psikoloji ve psikiyatri ile paralellik gösteren toplumbiliminin (sosyolojinin) de uğraşı alanına girmektedir.⁽²⁾

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); dünyada her 40 saniyede bir intihar, her 3 saniyede bir ise intihar girişiminin gerçekleştiğini, son 45 yıl içerisinde intiharların %60 civarında arttığını söylemektedir.⁽³⁾ Gerçekleşen tüm ölümlerin yaklaşık % 0.9'unun intihar vakaları olduğu,⁽⁴⁾ intihar girişimlerinin ise tamamlanmış intiharlardan 20 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁽⁵⁾

İntihardan kaynaklanan ölümlerin tüm dünyada ilk 10 ölüm nedeni arasında olduğu belirtilmektedir. Bu istatistikler ve değerlendirmeler intiharın da gündemimizde giderek artan bir şekilde yer alacağını göstermektedir.⁽⁶⁾

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ise Türkiye'deki kaba intihar hızı (belli bir yıl içinde her 1000 nüfus başına düşen tamamlanmış intihar sayısı), bir önceki yıla göre değişmemiş, yani 100 binde 4,11'dir.⁽⁷⁾ Bu verilere göre, 2015 yılında her 100 bin kişiden 4'ünün intihar ettiği ortaya çıkmaktadır. İntihar girişimleri ise tahmin edileceği üzere daha fazladır. 1998 ve 2001 yılları arasında yapılan kapsamlı bir çalışmada intihar

girişimi hızının ortalama 78.8/100.000 olduğu belirtilmekte ve bu yıllar arasında %93.5'lik bir artıştan söz edilmektedir.⁽⁸⁾

İntihar girişiminde bulunan birey gerçekten ölmek isteyebileceği gibi; acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu da dile getirmek istemiş olabilir.⁽⁹⁾ İntihar girişiminde bulunmuş ya da intiharı gerçekleştirmiş tüm bireylerin %95'inde bir ruhsal bozukluk tanısı gözlenmiştir⁽¹⁰⁾.

İntihar, sadece insanın kendisini öldürmesi durumu değildir. Bunu, öldürme olayından uzun zaman önce başlayan bir “süreç” olarak da değerlendirebiliriz.⁽¹¹⁾ Bu yüzden intiharla bağlantılı bir takım davranışları da göz önünde bulundurmamız gerekmektedir. Bu durumda; "kendini öldürme" düşüncesiyle başlayıp ölümle sonuçlanan bir davranış yelpazesi ve sürecini tanımlayan "intihar davranışı" terimini kullanmak daha doğru olacaktır.^(11, 12)

Fransız sosyolog Emile Durkheim'in 1897'de intihar konusunda yaptığı öncü ve herkes tarafından kabul gören bilimsel çalışması, sosyolojide pozitivist yöntemlerin uygulanabilirliğinin kanıtlanması ve intiharın sistematik olarak ele alınması açısından oldukça önemlidir. Durkheim'in bu önemli çalışmasında; intihar ve intihar girişimi ile ilgili tanımlar, kavramlar ve intihar olgusunu ortaya koyan rakamlar, sosyolojik intihar teorisi, diğer teoriler ve multidisipliner yaklaşımlar yer almaktadır.⁽¹³⁾

İntihar davranışı, kültürlerle ve çağlara göre değişim göstermektedir. Antik Yunan ve Roma uygarlıklarında intihar, devlete karşı işlenen bir suç olarak yorumlanmıştır. Bazı ilkel toplumlarda ise intihar bir kahramanlık göstergesidir. Hastalık, yaşlılık, hayattan beklentilerin yerine getirilememesi, kadının eşinin ölümü, hizmetçinin “sahibi”nin ölümü gibi nedenler de ilkel toplumlarda normal sayılmıştır. Eski Katolik Hristiyanlar din uğruna gerçekleştirilen intiharları doğal kabul etmişlerdir.⁽¹³⁾ Günümüzde Japonya'da ülkeleri için intihar etmek kahramanlık sayılır. Aynı mantıkla başarısızlık durumunda intihar etmenin kişinin onurunu koruma düşüncesiyle olduğu bilinmektedir.⁽¹⁴⁾

Yapılan araştırmalarda okul, hastane, kreş, bakımevi gibi sosyal hizmetlerde çalışan bireylerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla intihar davranışı sergiledikleri ve kendilerine zarar verdikleri saptanmıştır. Bu bireylerin çaresizlik, yalnızlık,

korunmaya ve desteklenmeye olan gereksinimleri gibi duyguları ön plana çıkmaktadır. Ancak sosyal hizmet disiplini içerisinde intihar davranışına yönelik uygulama, araştırma ve bilgi üretiminin yetersiz olduğu dikkat çekmektedir.⁽¹⁴⁾

Özel yaklaşım gerektiren önemli bir hasta grubunu teşkil eden intihar edenlerin sağlık hizmetine ilk ulaşma noktaları acil servislerdir. Acil hekimi açısından bu hastalarda psikiyatri konsültasyonu, yatış ve taburculuğun doğru yapılması büyük önem taşımaktadır. Karar vermede her ne kadar öyküden elde edilen geleneksel risk faktörleri kullanılmakta ise de ilave verilere de ihtiyaç vardır. Morbidite ve mortaliteyi azaltmada vakaların doğru tanımlanması, risk gruplarının belirlenmesi ve uygun tedbirlerin alınması hayati öneme sahiptir.

2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İntihar Davranışı

“İntihar” sözcüğü Türk Dil Kurumu’nca “bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi” olarak tanımlanmıştır. İntihar, Latince bir kelime olan ve insanın kendini öldürmesi anlamına gelen *suicedere*’den, İngilizce’ye *suicide* şeklinde geçmiştir.⁽¹⁵⁾ Bugün ülkemizde de tıbbi terminolojide *suisit* sözcüğü sık kullanılmaktadır.⁽¹⁶⁾ Türk Dil Kurumu tarafından intihar sözcüğü yerine “öz kıyım” veya “öze kıyım” kelimeleri önerilmektedir⁽¹⁷⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül amaçlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır.⁽¹⁸⁾ Ölümle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, kullanılan yöntem ölümcül olsun ya da olmasın, istemli olarak yaşamına son vermeyi hedefleyen her türlü davranış intihar olarak nitelendirilmektedir.⁽¹⁹⁾

Psikanalitik kuram insan kişiliğini alt benlik, benlik üst benlik olarak sınıflandırmaya dayandıran bir hipotezdir. Bu kuram intiharı, sevilen birinin yitirilmesi ve yitirilen sevgi objesinin benliğin bir parçası haline dönüştürülerek (içe alma) yitirilene duyulan öfkenin öz benliğe çevrilmesi şeklinde açıklar. “İntihar, kişinin istemli olarak yaşamına son vermesidir. Kişinin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir.”⁽²⁰⁾

Durkheim’a göre, intihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğundan ve bu nedenle doğan çatışmalardan kaynaklanmaktadır.⁽²¹⁾

Freud’un intihar konusuna yaklaşımı ise 2 hipotezden oluşur. Birinci hipotez; ileri depresyon ile nefret edilen ya da çok sevilen ve kaybedilmiş bir objeden kurtulmak için şahsın seçtiği bir kurtuluş yolu olarak tanımlanır. İkinci hipotez ise aşırı agresyon sonucu kişinin intihar ederek kendini tahrip etmesidir.⁽²²⁾

Karl Menninger intiharı, kişinin başkalarına duyduğu öfkeyi kendine yöneltmesi sonucu oluşan kendini öldürme isteği olarak tanımlamıştır. Kişi, bu şekilde kendini

cezalandırmaktadır.⁽²³⁾ İntihar eden birey üç temel güdüyle hareket etmektedir: Öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği. İntiharı sonuçlandıran ve kendini öldüren kişinin bilinçaltında ölme isteği hâkimken, intihar girişiminde bulunan kişinin bilinçaltında ise ölmeme isteği hâkimdir.⁽²⁴⁾

Schneidman'a göre; intiharların nedeni bir çözüm arayışıdır. Ana hedef şuurluluğun geçici olarak ortadan kaldırılmasıdır. Umutsuzluk ve yardımsızlık hali mevcuttur. Her girişim intihar riskini daha fazla arttırmaktadır.⁽²²⁾

Ringel, 1969 yılında intihar eden bireyler için özel bir klinik tablo oluşturmuştur. "Pre-suisidal Sendrom" adını verdiği bu tablo; bireysel yetersizlik, umutsuzluk, olumsuz yargılar ve kişiler arası ilişkilerde içe çekilme halini içerir. Bu tabloya göre ölüm düşüncesi giderek yoğunlaşır ve intihar planları eyleme dönüştürülür.^(25, 26)

İntihar; psikolojik, sosyolojik, biyolojik, kültürel ve çevresel bileşenleri olduğu için multidisipliner yaklaşılması gereken bir konudur.⁽²⁷⁾ Geniş açıdan problem çözme, dar açıdan ise sosyal problem çözme önemli bir başlangıç sayılabilir. D'Zurilla ve Goldfried 1971 yılında, bu amaçla Sosyal Problem Çözme (SPÇ) Modeli'ni geliştirmişlerdir. Daha sonra D'Zurilla, Nezu ile birlikte (1990) bu modeli tekrar değerlendirip genişletmiştir. Genişletilen bu modelde, SPÇ becerisi iki adet kısmen bağımsız parçadan oluşmaktadır: (a) Probleme yönelim ve (b) Problem çözme becerileri.⁽²⁸⁾ Probleme yönelim; probleme olumlu yönelim (POY) ve probleme olumsuz yönelim (POSY) olmak üzere iki alt başlıktan oluşurken; problem çözme yaklaşımları ise akılcı problem çözme (APÇ), içtepisel dikkatsiz yaklaşım (İDY) ve kaçınan yaklaşım (KY) olarak ele alınmaktadır. POY ve APÇ uyumlu-olumlu fonksiyonlar ve psikolojik sağlıklılıkla ilgili iken; POSY, İDY ve KY, uyumsuzluk-olumsuzluk ve psikopatolojiler ile ilişkili ve fonksiyonel olmayan boyutlardır.^(28, 29)

İntihar girişiminde bulunanların ve intihar kurbanlarının çoğunluğunun psikiyatrik bir bozukluğu bulunduğu genel olarak kabul görmektedir.⁽³⁰⁾ Ciddi intihar girişimlerinde ve tamamlanmış intihar olgularında, en sık belirlenen tanı duygu durum bozukluklarıdır.⁽³¹⁾ İntihara eğilimde psikiyatrik bozukluk öyküsü önemli olmasına rağmen, psikiyatrik bozukluğu bulunan birçok birey, intihar girişiminde bulunmamaktadır.⁽³²⁾ Toplumun her kesiminde görülebilmektedir. İntihara eğilimli hasta

karışık duygular içerisinde. Yani, hastanın yaşama ve ölme isteği arasındaki denge değişkenlik gösterir. 10 intihardan 8'inin önceden ipucu verdiği bilinmektedir.⁽²⁵⁾

İntihara olan yatkınlığın değerlendirilmesinde, klinikte kullanılan en önemli risk faktörlerinden biri, intihar girişimi öyküsünün olmasıdır.⁽²⁵⁾ Bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan erkeklerin yüzde 42'sinin, kadınların ise yüzde 45'inin intihar girişimi öyküsüne sahip olduğu bulunmuştur.⁽³³⁾ Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.⁽³⁴⁾ Klinik olarak intihar girişimi öyküsü önemli olsa da, tamamlanmış intiharların üçte ikisi ilk girişimde gerçekleşmektedir.⁽³⁵⁾

İntihar davranışının cinsiyetle ilişkisini ele alan sayılamayacak kadar çok bulgu vardır.^(36, 37, 38, 39, 40, 41, 42) Bu çalışmaların çoğunda, cinsiyetler arasında intihar olasılığı açısından fark olmadığı rapor edilmiştir.^(37, 39, 43) Bu benzerliğin olası nedeni, taşıdığı stres bağlamında grupların benzer koşullar altında bulunmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Welch'in 2001 yılında yaptığı çalışmada ise, farklı olarak, erkeklerde intihar oranının kadınlara göre 3.5 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte kadınlar erkeklere göre 4 kat daha fazla oranda intihar girişiminde bulunmaktadır.⁽²⁴⁾

Her intihar girişimi ölümle sonuçlanmaz. Kendine zarar verici her davranış da ölüm amacı taşımaz. Bu önermelerden yola çıkarak birçok psikiyatrik rahatsızlıklarda önleyici hizmet veren National Institute of Mental Health, intihar davranışını 3'e ayırmıştır: Tamamlanmamış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesi.

2.1.1. İntihar davranışının sınıflandırılması

2.1.1.1. Tamamlanmış intihar tanımı, sıklığı ve risk faktörleri

“Tamamlanmamış intihar, kişinin kendisini öldürmek için girişimde bulunması, ancak bu girişimin ölümle sonuçlanmaması durumudur.”^(11, 44)

Tamamlanmış intiharlar; Prepubertal dönemde bilişsel gelişim henüz yetersiz olduğundan çocukların ümitsizlik ve çaresizlik geliştiremedikleri ve intiharı planlayıp uygulayamadıkları düşünüldüğünden çocuklarda nadir görülürken, ergenliğe geçişle birlikte rakamlar belirgin bir şekilde yükselmektedir.⁽⁴⁵⁾ Ayrıca ergenlik döneminde

psikiyatrik bozuklukların ve madde kullanımının artmasının da intihar riskini bağımsız olarak arttırdığı düşünülmektedir.^(46, 47)

Tamamlanmış intihar oranları genç kızlarda erkeklerden daha düşük iken, intihar düşüncesi ve intihar girişimi kızlarda daha yüksek oranda görülmektedir.⁽⁴⁸⁾ Cinsiyetler arasındaki bu farkın nedenleri olarak, erkeklerde komorbid duygu durum bozukluğu ve madde kötüye kullanımının sık görülmesi, agresyon düzeyinin daha yüksek olması ve erkeklerin intihar girişimlerinde daha ölümcül yöntemler seçmesi düşünülmektedir.⁽⁴⁹⁾

Ergenlerde, intihar girişim öyküsünün olması, sonraki tamamlanmış intihar ve intihar girişimleri için tek başına en önemli risk faktörüdür. Yapılan birçok vaka-kontrol ve prospektif çalışmada intihar girişimi öyküsü varlığının, sonraki tamamlanmış intihar riskini 10-60 kat arttırdığı saptanmıştır.⁽⁵⁰⁾ Özellikle geçmiş intihar girişimlerinde ası, ateşli silah ve yüksekten atlama gibi ölümcül yöntemler seçilmiş ise tamamlanmış intihar riski çok daha yüksektir.⁽⁵¹⁾

Birçok çalışmada; anne babada depresyon, madde kötüye kullanımı, anti-sosyal davranışlar gibi psikopatolojilerin varlığının, ergenlerde tamamlanmış intihar ve intihar girişimi riskini belirgin ölçüde arttırdığı belirlenmiştir. İntiharlarda görülen bu ailesel faktörlerin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Bu durum, ailedeki psikopatoloji ve kaotik ortamdan çok, genetik bir etkenle de ilgili olabilir. Ailede tamamlanmış intihar ya da intihar girişiminin varlığı, ergenlerde intihar davranışı riskini 2-6 kat arttırmaktadır.⁽⁴⁹⁾

İntihar davranışına yatkınlıkta, yaş, cinsiyet, psikiyatrik bozukluklar, umutsuzluk hisleri, zorlu yaşam olayları/koşulları, çocukluk dönemi yaşantıları, cinsel ve fiziksel istismar öyküsü, ailesel ve genetik faktörler, fiziksel hastalık öyküsü, psiko-sosyal ve çevresel faktörler gibi çok çeşitli risk faktörleri yer almaktadır.

2.1.1.2. İntihar girişimi tanımı, sıklığı ve risk faktörleri

İntihar girişimi, literatürde; üstesinden gelinemeyen bir acıyı ve sıkıntıyı dışa vurmanın yolu, çevrede bir değişiklik isteğini dile getirme ve bu doğrultuda “yardım

çağrısı”nda bulunma olarak değerlendirilmektedir. Genellikle "intihar" ile "intihar girişimi"ni ayırmanın zor olduğu, bazen ayırmanın rastlantılara kalabildiği belirtilmekte, kimi benzerliklerine karşılık, intihar girişimlerinin kendine özgü niteliklerinin bulunduğu üzerinde durulmaktadır.

Literatürde tamamlanmış intiharlara ilişkin bilgiler daha sistematik ve dolayısıyla daha güvenilirdir, ancak intihar girişimlerine ilişkin bilgiler ile ilgili veriler için aynı şeyi söyleyemeyiz.⁽⁵²⁾

İntihar girişimleri ile ilk olarak hastanelerin acil servislerinde karşılaşılır. Dolayısıyla intihar eden kişinin ilk teması acil servis personeli ile olmaktadır.^(20, 21, 22) İntihar sonrası bu dönemde hastanın içerisinde bulunduğu psikolojik durum, ilk karşılaşmanın önemini artırmaktadır.⁽²¹⁾

İntihar girişiminde bulunan bireyler, bazen olayı önemsiz bir kaza gibi gösterir, bazen de inkâr yoluna saparlar. Hastalar, kendine yönelik beslediği yıkıcı dürtülerin farkında olmayabilirler. Bazen de çevreye karşı saldırgan bir tutum sergileyebilirler. Bu saldırganlık, aslında kendisini öldürmesi için başkalarını kışkırtma amacı içerebilir.^(25, 53)

Türkiye’de intihar girişimleri hayati tehlike arz etmeyen, acemice denemeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Genelde ölüm amaçlanmaz, eylem daha çok bir yardım arama niteliği taşır.⁽⁵⁴⁾ Bu durum dikkatimizi psikolojik sıkıntılara, zorlayıcı yaşam koşullarına, aile ve sosyal destek sistemlerine çekmektedir. Bu doğrultuda; bireylerin, ailelerin ve toplumun sorunlarına çözümler üretmeye çalışan sosyal hizmeti⁽⁵⁵⁾, intihar olgularına karşı duyarlı kılmaktadır.⁽⁵⁶⁾

Tamamlanmış intihar ve intihar girişimi durumlarının risk faktörleri incelendiğinde, her iki durumun da aynı bileşenlerden oluştuğunu görmekteyiz. Örneğin Haley, intihar davranışına neden olan risk faktörlerini “hazırlayıcı faktörler” ve “potansiyel faktörler” olmak üzere iki başlık altında toplamaktadır. Haley’in yaptığı sınıflandırmada “hazırlayıcı risk faktörleri”nin içinde depresyon, umutsuzluk, madde kötüye kullanımı ve genetik yapı bulunmaktadır. “Potansiyel risk faktörleri”nin alt başlıkları olarak ise ailedeki bir intihar, önemli bir yaralanma veya hastalık durumu, sosyal yalıtılmışlık, yöntemlere (örneğin ateşli silahlara) ulaşabilmede kolaylık, düşük

benlik değeri, geçmiş yaşamdaki bir istismar, stres ile başa çıkmada yetersizlik, aile ilişkilerinden kaynaklanan problemler, düşük toplumsal statü, cinsel oryantasyon, cinsiyet, biyolojik yapı, ilerleyen yaş, sosyal veya çevresel stres kaynakları, bilgi işleme yetersizlikleri ve hataları yer almaktadır.⁽⁵⁷⁾

Beautrais'in yaptığı çalışmada ise, ciddi intihar girişiminde bulunan gençler incelenmiş ve risk faktörleri araştırılmıştır. Bu çalışma sonucunda elde ettiği bulgular ışığında, intihar girişimine doğrudan veya dolaylı olarak neden olan risk faktörlerini gruplamıştır. Sonuçlar şöyledir:

"1. Sosyodemografik faktörler (formal nitelikli eğitim eksikliği ve düşük sosyoekonomik düzey),

"2. Çocukluk dönemi ve aile faktörleri (cinsel istismara maruz kalma, zayıf aile ve evlilik ilişkileri, ailenin alkol ile ilgili sorunları),

"3. Kişilik özellikleri (yüksek umutsuzluk düzeyi ve nörotizm),

"4. Yaşam olayları ve psikiyatrik bozukluklar (kişilerarası çatışmalar, kayıplar ve yasal sorunlar, halen yaşanmakta olan duygu durum ve madde kötüye kullanım bozuklukları)."⁽⁵⁸⁾

Yapılan araştırmaları göz önünde bulundurduğumuzda, intihar girişimleri için risk faktörlerini şu şekilde derleyebiliriz:^(35, 59)

- 1) Kadın olmak
- 2) 15-24 yaş grubunda olmak
- 3) Yakın zamanda gerçek ya da sembolik anlam taşıyan kayıplar yaşamak
- 4) Yakın çevre ile iletişim sorunları yaşamak
- 5) Başta depresyon olmak üzere bir ruhsal soruna sahip olmak.

Araştırmalarda, en sık kullanılan intihar girişimi yönteminin kendini zehirleme olduğu kaydedilmiştir.⁽⁶⁰⁾ Ayrıca intihar girişiminde bulunan kişilerin daha çok kadın

cinsiyete sahip olduğu ve erkeklerden iki kat fazla girişimde bulundukları da belirtilmiştir.

Avrupa’da intihar girişiminde bulunan bireylere baktığımızda, çoğunluğunun bekâr, dul ya da yalnız yaşamakta olduğunu görmekteyiz.⁽⁶¹⁾ Yapılan bir çalışmada, boşanmış veya ayrı yaşayan bireylerde intihar riskinin diğerlerine oranla 11 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.⁽⁶²⁾ Ayrıca düşük sosyoekonomik durum da intihar girişimi için bir risk faktörüdür. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan şahısların yarıdan fazlası, düşük sosyoekonomik düzeye sahiptir.⁽⁶³⁾

Ülkemizde eğitim durumlarına göre intihar girişim oranlarına baktığımızda, eğitim seviyesi düştükçe intihar oranının arttığını görmekteyiz.⁽⁶⁴⁾ Ancak bir başka çalışma, en çok lise mezunlarının intihar girişimi şikâyeti ile acil servislere başvurduğunu söylemektedir.⁽⁶⁵⁾

İntihar girişimi şikâyeti ile acil servise başvuran vakaların girişim sayısı açısından incelendiği bir çalışmada; vakaların %75,54’ünün daha önceden herhangi bir intihar girişiminde bulunmadığı, % 21,58’inin daha önce intihar girişiminde 1 defa bulunduğu ve %2,88’inin ise daha önce intihar girişiminde 2 defa bulunduğu saptanmıştır.⁽⁶⁶⁾ 2007 yılında Kübalı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise intihar girişiminde bulunan kişilerin %18,9’unun daha önce intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir.⁽⁶⁷⁾

İntihar girişiminde bulunan hastanın kendine zarar verme riski yüksekse hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Hastanın kendini öldürme isteğinin devam etmesi, hastanın sosyal çevresinden uygun bir destek sağlanamaması durumlarında, hasta ve hasta ile temas eden kişiler açısından tehlike söz konusudur. Bu nedenle, intihar riski olan hasta, hastanede yatışı reddederse zor kullanmak suretiyle gözlem altında tutularak kendine zarar vermesi önlenmeye çalışılmalıdır.^(68, 69)

İntihar girişiminde bulunan hastalardan, tekrar intihar riski, intihar nedeni ve önceki intihar girişimleri hakkında bilgi toplanmalıdır. Hastayı intihara sevk eden nedenin bilinmesi çok önemlidir. Bu neden açıklık kazanınca, pek çok vakada kötü gidişatın nasıl önlenebileceği de açıklık kazanır. Hastada ağır bir psikiyatrik bozukluk yoksa geçici bir kriz durumu söz konusuysa ve görüşmede etkileşim ümit verici ise,

etkinliği daha düşük olsa da ayaktan tedavi denenebilir. 24 saat sonrası için randevu verilerek hasta acil servisten taburcu edilir.

İntihar girişimlerinin çoğunda ilk müdahaleden sonra ileri bir tedaviye gereksinim yoktur. Ancak intihar girişimlerinden sonra %25 oranında gelişebilen bir sonraki intihar girişimi açısından hazır olmak gerekir. Çünkü intihar girişiminden sonraki 3-6 ay, tekrarlayan intihar girişimi için en riskli dönem olarak kabul edilmektedir.⁽⁷⁰⁾ İntihar girişiminde bulunan şahıslar, takip eden bir yıl içerisinde %12 ila %20 oranında tekrar intihar girişiminde bulunmaktadır. Bu nedenle ileride gerekli olabilecek bir müdahale için, bu kişilerle kolay ulaşılabilir ve esnek bir ilişki içinde bulunmak çok önemlidir.

İntihar girişiminde bulunan kişilerin özelliklerinin heterojen olması nedeniyle, her hasta kişisel özellikleri ve yaşam koşullarına göre ayrı ayrı, bireysel olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle, her hastaya özel tedavi ve müdahale yöntemleri planlanmalıdır.

2.1.1.3. Tekrarlayan (yineleyici) intihar girişimleri tanımı, sıklığı ve risk faktörleri

İntihar davranışının temel özelliklerinden biri de tekrarlayıcı nitelikte olabilmesidir. İntihar sonucu yaşamını yitiren kişilerin yaklaşık % 44'ü daha önce en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur. Bu sonuç, psikolojik otopsiyi de içeren araştırmalar ışığında elde edilmiştir.^(25, 35, 67, 71)

Tekrarlayan intihar girişimleri çoğu kez ölüme neden olmaktadır. Ayrıca bu durum, ulusal sağlık sistemine ciddi bir yük getirir. Bu nedenle intihara müdahale araştırmalarının en önemli amacı, yinelemeyi önlemektir.

İngiltere'de yapılan birçok çalışmada, intihar girişiminde bulunanların yaklaşık % 11'inin takip eden bir yıl içerisinde intihar nedeniyle hayatlarını kaybettikleri bildirilmektedir. Bu risk, genel toplum ile kıyaslandığında 100 kat daha fazladır. Ayrıca birçok çalışmada görülmüştür ki, intihar girişiminde bulunanlar arasında, ilk kez intihara kalkışanlar, yineleyici intihar davranışında bulunanlardan daha azdır.

Tekrarlayan intihar girişiminde bulunanlar, zamanla yapmak istedikleri işte, kendilerine yardım etmek isteyenler tarafından engellendikleri duygusuna kapılırlar. Sonrasında yardımları kabul etmeyen hatta açıkça reddeden tutumlar sergilerler. Bu kişiler, tamamlanmış intihar için büyük risk taşırlar. En sonunda, isteyerek, kazara veya impulsif bir atak sırasında kendilerini öldürürler. Bu nedenle bu tür hastaları daha dikkatli bir şekilde değerlendirmek zorundayız.

Epidemiyolojik araştırma sonuçları, tekrarlayıcı intihar girişimlerini önlemek için daha çok bilgiye ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu alanda risk faktörlerinin belirlenmesi, bu kişilerin erken tespit edilip daha iyi tedavi edilmesini sağlayabilir.

2.1.1.4. İntihar düşüncesi tanımı, sıklığı ve risk faktörleri

İntihar düşünceleri, intihar etmeye dair kişinin aklına takılan veya kişinin intihara yöneliminde etkili olan tüm düşünceleri içermektedir. Spirito ve Lewander, intihar düşüncelerini "ölümün yanı sıra intihar girişimine yönelik spesifik olarak hazırlanan planlar ve bu planı gerçekleştirmek için nasıl bir yöntem izleyeceğine ilişkin düşünceler" olarak tanımlamaktadır. Stauffer'e göre ise, intihar düşünceleri; gelecekteki bir intiharın önceden, gerçek dışı bir şekilde kurgulanması ve üzerinde düşünülmesidir. İntihar düşüncesinin sıklığı, yoğunluğu ve süresi, düşüncenin şiddetini belirlemek açısından önemlidir.^(25, 34) İntihar düşüncesi kapsamına ayrıca, kişinin başkalarına kendiliğinden söylediği ya da bu kişiye sorulduğunda doğruladığı düşünceler de girer.

İntihara meyilli bir kişide mantık hatası içeren ve daha çok şizofrenik düşünme biçimi olarak tanımlanan paralojik düşünme görülmektedir. Hatta paralojik düşünme biçiminin de ötesinde, bu kişilerde çarpıtılmış düşünceler bulunmaktadır.⁽⁷²⁾ Genellikle düşünceler 'ya - ya da' kalıpları arasında kalmış, dar bir alana sıkıştırılmış kategorisel bir şekildedir. Ölümü tek kurtuluş olarak görme, bu kategorisel düşüncenin en tehlikeli olanıdır.⁽²¹⁾

Psikoterapist Odağ, intihara götürecek düşüncelerin uzun süre kaybolmadığını, inatçı ve şiddetli olduğunu ve istençten etkilenmediğini söyler. Odağ'ın intihar üzerine

yazmış olduğu “İntihar (Özkıyım): Tanım-Kuram-Sağaltım” adlı eserine göre intihar düşünceleri üç önemli niteliğe sahiptir ve aşağıda aynı şekilde aktarılmıştır:

“1. İntihar düşünceleri her şeyden önce yaklaşan bir tehlikenin habercileridir. Özellikle kişilerin bu düşüncelerini 'atamadıklarını', 'onlardan kurtulamadıklarını', 'onların inatla sürdüklerini' söylemeleri onlarla hemen bir görüşme yapılmasını zorunlu kılar.

"2. İntihar düşünceleri birdenbire ya da ağırca ortaya çıkabilirler. Yavaş gelişenlerin giderek şiddetlerini artırdıkları görülür.

"3. İntihar düşünceleri bir tehlikenin olduğu kadar bilinçdışı bir çatışmanın, ruhsal öğelerdeki dengesizliğin, ciddi ruhsal bir sorunun da habercisidir.”⁽²¹⁾

Bu alanda yapılan bir çalışmada da, intihar girişim öyküsünden bağımsız olarak, sosyal problem çözme ve yaşam stresi değişkenlerinin, intihar düşüncesi geliştirme üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir.⁽²⁹⁾ Ayrıca, stres ve intihar düşüncesi arasındaki ilişki anlaşılmaya çalışılmış, sosyal problem çözme becerisinin bu ilişkinin bir nedeni olabileceğini destekleyen bulgular elde edilmiştir.^(73, 74) Yaşam stresinin artması ile sosyal problem çözme becerilerinin zayıfladığı ve intihar girişim öyküsünden bağımsız olarak intihar düşüncelerinin arttığı ortaya konmuştur.⁽⁷⁵⁾ Buna karşın kriz durumlarında intihar düşüncesi sıklığı %20, intihar girişimi sıklığı ise %7-10 olarak bildirilmiştir.^(76, 77)

İntihar düşüncesi ile intihar davranışının risk faktörleri aynıdır (intihar davranışı bölümünde detaylı olarak bahsedilmiştir). Bu bağlamda, ruhsal hastalık öyküsünün bulunması önemli bir risk faktörüdür. Yapılmış olan birçok çalışmada, intiharlarda en sık görülen ruhsal hastalık, depresyon olarak tanımlanmıştır. İntihar düşüncesi ile ilişkili olduğu saptanan diğeri psikiyatrik rahatsızlıklar ise; alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluklarıdır. Ayrıca kronik fiziksel hastalıklarla da intihar düşüncesi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.⁽⁷⁸⁾

2.1.2. İntihar ile intihar girişimini birbirinden ayırma

Davranış biçimi açısından intihar ve intihar girişimi arasındaki farkı net olarak açıklayabilmek kolay değildir. Çoğu sosyolog ve psikiyatri uzmanı, intihar edenler ve

intihar girişiminde bulunanların iki ayrı grup olduğuna ve intihar girişiminde bulunanların, intihar grubu için risk teşkil eden bir alt grup olduğuna inanır. Onlara göre bu iki davranış biçimi, çoğunlukla iç içe geçmiş durumdadır.^(20, 79)

İntihar girişimi, son zamanlarda daha fazla dikkat çekmektedir. Bu kavram, daha önceleri sadece sonuca ulaşamamış bir intihar eylemi olarak görülürdü. Son yıllarda ise, intihardan kaynaklanmayan birçok önemli problemi yansıtması nedeniyle, üzerinde özel bir çalışma gerektirdiği saptanmıştır.⁽⁸⁰⁾

Türkiye’de intihar davranışı, intihar eyleminin sonucuna göre değerlendirilmektedir. İntihar ve intihar girişimi ayrımı, sonucuna göre, bu şekilde oluşturulur.⁽⁸¹⁾ Hâlbuki intihar ve intihar girişimi arasındaki farklılık ve ilişki, hem amacına hem de sonucuna göre birlikte değerlendirilmelidir.⁽¹⁵⁾

2.1.3. İntihar davranışının temel unsurları

İnsan davranışları tesadüflerle açıklanabilecek kadar basit, gelişigüzel ya da anlamsız değildir. Bir davranışın oluşmasında; kişilik özellikleri, düşünme, geçmiş tecrübeleri hatırlama, duyum ve algılama, duygusal etkinlikler, tutumlar, inançlar ve içinde yaşadığı sosyokültürel çevrenin sahip olduğu değerler gibi pek çok faktör etkili olmaktadır. Davranış ve hareketin temel farkı, bir hedefe veya amaca yönelik olmasıdır. Bu bağlamda davranış, anlamlı bir harekettir. Bir davranışın ne anlama geldiğini çözebilmek için davranışı bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Davranışın oluşum süreci, amacı ve dışa vuruluş şekli detaylı olarak incelenmelidir.

Yeterli ve kapsamlı bir intihar tanımı yapabilmek için üç temel unsuru göz önüne almamız gerekir. Bu temel unsurlar şu şekilde derlenmiştir: “Niyet, güdü (motivasyon) ve eylem.”⁽¹¹⁾

2.1.3.1. İntihar niyeti

Amerika Psikiyatri Cemiyetine göre intihar niyetini ne kadar çok zihinde yer alırsa bunu gerçekleştirmek için bir o kadar fazla plan yapılır ve intihar riski artar. Shneidman’a göre ise; kazalar ve doğal ölümler, ölüme yönelik bir niyet barındırmaz,

ancak intihar davranışı taşıdığı niyete göre belirlenir.⁽⁴⁰⁾ Kişinin intihar niyetinin derecesine göre, eylemi doğrudan veya dolaylı, bilinçli veya bilinçsiz olabilir.

İntiharla ilgili en yaygın önyargı şudur: İntihara eğilimli bir kişi, kesinlikle ölmek niyetindedir. Oysa çoğu kişi intihar ederken kararsız, son ana kadar ölmek veya hayatta kalmakla ilgili verdiği kararının doğruluğunu sık sık düşünmektedir.⁽⁸²⁾

Spirito ve Levander, intihar niyeti taşıyan ergenlerle ilgili yaptıkları çalışmalarda, gerçek niyeti belirlemenin oldukça zor olduğuna dikkat çekerler. Klinisyenlere bu zorlukları aşabilmeleri için, ergenlerle yapacakları görüşmelerde, “sonuçtan beklentiler” ve “girişim planı” üzerinde durmalarını önerilmektedir. Bu bağlamda belirledikleri temalar ve sorular aşağıda aynen alıntılanmıştır:

"• Ölümçüllük hakkında beklentiler: Bu hapları aldıktan sonra ölebileceğinizi düşündünüz mü?

"• Eylemi tersine çevirme: Kusmak, süt içmek gibi girişiminizi geri çevirebilecek bir şey yapmayı düşündünüz mü?

"• Yaşam hakkında birbirine zıt hisler: Girişimde bulunduktan sonra ölmeyi ya da yaşamayı önemsediniz mi? Ölmeyi istediniz mi?"

Sirto ve Levander'e göre “planlama” hakkındaki sorular girişimin ön hazırlık derecesine göre değerlendirilmelidir. Planlama hakkında şu sorular üzerinde durulmalıdır:

"• Girişimde bulunmadan önce yaptığınız planı ne kadar zaman düşündünüz?

"• Aileniz tarafından bulunmaya yönelik bir önlem aldınız mı, yetişkinlerin veya arkadaşlarınızın dikkatini çekecek bir şey yaptınız mı?

"• Ölüm beklentisi içerisindeyken örneğin intihar notu bırakma, kişisel eşyalarınızı kimin almasını istediğinizi belirten bilgiler bırakma gibi herhangi bir hazırlık yaptınız mı?"⁽²¹⁾

İntihar niyeti ile seçilen yöntem ve sonuç arasındaki ilişkiyi kurmak zordur. Çünkü intihar eden kişi, yöntemin öldürücülük seviyesini tam olarak bilmiyor olabilir.

Bilse de yöntemi yanlış uyguluyor olabilir. Benzer şekilde, öldürücülüğünden emin olduğu yönteme ulaşamıyor olabilir. İntihar girişimini yer ve zaman olarak planlarken hata veya hatalar yapmış olabilir. İntihar girişimi sonrası kendisine yapılabilecek olası engelleyici veya tedavi edici müdahalelere karşı aldığı önlemlerde eksiklikler olabilir. Tüm bu nedenlerden ötürü, kişi, ölüm niyetini gerçekleştiremeyebilir.

2.1.3.2. İntihara güdülenme (Motivasyon)

İntihar güdüsünü “fizyolojik, duygusal, bilişsel ve sosyal yaşantıya ilişkin bir takım nedenlerle kişiyi kendisini öldürmeye eğilimli kılan, ölme isteği ve arzusu uyandıran; itici ve dinamik güç” olarak tanımlanır.⁽⁸³⁾

İntihar eyleminin nedeni, asla tek bir neden, tek bir olgu, tek bir süreç, tek bir etmen ve tek bir güdü olamaz. Bu yüzden birçok nedenin intiharı güdüleyebileceğini düşünmeli, ölüm isteğinin her zaman yaşama içgüdüğü ile beraber olduğunu kabul etmeliyiz. Çünkü ölümle neticelenmiş intihar girişimlerinde bile yaşam güdüsü tamamen kaybolmaz.⁽²¹⁾

İntihara güdüleyen en sık nedenler, kendine ve başkasına duyulan öfke, kendini ve başkasını cezalandırma istekleridir. İntiharı nasıl tanımlarsak tanımlayalım (olgu, süreç, hastalık, eylem vb.); asıl anlamı, saldırganlığın yaşamı tehlikeye sokacak bir eyleme dönüşmesidir. İntihar girişimi, kişinin kendini zarara uğratma amaçlı ve yaşamına son vermeye yönelik gibi görülebilir. Oysa bu, özgül ama çok şaşırtıcı, yanlış sonuçlara götüren bir algılamadır. Çünkü davranışın bilinçaltı nedenlerine bakıldığında, tek amacının intihar olmadığı görülür. Kişiler, dışarıdan gördüğümüz nedenler dışında başka bilinçaltı nedenler yüzünden de intihar eylemine güdülenebilirler.

İntihara güdüleyen nedenler arasında, kişinin kendi çevresine belli bir isteğinin yerine getirilmesi için baskı yapması da yer alır. Bazı intihar girişimlerinde elde edilmek istenen amaç ile eylem arasındaki ilişkiyi çözmek çok kolaydır. Bu görüşe örnek olarak; işini, yerini ya da sevgilisini yitiren kişi, intihar eylemi ile kaybettiklerini yeniden kazanmak istemektedir; bu ilişkiyi görmek kolaydır. Gösteriş yanı ağırlıkta olan intihar girişimlerinde ise, eyleme güdüleyen neden, baskı yapma isteğidir.⁽²¹⁾

Velkoff ve Huberty, intihar davranışına güdülenmede temel fonksiyonları tespit edebilmek için, ergenler üzerinde çalışmalar yapmışlardır. Bu çalışmalar sonucunda şu üç temel fonksiyondan birinin etkili olduğunu öne sürmüşlerdir:

“1) Kaçma: Bu sayede ergen kişisel ilişkilerden veya bir dizi olaydan göreceği acıdan veya sıkıntıdan korunmaktadır.

“2) Kontrol: Bu sayede ergen kontrolü dışında olan birini veya bir şeyi kontrol altına alabileceğini düşünmektedir.

“3) İletişim: Bu sayede ergen, çevresindekilere bir şeyin yanlış olduğunu veya kendisinin duygusal yönden acı çektiğini bildirmektedir.”⁽⁸⁴⁾

İnsanlar arası ilişkiler de intihara güdülenmede bir risk faktörü olarak yer almaktadır.

Bronisch, intihar davranışında psikolojik güdülere ağırlık verir. Bronisch’e göre; insanın yaşam alanındaki ilişki ağı, intihar davranışını tetiklediği için önemli bir rol üstlenir. Bu önem, sadece intihar davranışını tetiklediğinden değil, aynı zamanda intihar davranışının gelişiminde de belirleyici olduğu içindir.⁽⁷⁹⁾ Bronisch’e göre, intihar davranışında kişinin sahip olduğu ölme veya yaşama isteği ne olursa olsun, en önemli güdüleyici faktör; kişilerarası ilişkilerin ya bitmiş olması ya da yakın bir gelecekte muhtemelen bitecek olmasıdır.

2.1.3.3. İntihar eylemi

Durkheim, “Eylemin doğrudan ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölümüne intihar” demektedir.⁽²¹⁾ Ayrıca, intihar eylemi, aynı zamanda intihara neden olabilecek bir eylemsizliği de kapsar ve böylece geniş bir anlam kazanır. Durkheim’e göre ölüm, eylemin dolaylı ya da dolaysız bir sonucudur. Eylem, kurbanın yapmış olduğu girişimdir, ölümle sonuçlanır ve ölümle sonuçlanacağı kurban tarafından bilinir. Kısaca eylem, intiharın tanımlanmasında odak noktasını teşkil eder. Ölüm, kurban ve eylem... Bu terimler, intihar eyleminin, yukarıdaki tanımda bahsedilenlerden başka farklı nitelikleri olduğunu ortaya koymaktadır. En önemlisi; ölüm, kurban ve eylem

kavramlarını, toplum ve intihar davranışında bulunan kişiler farklı yorumlamaktadır. Dışarıdan bakıldığında; eylem, ölüme götürür ve bu eylem bilinçli olarak yapılır. Ancak bu bilinçlilik hali tartışmalıdır. Çünkü bazı intihar eylemleri birdenbire gelişmektedir ve bu durumda bilinçlilik halinden bahsetmek doğru değildir.⁽²¹⁾

İntihar eyleminde doğrudan bir yöntem seçmek yerine, dolaylı yolları tercih eden kişilerin sayıları daha fazladır. Örneğin anoreksi hastalarının zaman içinde gittikçe aşırı zayıflamaları, yavaş yavaş ölüme gitmeleri dolaylı bir intihar girişimidir. Bu tarz intihar girişimleri, gizli (latent) intihar eğilimlerinin sonuçlarıdır. Anoreksi hastalarında olduğu gibi alkoliklerde, ilaç ve madde bağımlılarında da gizli intihar eğilimleri oldukça sık görülmektedir. İntihar girişimi sırasında yanlışlıkla ölenler arasında dolaylı yolları tercih edenlerin sayısı oldukça fazladır. Bu bilgiden yola çıkarak, gizli intihar eğilimlerinin kazalar aracılığı ile, yani dolaylı olarak amaçlarına ulaştığı düşünülebilir.⁽²¹⁾

2.2. İntihar Davranışı ile Karşılaşma

Mesleki olarak akıl ve ruh sağlığı alanında hizmet veren profesyonel kişiler, sıklıkla intihar düşünceleri taşıyan, intihar tehditleri savuran, intihar edebileceğini söyleyen veya bunu ima eden kişilerle karşılaşabilmektedirler. Profesyonel kişilerin karşılaşabilecekleri diğer intihar davranışı şekilleri ise, intihar girişimleri ve tekrarlayan (yineleyici) intihar girişimleridir.

2.2.1. İntihar düşünceleri ile karşılaşma

İntihar düşünceleri, psikolog ve psikiyatrların günlük pratiklerinde sık karşılaştıkları acil durumlardan biridir. İntihara yatkın kişiler, her yaşta pek çok stres yaratan duruma karşı intihar düşünceleri geliştirebilir. Bu düşünceler, kişilerin zihninde uzun süre barınabilir ve intihar girişimine neden olmayabilir.⁽⁸⁵⁾

Depresif ruh haline sahip olan kişilerde intihar düşünceleri, ümitsizlik, çaresizlik ve sıkıntı durumlarında çok hızlı şekillenir ve bu düşünceler kişiyi korkutur. Kişi,

intihar düşüncesini kontrol edememekten korkar ve bu şekilde başvurabilir. Bu kişiler düşüncelerini ufak bir teşvikle açıklar. Sıkıntılarına çare bulmak için isteklidirler.⁽²⁰⁾

İntihar düşünceleri taşıyan kişiler, çevrelerinden uzaklaşabilir, değişirler ve yabancılaşırlar. Bu durumda ciddi bir intihar girişiminin yakın olduğu hemen akla gelmelidir.⁽²¹⁾

İntihar düşünceleri ve girişimle ilgili planlamalar somutlaştıkça ve sıklaştıkça intihar riski artmaktadır.⁽¹⁵⁾ İntihara yönelik düşüncelerin yoğunluğu, süresi ve sıklığı çeşitlilik gösterir. Girişim öncesinde, eylemde bulunma zamanı kesin olarak bilinmeyebilir. İntihar düşünceleri birkaç ay gibi uzun sürelerde oluşabileceği gibi, dürtüsel (impulsif) bir karakter taşıdığına sadece birkaç gün gibi kısa bir zamanda veya birkaç dakikada dahi oluşabilir.

İntihar girişiminde bulunan birey, kimi zaman intihar düşünceleri taşıdığını saklama eğilimindedir ve bu dikkat edilmesi gereken bir husustur. Özellikle ergenler, görüşmelerde intihar düşüncelerini saklama eğilimindedir. Kişiler, utangaçlık, pişmanlık hissi, yatarak psikiyatrik tedavi almak istememe gibi nedenler yüzünden intihar düşünceleri taşıdıklarını kabul etmede isteksiz olabilirler.⁽²¹⁾

İntihar düşüncesini değerlendirmek için yapılacak olan görüşme sırasında, bu düşünceleri açığa çıkarmak ve onları değerlendirmek için Spirito ve arkadaşları bazı temalar ve onlarla bağlantılı bazı sorular belirlemişlerdir. Tema ve sorular aşağıda aynen alıntılanmıştır:

"1. Sıklık: Bu kendinize zarar verme düşünceleri ne kadar sıklıkla aklınıza geliyordu?

"2. Yoğunluk: Bu düşünceler ne kadar şiddetliydi?

"3. Süre: Bu düşünceler ilk kez ne zaman oluştu?

"4. İntihara yönelik planı detaylandırma: Bu düşüncenizi nasıl ve ne zaman gerçekleştirecektiniz?"⁽²¹⁾

Amerikan Psikiyatri Cemiyetinin intihar düşüncesiyle ilgili yayınladığı kılavuzda;

“Hastanın yaşam hakkında duygularını ele alan sorular;

Hayatın hiç yaşamaya değmez olduğunu hissettiniz mi?

Hiç uyumuş olmanızı ve sadece uyanmamayı dilediniz mi?

Ölüm, kendine zarar verme veya intihar düşüncelerini soracak belirli sorular;

Ölüm son zamanlarda düşündüğünüz bir şey mi?

Yaşadıklarınız sizi kendinize zarar vermeyi düşündürme noktasına getirdi mi?

Kendi kendine zarar vermiş veya intihar düşüncesine sahip olan kişiler için;

Kendinize zarar verme düşüncesi ilk ne zaman aklınıza geldi, bu düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor?

Önceden kendinize zarar vermeyi denerken kendinizi durduğunuz oldu mu?

Gelecekte ne bekliyorsunuz” gibi sorularla hastaların intihar düşünceleri değerlendirilir.

2.2.2. İntihar tehditleri ile karşılaşma

İntihara eğilimli kişiler, kızgınlıklarını ifade etmek, korkutmak, sindirmek ve isteklerini gerçekleştirebilmek adına kendi yaşamlarını bir koz olarak kullanabilirler. Ayrıca dikkat çekmek, odak noktasında yer almak gibi değişik amaçlar için de çevrelerine karşı intihar tehdidinde bulunabilirler. Ancak tehditlerin büyük bir kısmı eyleme dönüşmez. İntihar tehdidinde bulunan kişiler sık sık intihar etme niyetinde olduklarını belirtirler. Buna rağmen bu kişiler, çeşitli nedenlerle (örneğin bekledikleri ilgiyi gördüklerinde veya desteklendiklerinde) niyetlerinden hızlıca vazgeçerler ve tehdit etme davranışını da terk ederler. Yukarıda bahsettiklerimize rağmen, intihara yönelik haberler ve tehditler ciddiye alınmalı, yanıtlanmalı ve potansiyel bir risk olarak değerlendirilmelidir.

2.2.3. İntihar girişimleri ile karşılaşma

İntihar girişimi vakaları ile ilk olarak genellikle hastanelerin acil servislerinde karşılaşılır. Başvuru sırasında ilk olarak girişimcinin hayati tehlikesi söz konusu olduğundan, ilk olarak tıbbi açıdan tüm önlemlerin (vital bulguların stabilizasyonu, yoğun bakım ünitesi ihtiyacının değerlendirilmesi, mide lavajı yapma ve aktif kömür verme endikasyonlarının gözden geçirilmesi, dâhiliye ve psikiyatri konsültasyonu vb.) alınması gerekmektedir. Tıbbi müdahale sonrasında intihar girişiminde bulunan kişi, acil servisten taburcu edilene kadar gözlem altında tutulur. Kişi kendine geldikten (bilinci açıldıktan) hemen sonra onunla iletişime geçilmesi son derece önemlidir.

Kendine gelme anı, genellikle bastırılmış dürtü ve duyguların, üzeri örtülü tepkilerin engellenmeden dışa vurulduğu bir dönemdir. Bu dönem, hasta açısından oldukça korkutucudur. Ama bu dönemde, yaşam istemleri de bastırılmadan dışa vurulur. Böylece hasta ile kurulmaya çalışılan ilişkiler bir nebze kolaylaşır. Bu dönemin iyi değerlendirilememesi, kişinin psikolojik olarak sağaltılması açısından iyi bir fırsatın kaçırılması anlamına gelir.⁽²¹⁾

İntihar girişimi sonrasında hasta, güç bir durum içine girer. Bu zorlu süreç, ilk karşılaşmanın önemini artırır. İlk karşılaşmada hastayı anlayabilmek ve ona yardım edebilmek için sabırlı bir çaba verildiğinin profesyonel olarak belli edilmesi çok önemlidir. Sarf edilen çaba ile hastaya onu anladığımız duygusu verilebilirse, ilk görüşme hedefine ulaşılmış demektir.⁽²¹⁾ Danışman öncelikle, yapılandırılmış bir görüşme planı hazırlamalıdır. Örneğin belli tarihlerde hasta görüşmeleri belirlenir. Hastanın sorununu çözerken somut ve ona özel bir yaklaşım sergilenir. Böylece görüşme yapılan kişinin şaşkınlığı ve görüşme sırasındaki kargaşa azalacaktır. Bireyin akrabaları ve yakın çevreleri de bu sürece dahil edilmelidir. Çevre desteği ve yardımı bu süreçte çok önemlidir. Kişinin kendi oluşturduğu ve toplum tarafından oluşturulan izolasyon kırılmalıdır. Destekleyici bir tutum içinde bulunulmalıdır. Yol gösterici bir tutum içinde olunmalı; doğrudan, net ve açık bir dille, sorularla yaklaşımda bulunulmalıdır. Öte yandan, görüşme sırasında hayatın önemi ve değerli olduğu üzerine ‘evet-hayır’ çatışmasından kaçınılması gerekmektedir. Çünkü bu değer, görüşmeci için öncelikli sorun değildir. Asıl yapılması gereken, hastada hayatı bu denli yaşanmaz hale

getiren şeyin ne olduğunu anlamaya çalışmaktır. Hasta ile empati kurmak; hastaya anlaşıldığını hissettirir, güven verir ve kurmak istediğimiz iletişimi artırır.⁽²⁵⁾

Görüşmeler, her zaman kolaylıkla çözüme ulaşmaz. Hatta çoğunlukla çeşitli zorluklarla karşılaşılır. Bu bağlamda Sayıl'a göre girişimde bulunanların bir kısmı açıkça girişimi hakkında bilgi vermeye yaklaşır. Ancak bir kısım hasta açık sözlü davranmaz. Örneğin bazen intihar girişimi olayını önemsiz bir kaza gibi gösterebilir, bazen de yapmış oldukları girişimi inkar edebilir. Saklanma eğiliminde olan kişilerin tanınmaları zor olduğu için daha tehlikelidirler. Bu duruma çözüm olarak Sayıl, intihar girişiminde bulunmuş bir kişi ile yapılacak bir görüşmede intihar riski, intihar nedeni ve önceki intihar girişimleri hakkında kesin bilgi edinilmesini önermektedir.⁽²⁰⁾

Türkiye'deki intihar girişimi karşılaşmalarına bakıldığında, acil servislerdeki vakaların çoğunda ilk müdahaleden sonra ileri bir tedaviye ihtiyaç duyulmadığı görülmektedir. İntihar girişimi ile karşılaşmada nasıl bir yol izleneceğine yönelik olarak, Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında, "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı"nı geliştirmiştir. Bu programda da belirtildiği üzere; acil servislere intihar girişimi nedeni ile getirilen kişiler, ilk olarak hayati tehlikesi olup olmadığı ve bedensel sorunları açısından ele alınmaktadır. Hızlı, yoğun ve stres yüklü bir acil servis ortamında, intihar girişiminin psiko-sosyal boyutu sıklıkla göz ardı edilmektedir. Hâlbuki bu kişiler, genellikle yaşadıkları şoku, korkuları ve endişeleri üzerlerinden atamamış bir halde acil servise gelirler. Ayrıca yoğun olarak umutsuzluk ve çaresizlik duyguları içerisindeyler. Korunmaya, desteklenmeye ve ilgilenilmeye ihtiyaçları vardır. Bu program ayrıca, acil servislerde hasta ve hasta yakınları ile yaşanabilecek potansiyel sorunlardan da bahsedilir. Bu sorunlar genellikle; ilk karşılaşmada insan ilişkilerinde yaşanan güçlüklerin aşılabilmesi, hasta ve hasta yakınlarının kurum hakkında yeterince bilgilendirilmemesi gibi nedenler dolayısıyla gelişir. Sonuç olarak acil serviste yaşananlar daha da zorlaşır ve böylelikle gergin bir ortam oluşabilir.

2.2.4. Tekrarlayan (yineleyici) intihar girişimleri ile karşılaşma

İntihar davranışı sonrasında tekrarlama oranı yüksektir ve bazen ölüme neden olabilir. Bu nedenle, intihara müdahale çalışmalarının en önemli amacı tekrarları önlemek olmalıdır.⁽²⁵⁾

Bancroft ve Marsack, yaptıkları araştırmalar sonucunda, yineleyici intihar girişiminde bulunan kişileri üç farklı gruba ayırmışlardır:

“1. Kronik tekrarlayıcılar: Üst üste kriz yaşamayı tecrübe etmeye eğilimi olan, kendine zarar verici davranışları alışkanlık haline getiren ve bunu sorunlarla baş etme mekanizması olarak kullanan grup.

"2. Birkaç ay içinde iki veya daha fazla intihar girişimi olan, dönemsel olarak sorun yaşayan grup (örneğin evlilik problemi).

"3. Şiddetli bir kriz anında intihar girişimi olan ve gelecekte benzer bir durumda tekrar intihar girişiminde bulunabilecek grup.”⁽²⁵⁾

Tekrarlayıcı intihar girişiminde bulunan bazı hastalar, sık sık acil servise getirilirler. Bu kişiler, kendilerine yönelik olarak sergiledikleri yıkıcı davranışları, çoğunlukla çevrelerini manipüle etmek amacıyla kullanırlar. Bazı hastalar ise 112 acil servis hizmetlerini sık sık telefonla ararlar ve görevlileri besledikleri intihar düşüncelerinden haberdar ederler. Bu paylaşımlar, hasta için sağlık personeli ile yapılan karşılıklı sözleşme anlamına gelir ve hastayı rahatlatır. Ancak bu şekildeki tekrarlayan başvurular, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarında engellenme hissi ve yapan kişilere karşı öfke uyandırır. Yetkililer, bunu suistimal olarak algılar ve hastalar tarafından yapılan başvuruları kabul etmek istemezler hatta açıkça reddeden tutumlara girerler. Bu şekilde olumsuz tepkilerle karşılaşan hastalar, büyük risk taşıyan grubun içinde yer alır. Onca başvurunun sonunda isteyerek, yanlışlıkla veya impulsif bir atakla kendilerini öldürürler. Bu nedenle, bu tür hastalar daha dikkatli değerlendirilmelidir.⁽²⁰⁾

Yineleyici intihar girişimlerinin önlenmesi ile ilgili olarak şimdiye kadar yapılan çalışmalar neticesinde, girişim sonrası uygulanacak ve tekrarlamaların önüne geçebilecek herhangi özel ve kesin bir tedavi bulunamamıştır.⁽²⁵⁾

2.2.5. Acil servise intihar davranışı başvuruları

İnsanlar gerçekten ölme niyetinde olabilir veya bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu da dile getirmek amacını taşımış olabilir. Ayrıca hayatında olabilecek muhtemel bir değişikliği engellemek ya da böyle bir değişiklikten kaçmak amacıyla da intihar etmiş olabilir. Sebebi ne olursa olsun her girişime önemle yaklaşılmalı ve her girişim dikkatle değerlendirilmelidir. Tamamlanmış intiharların öncesinde başarısız ve mesaj niteliği taşıyan girişimler görülmektedir.

İntihar girişiminde bulunan kişi, ilk olarak acil servislere getirilir. Başvuru sonrası öncelikle, hastanın hayati tehlike durumu değerlendirilir. Daha sonra psikolojik olarak ele alınır. Oysa hastanın içinde bulunduğu duygusal duruma da eş zamanlı olarak müdahale edilmelidir.

Acil servislere hasta ve hasta yakınları için gerekli psiko-sosyal yaklaşım ve müdahaleler her zaman sunulamamaktadır. Verilen hizmetler yalnızca medikal boyutta yürütülmekte, insan ilişkilerinde yaşanan güçlükler aşılamamakta, hasta ve hasta yakınları kurumla ilgili yeterince bilgilendirilememektedir. Bu da yaşananları, hem hasta ve yakınları açısından hem de acil servis personeli açısından daha katlanılmaz hale getirmektedir. İnsanlar umulmadık, aniden ortaya çıkan bedensel veya duygusal travmatik olaylarla karşılaştıklarında, genellikle kendilerini acil servislere bulurlar. Bu olumsuz yaşanmışlıkların üstüne bir de acil servis ekibinin stresi eklenince gergin bir ortam oluşması kaçınılmazdır.

Acil servislere tüm intihar girişimlerini kayıt altına almak ve bu konuda bir veri bankası oluşturmak, konu ile ilgili çalışmalara ışık tutması bakımından oldukça önemlidir. Başvuru sonrası hasta ve hasta yakınlarına psiko-sosyal destek vermek gereklidir. Acil servis alanında çalışan sağlık personeli ile işbirliği yapacak diğer sektör çalışanları, intiharın önlenmesi konusunda eğitilmelidirler ve bu eğitimler zorunlu kılınmalıdır. Ancak bu sayede intihar davranışlarına çok yönlü ve bir bütün olarak yaklaşım sağlanmış olur.⁽²⁸⁾

2.3. İntihar Davranışını Önleme

İntihar davranışını önleyebilmek, intihar riski fazla olan kişileri tespit edebilme ve bu kişilerin intihar girişim düşüncesini anlayabilmekle mümkündür. İntihar etmeyi tasarlayan kişiye daha çok tıbbi yardım yapmak, onu uyumlu bir kişi haline getirmek, kendisi ve sosyal çevresi ile barışık olması için çalışmak, bu hayatta değerli bir yerinin olduğunu görmesini sağlamak tedavi için gereklidir. İntihar girişim riski yüksek olan kişilerin özelliklerinin bilinmesi ve intihar riski olan gruplara farklı açılardan (kişisel, sosyal, ekonomik) yaklaşılması intiharın önüne geçilmesinde önemli bir adımdır. İntihar davranışının oluşumunda, bireyi hayata bağlayan veya hayattan uzaklaştıran etmenlerin en önemlileri kişisel ve sosyal etmenlerdir. İntiharın karmaşık yapısı, birbiri ile etkileşim içinde olan pek çok nedeni içermesi, önleme çalışmalarını olumsuz etkileyen bir faktördür. Bu yüzden önleme çalışmaları, hazırlayıcı etmenlerin birbiriyle etkileşimini ortaya koyacak şekilde düzenlenmeli, birey psiko-biyo-sosyal bütünlük içinde ele alınmalıdır.

2.3.1. Krize müdahale ve intiharı önleme

İntihar girişimine müdahaleyle ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde, vakalara yaklaşımın farklı olduğu görülmektedir. Araştırmalar birincil önleme sorunları (yani intihar insidansının azaltılması) üzerinde çok durmamaktadır. İkincil önleme, intihardan sonra görülen stres ve çeşitli bozuklukların düzeltilmesi; üçüncül önleme ise, tekrarlayan intihar davranışını azaltmaya dair çalışmaları içermektedir.

İntihar davranışına müdahale hakkındaki yayınlarda tedavi, rasyonel uygulamalar ve tedavi standartlarından çok⁽⁸⁶⁾ intihara müdahale ve pragmatik yol gösterici yöntemler⁽⁸⁷⁾ üzerinde durulmuştur. Özellikle hastaneye yatış endikasyonları üzerinde durulurken bireyin yaşadığı stres veya psikoterapi sürecine daha az önem verilmektedir. İntihar eğilimi olan hastasının intihar sonucu ölmesinde terapistin potansiyel sorumluluğu göz önüne alındığında, müdahale üzerinde bu kadar durulması, kısmen de olsa haklı görülebilir. İntiharla ilgili yayınlarda intihar eden insan prototipini kadınların oluşturması durumu arka plana atılmıştır. Pek çok makalede⁽⁸⁸⁾ bu kişilerin çoğunu erkekler oluşturmaktadır.

2.3.1.1. Risk faktörleri

Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı eğitimsiz, işsiz, yoksul, istismar ve/veya ihmale uğrayan kadınlarda daha sık görülmektedir.⁽⁸⁹⁾ ABD'de ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı kadınca bir tutum olarak algılanmaktadır. Kadınların intihar sonucu ölmesi erkeklere göre daha olumsuz değerlendirilmektedir. Yine ABD'de kişiler arası ilişki güçlüklerine bağlı intihar davranışı kadınsı bir patern olarak değerlendirilmektedir.⁽⁹⁰⁾

2.3.1.2. Birincil önleme

İntihar davranışının önlenmesi konusundaki en ilginç bulgular, yardım arama davranışı üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Birçok yazara göre^(91,92,93) intihar eden kişiler tipik olarak girişimden önceki son 1 ay içinde doktora giderler. Bu kişiler sosyal ve kişiler arası ilişki güçlüklerinden bahsederler. Genellikle psikotrop ilaçlarla tedavi edilirler ve kısa bir süre sonra da bu ilacı intihar amacıyla kullanırlar. İntiharı önleme servislerinin etkinliğini araştıran ABD, Batı Almanya ve eski Yugoslavya'da yapılmış çalışmalar^(94,95) kadınların intihar etmesini önlemek amacıyla kurulan telefon hatlarını daha sık kullandığını göstermiştir. ABD'de yapılan bir diğer çalışmada^(96,97) intiharı önleme servislerinin 25 yaşın altındaki beyaz kadınlarda intihar sonucu ölümleri azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. 18 çalışmanın gözden geçirildiği bir meta analizde⁽⁹⁸⁾ intiharı önleme merkezlerinin toplumdaki intihar oranını etkilemediği saptanmıştır. İntiharı önleme merkezlerinin ölümle sonuçlanmayan intihar davranışı üzerine etkisi ise araştırılmamıştır.

Özetle, intiharı önlemeyle ilgili çalışmalar göstermiştir ki doktor ve/veya intiharı önleme servisleriyle kurulan bağlantı intihar oranlarını etkilememektedir. Hatta ilaçla intihar etmek isteyenlerde doktora başvuru sonucu verilen tedavi amaçlı ilaçlar intiharı kolaylaştırmaktadır. Kişi bir kez intiharı düşünmeye başladıktan sonra intiharı önlemek güçleşebilir. Kişiyi intiharı düşünmeye yönlendiren nedenlerin ortadan kaldırılması, intiharı önlemede çok daha etkili bir yöntem olabilir.

2.3.1.3. İkincil ve üçüncül önleme

İkincil ve üçüncül önleme hakkındaki yayınların çoğu bireylerin intihar girişimleri üzerinedir. İlaç tedavileri, Elektro Konvulsif Tedavi(EKT) veya bireysel psikoterapiler bunlara örnek verilebilir. Bazı yazarlar aile tedavileri ve grup psikoterapilerini de önermektedirler.⁽⁹²⁾ Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler üzerinde duran programlara birincil önleme alanında olduğu gibi, ikincil ve üçüncül önleme programlarında da rastlanmamaktadır.

2.3.1.4. Bireysel müdahaleler

Ölümlerle sonlanmayan intihar davranışına müdahalede ilk tanımlanan ve en çok kullanılan yöntemler, bu davranışın bireysel bozukluk veya yetersizliklerden kaynaklandığı ve bireysel bir problem olduğu görüşünden yola çıkarlar.^(99,100) Müdahale yöntemlerindeki farklılıkların nedeni, genellikle bireysel sorunun ne olduğu hakkındaki görüş ayrılıklarıdır.

Beyindeki kimyasal madde dengesizliği, kişilik bozuklukları, bilişsel çarpıtmalar veya problem çözme becerisindeki yetersizlikler gibi sorunlara yönelik müdahale çalışmaları yapılabilir.

2.3.1.5. Biyolojik müdahaleler

Yayınlarda sık rastlanan bir tedavi grubudur. İntihar davranışından biyolojik etmenlerin sorumlu olduğu ve tedavi için bu etmenlerin düzeltilmesi gerektiği hipotezinden yola çıkılarak geliştirilen tedavilerdir. Uygulanan yöntemler, ilaç tedavileri ve EKT'dir. En çok önerilen ilaçlar, antidepresanlar ve antipsikotiklerdir.⁽⁸⁷⁾

2.3.1.6. Psikolojik müdahaleler

İntihar davranışına müdahalede en çok tartışılan yöntemlerden biri psikoterapidir. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler en sık önerilen yöntem olmakla birlikte, bilişsel ve davranışçı yaklaşımlarda kullanılmaktadır.

2.3.1.7. Psikodinamik yönelimli psikoterapiler

Bireysel psikoterapi yöntemleri arasında klinik çalışmalarda en çok üzerinde durulan yöntem psikodinamik yönelimli psikoterapilerdir.^(87,88,101,102) Bu yaklaşım, intihar eden kişilerde esas bozukluğun ruhsal olduğu düşüncesi üzerine kurulmuştur ve intihar davranışı özellikle otonomi ve bireyselleşmedeki sorunların bir belirtisi olarak değerlendirilir. İntihara eğilimli kişilerin büyüme ve gelişme dönemlerinde yaşadığı problemler sonucunda oral bağımlı kişilik bozukluğuna yatkınlık gösterdikleri düşünülmüştür. Hatta bu kişilerin aileleri, dominant bir anne, yetersiz ve uzak bir baba şeklinde tasvir edilmiştir. Birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, burada da sorumlu olarak hastanın annesi gösterilmiştir.⁽¹⁰³⁾ İntihar girişiminde bulunan kişi; tanı konulurken sıklıkla bağımlı, borderline, immatür veya histerik olarak değerlendirilmektedir.^(101,104)

Örneğin Britchnell "İntihara eğilimli hastalara müdahalede psikoterapötik yaklaşımlar" adlı makalesinde şöyle yazmıştır:

"İntihar davranışı, bağımlı kişilik yapısının belirgin bir özelliğidir. Bu kişiler stres altında çaresizlik hisseder, ne yapacağını birisinin söylemesini bekler ve kollanmayı isterler."

Sık rastlanan başka bir tema, intiharın 'mazohistik tatmin' sağladığı görüşüdür.⁽¹⁰⁵⁾ Hatta bazı yazarlar tarafından kendini kesmek, enstest isteğinin sembolik bir şekilde tatmini olarak değerlendirilmiştir.

Hasta, bağımsız ve sorumluluk sahibi olmalıdır. Çünkü psikodinamik yaklaşımlarda genellikle terapist, geçici bir süre için de olsa hastanın bağımlılığını destekleyici bir tutum takınır ve hastanın "düzeltici" duygusal bir yaşantı deneyimlemesini sağlar.

2.3.1.8. Bilişsel ve davranışçı tedaviler

İntihar davranışının, davranışçı teorisi ve terapisi Frederick ve Resnik, Bostock ve Williams, Liberman ve Eckman tarafından geliştirilmiştir. Davranışçı yaklaşımlarda ortak tema, intihar davranışının öğrenilmiş bir başa çıkma mekanizması olduğu ve

sosyal sonuçların da etkisiyle kalıcı hale geldiğidir. Davranışçı tedavilerde, yıkıcı olmayan başa çıkma yollarının öğrenilmesi üzerinde durulur. Bu tedaviler davranışsal defisitler üzerinde duran paket programlar şeklinde hazırlanmışlardır. Örneğin kronik intihar davranışı için Liberman ve Eckman'ın hazırladığı tedavi paketi "sosyal yeteneklerin geliştirilmesi, kaygı ile başa çıkma yöntemleri, birey ve aile üyeleri arasında sorumluluk kontratları yapılmasını" içerir. Bilişsel yöntemlerde intihara yaklaşımda depresyondakine benzer bir yol izlenir. Disfonksiyonel bilişsel süreçlerin anlaşılması ve düzeltilmesi üzerinde durulur. Olayların yanlış değerlendirilmesi, asılsız inanışlar ve mantık hataları bunlara örnek gösterilebilir. İntihara eğilimli kişilerde kognitif terapinin önerileri önemli bir yer kaplar. Bu alandaki yayınlarda en son yenilik, problem çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik bilişsel davranışçı tedavilerdir.⁽¹⁰⁶⁾ Bu tedaviler, soruna direktif, problem yönelimli ve psikoeğitimsel yaklaşımdır. Hastaya; problemlerinin farkına varması, çözüm ve amaçlar geliştirmesi, strateji belirlemesi ve sonuçları değerlendirmesi öğretilir.

Önerilen iki model vardır. Birinci model⁽¹⁰⁷⁾ kısa sürelidir (5 görüşme). Bireysel görüşme ve ev ödevlerinden oluşan oldukça yoğun bir terapidir. İkinci model⁽¹⁰⁰⁾ daha uzun sürelidir (1 yıl). Pek çok sorun üzerinde değişik teknikler kullanılarak durulur. Grup terapileri, bireysel terapilere ek olarak telefon görüşmeleri de tedavide etkindir.

2.3.1.9. Grup, eş ve aile müdahaleleri

İntihar davranışı kişisel zayıflık veya psikopatolojinin sonucu olarak değerlendirildiği için, çevresel etmenler üzerinde duran müdahale önerileri çok azdır. Mevcut öneriler intihar eğilimi olan bireyin ilişkileri üzerinde durmaktadır. Linehan'ın grup terapisi dışındakiler, geleneksel psikodinamik veya sistemik yaklaşımı benimser. Kişilerarası ilişkiler haricindeki diğer çevresel faktörler (örn: fakirlik, işsizlik) üzerinde duran bir yaklaşım yoktur.

2.3.1.10. Grup psikoterapisi

İntihara eğilimli kişilerle yapılan ilk grup terapisi çalışmasını Farberow 1968'te yayınlamıştır. Farberow'un önerdiği bu tedavi, kısa ve kriz yönelimli olup, yazarı

tarafından "klinik olarak yararlı ve önemli" bulunmuştur. Daha yakın tarihte Linehan ve arkadaşları⁽¹⁰⁰⁾ paket programlarına grup psikoterapisini dahil etmişlerdir. Bu sistemde grup terapisi 1 yıl süreyle haftada 1 kez yapılmakta ve kişilerarası ilişkilerin, stres toleransının ve duyguların regülasyon yetilerinin geliştirilmesi üzerinde durulmaktadır. İntihara eğilimli bireyler olumsuz ve kendini suçlayıcı düşüncelere özellikle duyarlı olduklarından, bunun gibi iç odaklara yönelen bir yaklaşım hastanın suçluluk duygularını arttırabilir. İntihar davranışının tedavisinde grup psikoterapilerinin etkinliğini araştıran, Linehan ve arkadaşlarının (1991) bireysel grup ve telefonla irtibatı kombine ettikleri çalışma dışında, basılı bir yayın yoktur. Ama grup terapilerinin depresyon, madde kullanımı gibi alanlardaki sonuçları düşünüldüğünde, bu tedavinin intihar eğilimli kişilerde başarılı olacağı öngörülebilir. Bu tedavi, intihara meyilli kişilere destek olan bir sosyal ortam sunacak ve hastalar için çevresel etmenlerin kendi davranışını nasıl etkilediğini öğrenme konusunda bir fırsat olacaktır.

Grup terapisi, psikoterapiste duyulan duygusal bağımlılığı da azaltacaktır.^(91,92,93) Grup terapileri, intihar eğilimli kadınlara özellikle uygundur. Çünkü bu kadınların sosyal ilişkileri genellikle zayıftır⁽¹⁰⁸⁾ ve benzer sorunlarla başkalarının karşılaşmadığını düşünüyor olabilirler.⁽¹⁰⁹⁾ Aile veya eşin tedaviye dahil edilmesiyle ilgili sistematik araştırmalar yapılmamıştır, ancak bu tür bir girişimin sonuçlarının olumlu olabileceğine dair veriler mevcuttur. Canetto ve Lester'e göre intihar eğilimli kişilerin yakınlarıyla sorunlar yaşadığına dair kanıtlar vardır. Pek çok vakada önemli bir kişi tarafından söylenmiş/ima edilmiş ölüm isteği söz konusudur.^(110, 111) İntihar eğilimli kişilerin ailelerinde ciddi psikolojik sorunlar olduğu rapor edilmektedir. Bunlar otonomi sorunlarını⁽¹¹²⁾ ve intihar davranışını da içermektedir.⁽¹¹¹⁾

Terapi, tedavide önemlidir ama uzun süreli önlemede (18 ay) başarısı kanıtlanmış bir tedavi henüz yoktur. Terapilerde başarının arttırılması için sosyal, ekonomik, yaş, cinsiyet ve ailesel etkenlerin üzerinde durulması yararlı olabilir. Uygulanan bütün tedavilerin ortak yanı, intihar insidansını etkilememeleridir.

2.3.1.11. Eş ve aile terapileri

Pek çok yazara göre hasta için önem taşıyan diğer kişiler de tedaviye dâhil edilmelidir.^(104,113) Fakat sadece Richman intihara eğilimli bireylerde aile tedavisinden

ayrıntılı olarak bahsetmiştir. Richman, klasik psikodinamik ve sistemik yaklaşımla ayrışma-bireyleşme süreci üzerinde durmuştur. İntihar potansiyelinin yüksek olduğu ailelerde "gerekli değişimlerin kabulünün güç olduğu, rol çatışmaları, bozuk aile yapısı, dengesiz ilişkiler ve duygusal güçlüklerin, transaksyonel zorlukların ve krize karşı intoleransın" bulunduğunu belirtmiştir.

2.3.1.12. Terapötik(İyileştirici) ilişki

Terapötik ilişkinin kalitesi, uzun zamandır psikoterapinin sonucu için bir belirleyici olmuştur. Peki, intihara eğilimi olan bireylerle sağlık personelinin ilişkileri nasıldır ve bu ilişki hastayı nasıl etkilemektedir? Araştırmalar göstermiştir ki^(114,115) acil servis personeli, psikiyatri asistanları ve hemşireler de dâhil olmak üzere, intihar eden kişilerin bakımını üstlenen sağlık personeli bu kişilere karşı ters hatta düşmanca davranmaya eğilimlidir. İki çalışmada da^(114, 116) intihar girişimleri "tehlikesiz" olarak kabul edilen kişilere daha negatif yaklaşıldığı gösterilmiştir.

Bütün bu çalışmalar değerlendirildiğinde, intihar yoluyla önem verdiği kişiyi etkilemeye çalışan bir kadının aslında kendini ne kadar güçsüz ve çaresiz hissettiği anlaşılmaktadır. İntihara eğilimli pek çok kadının zaten içinde olduğu düşmanca ve kötüye kullanıcı ilişkiler göz önüne alındığında, sağlık personelinin katı ve yardımcı olmaya isteksiz tutumu oldukça çarpıcıdır.

Ölümle sonuçlanmayan intiharların "kişilerarası" dürtülere bağlı olduğu varsayımı sağlık personelinin, intihara eğilimli bireylerdeki kişilerarası ilişki güçlüklerine empatik yaklaşma güçlüğüne eşlik ediyor gibi görünmektedir.

Özetle; klinik ve ampirik veriler göstermiştir ki, sağlık personelinin intihar eğilimli kişilere yaklaşımı eleştirel ve reddedicidir. Bu olumsuzluğun temelinde, kişiyi intihara yönlendiren sebeplerle ilgili yanlış anlamalar ve aynı zamanda bu kişilerin ilişkilerinde yaşadıkları çaresizliğe empatide eksiklik vardır. Hastanın iyileşmesinde olumlu terapötik ilişkinin önemi ihmal edilirse, intihar eğilimli bireylerin tedavisindeki genel başarısızlık kaçınılmaz olur.

2.3.1.13. Tedavi müdahalelerinin etkinliği

Hirsch, Walsh ve Draper'in 1982'de yayınladıkları tedavi etkinliğiyle ilgili gözden geçirme çalışmasında "herhangi bir müdahalenin diğerlerine göre intiharı önlemede daha etkin olduğu"na dair çok az kanıt bulunduğu, ancak uzun süreli ve tekrarlayan herhangi bir iletişim şeklinin (telefon veya görüşme şeklinde olabilir) daha yararlı olabileceği belirtilmiştir.⁽¹¹⁷⁾

Salkovskis ve arkadaşlarının 1990'da yaptığı bir çalışmada intihar riski yüksek hastalar "normal tedavi" ve problem çözümüne yönelik bilişsel davranışçı tedavi gruplarına alınmışlardır. Deney grubundaki hastalar tüm sorunlu alanlarda ilerleme kaydetmişler ve 6 ay içinde tekrarlayan intihar girişimi oranlarında azalma olduğu görülmüştür. Bu durum 18. ayda kontrol grubuyla eşitlenmiştir.⁽¹⁰⁷⁾

Linehan ve arkadaşlarının 1991'de yaptığı diğer bir çalışmada ise, kronik intihar girişimleri ve ciddi bilişsel fonksiyon bozuklukları olan kadınlar normal tedavi ve bilişsel davranışçı tedavi gruplarına ayrılmış, her 4 ayda bir gelişmeler değerlendirilmiş, her değerlendirmede deney grubundaki kadınların daha seyrek ve daha az ciddi intihar girişimleri olduğu saptanmıştır. Bu hastalar, bireysel tedaviye daha çok devam etmiş ve bu hastaların hastanede kalma sürelerinin kısaldığı görülmüştür. Ancak tedavi sonrası verileri olmadığı için deney grubundaki bu ilerlemenin süregelen olup olmadığı bilinmemektedir.

2.3.1.14. Sonuçlar ve öneriler

İntihar literatürü, müdahale ve ele alışla ilgili farklı yaklaşımlar içerir. Bireysel terapiler, intihar eğilimli bireye kendini tanımak için önemli bir fırsat sunar. Bu tedavilerden özellikle psikodinamik yönelimli terapilerde dış etkenlerin göz ardı edilmesi ve kişinin sorunu yalnızca kendinde araması riski vardır. Bireyin kendine dönmesi ve sorunlarını kişiselleştirmesi, kişinin sosyalleşmesinde zaten desteklenen davranışlardır.

Tedavi programlarında sorun, intihara meyilli bireylere sağlanacak uzun dönemli ve yoğun terapilerde çalışacak yeterli personelin olmamasıdır. Sosyokültürel etkilerin herhangi bir tedavi yönteminden daha etkili olduğunu ve intihar yüzdesinde

gerçek bir azalma için "toplumun değişmesinin gerektiğini" savunan yazarlar vardır.⁽¹¹⁷⁾ Hirsch ve Albee'nin⁽¹¹⁸⁾ çalışmalarından şöyle bir sonuç çıkarmak oldukça mantıklı görünmektedir: Ölümle sonuçlanmayan intihar davranışında en çok ümit veren çalışmalar, sosyal ve kültürel risk faktörlerini hedefleyen birincil önleme programlarıdır.

2.3.2 Acil servise düşen görevler

Acil servislere başvuran hastalar sadece ilaç desteğine ihtiyaç duymaz. İntihar girişimiyle başvuran hastalar yaşamsal medikal destekle beraber psikolojik desteğe de ihtiyaç duyarlar. İntihar girişimiyle başvuran hastaların önemli bir kısmının hayatlarında bir kriz oldukları görülür. Bu kriz içerisinde çıkmaza girerek intihar girişiminde bulunmuş kişileri ilk olarak acil servis personeli karşılar. Acil serviste genellikle hastanın hayati tehlikesi olup olmadığı ve bedensel sorunları ele alınır. Hastanın ümitsiz, korkuları olan, endişeli biri olabileceği dikkate alınmaz. Oysa hastanın duygusal açıdan da yardıma ihtiyacı vardır. Bu nedenle hasta kendine gelmeye başladığında, hasta ile samimi bir ilişki kurulmaya çalışılmalıdır. Bedensel sorunların yanı sıra duygusal sorunlarına ilgi göstermek, onların içlerinde bulundukları durumu açıklamalarına yardımcı olmak çok önemlidir. Bu, hastanın yaşama dönmesi ve tedavisinin sürmesi için motive olmasını sağlar.

Genel hatlarıyla incelediğimizde;

1- Öncelikle sağlık personelinin intihar olgusu ve intiharın önlenmesinde bilgi sahibi olmasını sağlayarak, psikolojik kriz içinde bulunan hastalara uygun yaklaşım yollarını belirlemek,

2- İntihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşan kişilere ve ailelerine bu alanda eğitim almış profesyonellerce, acil medikal tedaviden sonra uygun zamanda, kriz odası uygulamaları çerçevesinde gerekli psiko-sosyal desteği sağlamak,

3- İnter disiplinler işbirliği içerisinde programda tanımlanan diğer meslek mensuplarını intihar girişimleri ve diğer kriz olguları hakkında bilgi sahibi kılmak, acil servis çalışanlarının başlıca görevleri arasında tanımlanabilir.

2.4. Türkiye'de Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri

Psikolojik testler, profesyonel olarak yürütülen psikolojik çalışmalar, araştırma, eğitim ve pratik kullanım açısından oldukça önemlidir. Depresyon, dünyada yaygın olarak görülen ruhsal bir hastalıktır. Bu hastalığı değerlendirmek için geliştirilmiş olan birçok depresyon ölçeğinde, uykusuzluk ve yorgunluk gibi somatik belirtilerin olup olmadığı sorgulanmaktadır. Bu belirtiler her zaman depresyonla ilişkili olmayabilir. Bazı hasta gruplarında, depresyonla ilişkili olmadan da bu belirtiler var olduğu için, yanlış depresyon tanısı konabilir. Bu yüzden özel gruplar için özel depresyon ölçekleri geliştirilmiştir. Örneğin; yaşlılar için geliştirilen Geriatrik Depresyon Ölçeği, bedensel hastalığı olanlar ya da birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar için geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, doğum sonrası dönemdeki kadınlar için tanımlanan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği gösterilebilir. Beck Depresyon Envanteri, Zung Depresyon Ölçeği gibi ölçekler ise toplum taramaları için ya da genel tıbbi hastalığı olan kişileri takip etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bütün depresyon ölçekleri daha ziyade hasta takibinde kullanılır ve depresif belirtilerin varlığını gösterir. Bu nedenle klinisyen hastayı bütün yönleri ile değerlendirmelidir. Herhangi bir depresyon ölçeğini seçerken, seçilecek ölçeğin hangi grupta ne zaman kullanılacağını iyi bilmek çok önemlidir.⁽¹¹⁹⁾

Psikolojik testler, Antik Çin ve Klasik Yunan medeniyetlerinden bu yana kullanılmaktadır.⁽¹²⁰⁾ Batılı ülkelerde ise psikolojik testler, ilk olarak 19. yüzyıl ortalarında Almanya ve Büyük Britanya kayıtlarında görülmektedir.⁽¹²¹⁾ Ölçekler, zaman içinde sezgisel ve kişisel olmaktan çıkıp bilimsel ve nesnelliğe doğru şekillenmiştir. Bu şekillenmede kullanım alanları, gereksinimler, yöntem ve amaçların zaman içinde değişmesi etkili olmuştur. İlk başlarda tanı koyma, sınıflandırma gibi daha genel amaçlar ön planda iken, günümüzde herhangi bir konuda daha tutarlı bilgiler sağlamak adına ölçeklerin kullanılması ön plandadır.⁽¹²²⁾

Psikolojik değerlendirme ölçeklerinin amacı; hastanın psikolojik, davranışsal özellikleri ile bireysel veya toplumsal ilişkilerini, sayısal olarak ifade etmek ve karşılaştırmalar yapmaktır. Bu ölçekler çok farklı amaçlar için kullanılsa da pratikte genellikle tarama, tanı koyma, hastalığın şiddetini ve bu şiddetin tedaviyle değişimini belirleme amacıyla kullanılır.⁽¹²³⁾

2.4.1. Kendini değerlendirme (self-report) ölçekleri

Kendini Değerlendirme Ölçekleri, hasta tarafından doldurulan ölçeklerdir. Bu ölçeklerin kullanımı bilişsel yetmezliği olan kişilerde sınırlıdır. Bazı uzmanlara göre kendini değerlendirme ölçekleri, ciddi bir hastalığı olanlarda etkili değildir.⁽¹²⁴⁾

2.4.1.1. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE), 1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını değerlendirmektir.⁽¹²⁵⁾ Bu ölçek sayesinde depresyonun şiddeti saptanır, tedavi ile olan değişimleri izlenir ve hastalık tanımlanabilir. Depresyona özgü davranışlar ve belirtiler cümleler ile tanımlanmıştır. Her bir cümleye sayısal olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Ölçek 21 maddeden oluşur ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi ifade eden cümleyi işaretlemeleri istenir. Sonuç, maddelerin toplamı ile elde edilir.⁽¹²⁴⁾

Ölçek, şiddet olarak; 0-9 arası "Minimal", 10-16 arası "Hafif", 17-29 arası "Orta" ve 30-63 arası "Şiddetli" olarak yorumlanmaktadır.⁽¹²⁴⁾ Ölçeği doldurmak aşağı yukarı 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişmektedir. Ayrıca, ciddi obsesyonu olan hastalarda ölçeğin tamamlanması daha da uzun sürer. Ölçek, BDE ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) isimleriyle iki ayrı form olarak dilimize çevrilmiştir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.^(126, 127)

BDE'nin hasta tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve skorlamanın kolay olması gibi avantajları olduğu söylenebilir. Kadınlarda, yaşlılarda, adolesanlarda, düşük eğitim düzeyine sahip olan kişilerde ve eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda normalden daha yüksek değerlerin işaretlenmesi ise dezavantaj olarak görülebilir.⁽¹²⁴⁾

2.4.1.2. Zung Depresyon Ölçeği

Zung Depresyon Ölçeği (ZDÖ), isminden de anlaşılacağı üzere Zung tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, depresyonun şiddetini ölçmektir.⁽¹²⁸⁾ Ölçek hasta tarafından doldurulmaktadır. Ölçekteki maddeler depresyonu; duygulanım, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik açılarından ele almaktadır.

ZDÖ, 20 maddeden oluşur. 10 madde olumsuz, 10 madde ise olumlu olarak tasarlanmıştır. Her madde için katılımcıların işaretlemesi gereken sayısal değerler bulunmaktadır. Bu değerler; "hiçbir zaman veya çok ender olarak" =1, "bazen" =2, "sık sık" =3, "çoğunlukla veya her zaman" =4 olarak tanımlanmıştır. Toplam skoru elde etmek için, pozitif maddeler tersine çevrilir ve tüm değerler sayısal olarak toplanır. Eşik değerlere baktığımızda; ZDÖ skoru 50'den düşük ise "normal", 50-59 arası "en hafif-hafif düzeyde depresyon", 60-69 arası "orta-belirgin düzeyde depresyon", 70'den yüksek ise de "şiddetli depresyon" olarak tanımlanır.

ZDÖ'nün yanıtlanma süresi hastaların eğitim düzeyi ve patolojilerine göre değişmekle birlikte, genellikle 5-30 dakika arasındadır. Ölçek birçok farklı dile çevrilmiş ve transkültürel çalışmalarda geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmıştır.⁽¹²⁹⁾

2.4.1.3. Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, geriatrik popülasyondaki depresyon hastalarında depresyon varlığını araştırmaktır.⁽¹³⁰⁾ Yaşlı hastalarda çoğunlukla uyku bozukluğu, enerji azlığı, libido azalması gibi semptomlar görülür. Bunlar depresyon tanısı için de sorgulanan semptomlardandır. Yaşamın son evresi olan yaşlılıkta, ölüm düşüncelerine sahip olmak ve gelecek hakkındaki umutsuzluk, farklı anlamlar ifade eder. Ayrıca, yaşlı hastalar genellikle kronik tıbbi hastalıklara sahiptir ve bu nedenle motor retardasyon ve aktivite düzeyleri genellikle azalmıştır. Bu dönemde demans da sık görülmekte ve konsantrasyonu ve bilişsel süreçleri etkilemektedir. Bütün bu nedenlerden dolayı yaşlı hastalarda depresyonu değerlendirmek için farklı ölçeklere

ihtiyaç duyulmaktadır. İçeriğinin dışında, ölçme aracı formatının da yaşlı hastalara özel, onların anlayabileceği şekilde olması gerekmektedir.

GDÖ, 30 maddeden oluşur ve hasta tarafından doldurulur. Her maddeyi hasta "Evet" veya "Hayır" olarak işaretlemelidir. 30 maddenin 10'u olumsuz, geriye kalan 20'si olumlu olarak kurgulanmıştır. Zaman periyodu olarak "Geçtiğimiz hafta" şeklinde bir ifade yer alır. Ölçeğin eşik değeri 13/14 olarak kabul edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.⁽¹³¹⁾

2.4.1.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), 1987 yılında Cox ve arkadaşları tarafından postpartum dönemde depresyonlu hastaları tanımak amacıyla geliştirilmiştir.⁽¹³²⁾ Kısa ve hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. Çocuğun ihtiyaçlarından dolayı oluşan uyku düzensizliği ve yorgunluk, anemiye sekonder gelişen letarji ve halsizlik gibi belirtileri, standart depresyon ölçekleri yanlış ölçmektedir.

Ölçek, 10 maddeden oluşur. Her maddeye 0-3 arasında değişen puanlar verilir. En şiddetli yanıtlar bazı maddelerde başa, bazılarında ise sona konmuştur. Skor 0-30 arasında değişir. Eşik değer olarak 12 ve üzerindeki puanlar, olası majör ve minör depresyonu gösterir.

Ölçeğin dilimize çevrilmesi, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.⁽¹³³⁾

2.4.1.5. Çocuklar için depresyon ölçeği

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), 1992 yılında Kovacs tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, çocuklar ve gençlerde depresyonun şiddetinin belirlenebilmesidir.⁽¹³⁴⁾ Ölçek, bir yetişkin tarafından çocuklara okunarak veya çocuğun kendisi okuyarak doldurulabilir. Uygulaması hemen hemen 30 dakika sürer. Ölçek ülkemizde 9-13 yaş arası çocuklara uygulanmaktadır. Toplam 27 maddeden oluşur. Her madde çocuğun son iki haftasını değerlendirir. Bu değerlendirme için, her maddede aralarında seçim yapabileceği üç cümle seti bulunur. Çocukların verdiği her cevap için

0-2 arasında değişen puanlar verilir. Depresyon teşhisi için eşik düzey 19 puan ve üzeridir. Ölçeğin uygulanabilmesi için özel bir eğitim gerekmez.

Ölçek, Türkçe'ye uygun şekilde çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.⁽¹³⁵⁾

2.4.1.6. Hastane anksiyete ve depresyon leği

Hastane Anksiyete ve Depresyon leği(HADÖ), 1983 yılında Zigmond ve arkadaşları tarafından tıbbi bir hastalığı olan gruplarda duygu durum bozukluğunu taramak amacıyla geliştirilmiştir.⁽¹³⁶⁾ Toplumda ve hastane alanlarında kolaylıkla kullanılabilir. Ölçekte, psikiyatrik belirtiler fiziksel bozukluklardan ayrılmaya çalışılır. Bu ayrımı sağlayabilmek için fiziksel belirtiler yerine duygu durumunun öznel yıkımı üzerinde durulur. Depresyon alt ölçeğinde, temel belirti olarak özgünlük yerine anhedoni (zevk alamama) alınır. HADÖ, DSM-IV'te bulunan depresif semptomları tam olarak kapsamaz. Anhedonik belirtilerin varlığını, tıbbi hastalıkları bulunan kişilerde depresyon için iyi bir kanıt olarak görür. İntihar düşüncesi, suçluluk ve umutsuzluk gibi kavramları içermez.

HADÖ, hasta tarafından doldurulan bir ölçektir. 14 maddeden oluşur. Maddeler 4 zellik içerir. İki alt ölçek yardımı ile depresyon ve anksiyete değerlendirilmeye çalışılır. 7 maddelik depresyon alt leği, 0-21 arasında puanlama sistemine sahiptir. Eşik değer olarak 0-7 arası "Normal", 8-10 arası "Hafif", 11-14 arası "Orta", 15-21 arası "Ciddi" bir duygu durum bozukluğunu gösterir.

1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.⁽¹³⁷⁾

2.4.2. Klinisyenin değerlendirdiği (clinician-rated) lekler

Bu lekler, hasta veya hasta yakınları ile yapılmış görüşmeleri kapsar. Bu görüşmeler ise; yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme

biçimleri olarak üç gruba ayrılır. Yapılandırılmış görüşmeler daha değerlidir. Bu görüşmelerde, klinisyenin sorması gereken sorular bir çizelge şeklinde hazırlanmıştır.

2.4.2.1. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton tarafından 1960 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, depresyonun şiddetini ölçmektir.⁽¹³⁸⁾ Klinisyenler tarafından en sık kullanılan ölçektir. Ölçek, 21 maddeden oluşur. HAM-D ölçeğinde her bir madde 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenir. Ölçülebilir şiddette olan maddeler, 0-4 puan arasında derecelendirilir. 4 puan, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton, bazı belirtileri ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünmüştür. Bu tarz zor ölçülen belirtileri ise 0-2 puan arasında derecelendirmiştir. HAM-D ölçeği, psikiyatrik hastalıklar konusunda deneyimi olan hekim, psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabilir. Klinisyen olmayan kişiler de eğer klinik araştırmalarda test kullanımı konusunda eğitim almış iseler testi kolaylıkla uygulayabilirler. Testin uygulanması yaklaşık 15 dakika sürer.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Eşik değerler olarak; 23 ve üzeri puanlar "çok şiddetli", 19-22 puan arası "şiddetli", 14-18 arasındaki puanlamalar "orta derecede", 8-13 arasında bulunan puanlar "hafif derecede" ve 7 puan ve altındaki değerler "normal" olarak tespit edilmiştir.⁽¹³⁹⁾

HAM-D ölçeği, DSM 3 depresyon kriterlerinden önce geliştirildiği için, depresyon tanı ve değerlendirme kriterleri arasında, anhedoni gibi bazı belirtileri kapsamaz. Ölçekte; yorgunluk, iştah azalması gibi somatik belirti ve bulgulara daha fazla ağırlık verilmektedir. Ayrıca ölçek, iştah artışı, aşırı uyku gibi nörovejetatif belirtileri içermemektedir. Son olarak, ölçekte anksiyete ile ilgili bazı maddeler bulunmaktadır. Ama depresyon kriterleri arasında anksiyete bulunmaz. Bu yüzden, ölçeğin depresif semptomları ölçme anlamında spesifitesi düşüktür.

2.4.2.2. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği (MADDÖ), 1979 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, majör depresyonlu hastalarda depresif semptomların şiddetini ölçebilmektir.⁽¹⁴⁰⁾

MADDÖ psikofarmakolojik araştırmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Ölçek; toplam 10 maddeden oluşur. Ölçekte bulunan maddeler; belirgin üzüntü, ifade edilen üzüntü, içsel gerginlik, uyku azalması, iştah azalması, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, hissetme yetersizliği, karamsar düşünceler ve intihar düşünceleridir. Her madde 0-6 arasında derecelendirilmektedir. Bu derecelendirmede tek sayılara karşılık gelen rakamlar boş bırakılmıştır. Bunun nedeni, ölçücünün tam olarak karar veremediği durumlarda karar vermeyi kolaylaştırmaktır. Doldurulması yaklaşık 15 dakika sürer. Ölçeği geliştirenler, uygulanma için eğitim gerekmediğini söylemektedirler. Psikiyatristler, psikologlar, birinci basamak hekimleri veya psikiyatri hemşireleri tarafından kolayca uygulanabilir.⁽¹⁴⁰⁾

Hastanın belirtilerinin ölçüleceği zaman aralığı belirtilmemiş olması, ölçeğin dezavantajıdır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁽¹⁴¹⁾ Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe versiyonunun, majör depresif bozukluk için eşik değerleri, "hafif depresyon" için 9 ve altındaki puanlar, "orta depresyon" tanısı için 9-29 arası değerler ve "belirgin şiddetteki depresyon" için ise 29-36 arasındaki puanlar belirlenmiştir.⁽¹⁴¹⁾

2.4.2.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CADÖ), Addington ve arkadaşları tarafından 1992 yılında, diğer depresyon değerlendirme ölçeklerinin şizofreni hastalarındaki depresif belirti ve sendromları ölçemediğinin gözlemlenmesi üzerine geliştirilmiştir.⁽¹⁴²⁾ Ölçeğin amacı, şizofreni tanısı almış hastalarda depresyon yönünden değerlendirme yapmak ve depresif semptomların düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Ölçek, toplam 9 maddeden oluşur. Her madde için 0-3 arasında değişen

puanlar bulunur ve toplam skor hepsinin toplanması ile elde edilmektedir. Ölçek doldurulurken, hasta ile yapılan görüşmeler, görüşmeler sırasındaki gözlemler ve hasta yakınlarından sağlanan bilgiler beraber değerlendirilir. Hasta ile yapılan görüşmeler, yarı yapılandırılmış biçimdedir. Ancak uygulayıcı, ölçekte yer alan soruların dışına çıkarak da görüşme yapabilir.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁽¹⁴³⁾

2.4.2.4. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği

Cornell Demansta Depresyon Ölçeği (CDDÖ), 1988 yılında Alexopouls ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, demans hastalarında görülen majör depresif belirtileri ve sendromları belirlemektir. Uygulama sırasında, demanslı bireyler ve bakım verenleriyle ayrı ayrı görüşmeler yapılır ve bu görüşmeler sonucunda ölçek klinisyen tarafından doldurulur.⁽¹⁴⁴⁾ Ölçek, toplam 19 madde ve 5 alt gruptan oluşur. Her madde 0, 1 ve 2 puan olarak değerlendirilir. 0 puan= "Belirti yok", 1puan= "Hafif ya da orta derecede" ve 2 puan= "şiddetli" olarak değerlendirilmiştir. Toplam puan 8 ve üzerinde ise depresyon tanısı düşündürmektedir.

Ölçeğin Türkçeye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.⁽¹⁴⁵⁾

3. GEREÇ VE YÖNTEM

İntihar girişimi, acil servislere sıkça başvuru nedenlerinden biridir. Acil servise başvuran intihar girişiminde bulunan hastaların tanımlanması, risk gruplarının belirlenmesi ve riskli hastalar için uygun önlemlerin alınması oluşabilecek yaralanmaları ve ölümleri önleyebilir. Bu çalışmada; acil servise intihar girişimiyle başvuran hastalarda, hastane anksiyete depresyon ölçeğinin tekrarlayan girişimler için diğer faktörlerine de katkı sağlayabileceğİ ve ölçülebilir bir risk faktörü olarak kullanılabilirliğinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.03.2016 tarihli 76/18 sayılı onam alındıktan sonra Mart 2016 ile Kasım 2016 tarihleri arasında acil servise intihar girişimiyle başvuran hastalar çalışmaya alındı. Çalışma ile ilgili bilgiler, eğitim görevlileri ve araştırma görevlileriyle bir seminerde paylaşılarak onların öneri ve destekleri alındı.

3.1. Hasta Seçimi

Acil servise intihar girişimiyle başvuran ve bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil edilme kriterlerini taşıyan 102 hasta, Mart 2016 - Kasım 2016 tarihleri arasında değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan hastalardan, acil servis hekimi tarafından, imzalı bilgilendirilmiş onay formu alındı. Çalışmaya dâhil edilme ve çalışmadan dışlanma kriterleri Ek-1'de gösterilmiştir. Çalışmaya alınmaya karar verilen hastalara form doldurularak hastalar hakkındaki sosyodemografik veriler ve klinik bilgiler ek-3'te gösterilen forma kaydedilmiştir. Ek 2'de gösterilen 14 soruluk hastane anksiyete depresyon ölçeğİ hastalar tarafından doldurulmuştur. Anketi dolduran hastalar 1 hafta sonra daha önceden belirlenmiş bir psikiyatri uzmanı tarafından değerlendirilmek üzere telefonla aranmış ve kontrol muayenesine çağırılmıştır.

3.2 İstatiksel Analiz

Hastaların verilerinin istatistiksel analizi Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0 paket programında yapıldı. İstatistiksel değerdendirmelerde kategorik veriler sayı (yüzde) olarak gösterilmiştir. Gruplar arasında sıklıklar bakımından fark bulunup bulunmadığı Ki-kare kullanılarak karşılaştırıldı. $P < 0.05$ değerdleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya 119 hasta alındı. 17 hasta (10'u 18 yaş altında, 7 'si okuryazar olmadığı için) çalışmadan dışlandı. Çalışmaya dâhil edilen 102 hastanın sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %70'i kadın (n=71) , %30'u (n=31) erkekti. Çalışmada hastalar yaşlarına göre "18-24" ve "25 yaş üzeri" şeklinde iki gruba ayrıldı. Vakaların %48'ini (n=49) 18-24 yaş aralığındaki hastalar oluşturmaktadır. Yaşlarına göre değerlendirilen bu iki grup arasında HAD –A, HAD-D ve HAD toplam değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilemedi ($p=0.146$ $p=0.080$ $p=0.060$, sırasıyla). Medeni durumlarına göre değerlendirilen hastaların % 35'i (n=36) evli; %65'i (n=66) bekârdı. Medeni durumlarına göre bu iki grup arasında HAD-A, HAD-D, HAD toplam değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p=0.498$, $p=0.893$ $p=0.646$ sırasıyla).

Hastaları gelir durumlarına göre değerlendirdiğimizde hastaların %50'sinin(n=51) gelirinin 0-1000 TL arasında olduğunu gözlemlendi.

Hastaları eğitim durumlarına göre değerlendirdiğimizde en sık görülen oran %55'le (n=57) lise mezunlarıydı. İntihar girişimiyle başvuran hastaların %30'u (n=30) ilköğretim mezunu veya okuryazar değil, %15'i (n=15) üniversite mezunuydu. Öğrenim durumuna göre HAD-A, HAD-D, HAD toplam değerlerinde bu üç grup arasında anlamlı bulgu saptanmadı ($p=0.651$, $p=0.932$, $p=0.707$ sırasıyla). (tablo-1)

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre HAD ölçek puanları

	N	HAD-A ort±SD	HAD-D ort±SD	HAD toplam ort±SD
Yaş				
18-24 yaş	49	11.02±5.1	10.37±4.1	21.39±8.4
25 yaş ve üzeri	53	9.64±5.0 <i>P=0.146</i>	9.09±3.9 <i>P=0.080</i>	18.74±7.8 <i>P=0.060</i>
Cinsiyet				
Kadın	71	10.51±4.8	9.66±4.0	20.17±7.8
Erkek	31	9.84±5.6 <i>P=0.482</i>	9.81±4.0 <i>P=0.898</i>	19.65±9.0 <i>P=0.498</i>
Medeni durum				
Evli	36	10.58±5.4	9.70±4.2	19.53±7.3
Bekâr	66	9.81±4.5 <i>p=0.498</i>	9.72±3.7 <i>p=0.893</i>	20.27±8.6 <i>p=0.646</i>
Eğitim Durumu				
İlköğretim mezunu	30	9.63±4.9	9.47±3.3	19.10±6.7
veya okuryazar		10.42±5.5	9.82±4.4	20.25±9.2
Lise mezunu	57	11.20±3.5	9.73±4.1	20.93±6.9
Üniversite mezunu	15	<i>p=0.651</i>	<i>p=0.932</i>	<i>p=0.707</i>

Çalışmaya katılan hastaların intihar nedenleri arasında; aile içi geçimsizlik %37'sini (n=38), duygusal problemler %26'sını (n=27), bedensel nedenler %21'ini (n=21), diğer nedenler %16'sını (n=16) oluşturuyordu.

Bu dört grup arasında istatistiksel olarak HAD-A, HAD-D, HAD toplam değerlerinde anlamlı fark bulunmadı (*p*=0.323, *p*=0.063, *p*=0.125 sırasıyla).

Hastaların %20'sinin (n=21) önceden intihar girişimi olduğu tespit edildi. İntihar girişimi olan hastaların intihar girişimi olmayan hastalara göre HAD-A, HAD-D skoru ve HAD toplam skorları açısından aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (*p*=0.043, *p*=0.031, *p*=0.034, sırasıyla).

Çalışmaya katılan hastaların %59'u (n= 60) taburcu oldu. %41'i (n=42) hastaneye yatırıldı. Taburcu olan hastaların HAD-A skoru 11.08 ± 4.9 olarak tespit edildi. Hastaneye yatırılan grupla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu tespit edildi (**p:0.041**). (tablo-2)

Tablo 2: Katılımcıların psikiyatrik-klinik özelliklerine göre HAD ölçek puanları

	N	HAD-A ort±SD	HAD-D ort±SD	HAD toplam ort±SD
İntihar Nedenleri				
Aile içi geçimsizlik	38	11.37±5.6	10.53±4.2	21.89±8.7
Duygusal	27	10.19±4.6	9.59±3.9	19.78±7.6
Bedensel	21	10.05±3.6	10.10±4.1	20.14±7.1
Diğer	16	8.31±5.7	7.44±3.3	15.75±8.2
		P=0.323	p=0.063	p=0.125
Daha önce intihar girişimi				
Var	21	12.50±4.3	11.45±3.7	23.95±6.9
Yok	81	9.77±5.1	9.27±4.09	19.04±8.2
		P=0.043	P=0.031	P=0.034
Hastanın yatış durumu				
Taburcu	60	11.08±4.9	10.22±3.7	21.30±7.6
Yatış	42	9.19±5.2	8.98±4.4	18.17±8.6
		p=0.041	p=0.119	p=0.036

102 hastanın kesme değerlerine göre HAD-A skoru için 0-10 puan, kesme değerinin altı, 11-21 arası puanlar da kesme değerinin üstü olarak kabul edildi. HAD-D skoru için 0-7 puan, kesme değerinin altı, 8-21 arası puanlar da kesme değerlerinin üstü olarak belirlendi.

Buna göre HAD-A skoru açısından hastaların %50'si (n=51) kesme değerinin altında; %50'sinin (n=51) kesme değerinin üstünde olduğu tespit edildi (ort±SE 10.30 ± 5.1).

HAD-D skorunda hastaların %28'si (n=29) kesme değerinin altında; %72'sinin (n=73) kesme değerinin üstünde olduğu tespit edildi. (tablo-3)

(ort±SE 9.71±4.08)

(Aydemir 1997)

Tablo 3: Katılımcıların HAD-A ve HAD-D cut-off değerlerine göre bulunma oranları ile birlikte HAD-A ve HAD-D ortalama değerleri.

	Sayı	%	Ort± SE
HAD-A (1, 3, 5, 7, 9, 11)			10.30±5.1
Eşik altı (0-10 puan)	51	50.0	
Eşik üstü (11-21 puan)	51	50.0	
HAD-D (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)			9.71±4.08
Eşik altı (0-7 puan)	29	28.4	
Eşik üstü (8-21 puan)	73	71.6	

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yüzde 75'i (n=77) psikiyatri polikliniğine kontrol muayenesi için başvurdu. Bu 77 hastadan, psikiyatri uzmanı tarafından, %48'i (n=37) impulsif, %52'si (n=40) diğer tanılar (anksiyetik, depresif, şizofren, bipolar) olarak değerlendirildi. Buna göre impulsif tanısı alan hastalar diğer tanılar alan hastalar ile anlamlılık düzeyine göre karşılaştırıldığında HAD-A skoru istatistiksel olarak anlamsız bulundu (p=0.878).

İmpulsif tanısı alan hastaların, diğer tanıları alan hastalarla anlamlılık düzeyine göre karşılaştırıldığında HAD-D skorları istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.044$).
(*tablo-4*)

Tablo 4: Psikiyatri polikliniğine kontrole gelen hastaların aldıkları tanıya göre HAD puan ölçekleri ve anlamlılık düzeyleri

	İmpulsif olanlar (n=37) ort±SD	İmpulsif olmayanlar (n=40) (Bipolar, anksiyete, depresif) ort±SD	P değeri
HAD-A (1, 3, 5, 7, 9, 11)	10.22±4.5	10.55±5.4	0.878
HAD-D (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14)	9.05±4.1	11.00±4.3	0.044

5. TARTIŞMA

İntihar girişimleri dünya genelinde oldukça yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre intihar, en sık ölüm nedenleri arasında ilk on içerisinde yer almaktadır.⁽⁴⁾ İntihar girişiminde bulunan bu hastalar çoğu zaman ilk olarak acil servislere başvurur. Bu hastaların acil servis değerlendirmesinde özel yaklaşımların gösterilmesi ve uygulanması gerekmektedir.⁽¹⁾

Acil hekimi için önemli olan, bu hastalara nasıl bir yaklaşım içerisinde bulunacağını bilmek ve hastayı yaptığı eylemden dolayı yargılayıcı olmaktan uzak davranarak güvenini kazanmaktır. İntihar girişiminde bulunan bireyin niyetinin ciddiyetini ve özkıyımın tekrarlama olasılığını anlamak güçtür. Bunu belirlerken elimizde, öyküdeki geleneksel risk faktörlerinden başka bir veri bulunmamaktadır.

Çalışmamızda da kadın hastaların nüfus oranı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Şenol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intihar girişimlerinde kadın/erkek oranı 1.7/1 bulunmuştur.⁽¹⁴⁶⁾ Bu oran, çeşitli çalışmalarda 3/1 ile 9/1 arasında değişmektedir.^(147, 148) ABD'de bu oran 4/1^(2, 149), Avrupa'da 1.5/1⁽⁹⁾, Türkiye'de ise 2/1 olduğu bildirilmektedir.^(150, 151, 152) Tüm dünyadaki oranlarda kadın hastaların fazla oluşu, kadınların kriz anında krizi çözmek yerine sorunlardan kaçarak kurtulma dürtüsünün fazla olmasından kaynaklandığını düşünebiliriz. Avrupa'da erkeklerde 15-44 yaşlar, kadınlarda ise 25-44 ve 65-75 yaşları intihar girişimlerinin en sık gözlendiği yaş aralıklarıdır.⁽¹⁵³⁾

Çalışmamızda 18-24 yaş arası hastaların intihar başvuruları daha sık görülmekteydi. Türkiye'de intihar girişimlerinin en sık görüldüğü yaş aralığı 15-24 ve 25-34 yaşları olarak bildirilmektedir.^(151, 154) Türkiye'de intihar girişim yaşının daha küçük olmasında işsizlik, maddi sıkıntılar, eğitim düzeyinin daha düşük olması etkili olabilir.

Çalışmamızda intihar girişiminde bulunan hastaların çoğunluğu bekârdı. Acar'ın 2009'da acil servise başvuran intihar vakalarını incelediği çalışmasında; intihar girişiminde en çok bekâr hastaların bulunduğu ifade edilmektedir.⁽⁶⁵⁾ Bekâr hastaların eş

ve çocuklarının olmaması, kendilerini hayata bağlayacak, ona destek olacak bir faktör eksikliği olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların çoğunun il merkezinde yaşadığını tespit ettik. Gökhan ve arkadaşlarının 2008'deki yürüttükleri çalışmalarında; acil servise başvuran intihar vakalarının ikametleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun il merkezlerinden geldiği tespit edilmiştir.⁽⁶⁶⁾ Bunun nedenini, merkezi bir hastane olmamıza ve periferden gelen hastaların ileri destek ve yoğun bakım ihtiyacı için bize gelmesine bağladık. Bu tür ileri destek ve yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların çoğu da çalışma dışı kriterleri içerisinde olduğu için çalışmaya dâhil edilmedi.

Çalışmamıza katılan hastaların birçoğu lise mezunuydu. Ülkemizde eğitim durumlarına göre intihar girişim ortalamasına bakıldığında, eğitim seviyesi düştükçe intihar oranının artmakta olduğu saptanmıştır.⁽⁶⁴⁾ Ancak bir çalışmada, en çok lise mezunlarının intihar girişimiyle acil servise başvurduğu tespit edilmiştir.⁽⁶⁵⁾ Ülkemizde zorunlu eğitimin lise seviyesinde olması, başvuruların yaş ortalamasını düşürmüş olabilir.

Çalışmamızda intihar girişimi olan hastaların önemli birçoğunun gelir düzeyi düşüktü⁽¹⁵⁵⁾. Türkiye'de yapılmış çalışmalarda da benzer bir sonuç gözlenmiştir.⁽¹⁵⁰⁻¹⁵¹⁾ Düşük ekonomik gelirin hastaların psikolojisini etkilediği ve intihar düşüncesinde artışa yol açtığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızdaki da aile içi şiddet, geçimsizlik oranı Hindistan'da yapılmış bir araştırmayla benzerdi. Bu çalışmada da aile içi şiddet ile intihar düşüncesi arasında önemli bir ilişki olduğu bulunmuştur.⁽¹⁵⁶⁾ Bangalore'da yapılan bir araştırmada aile içi şiddetin intihar girişiminde önemli bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir.⁽¹⁵⁷⁾ Ülkemiz genelindeki intihar nedenleri içinde de ilk üç sırada hastalık, aile içi geçimsizlik ve ekonomik sıkıntılar bulunmaktadır.^(158,159)

Çalışmamızda da en sık kullanılan intihar yöntemi ilaç alımı olarak saptanmıştır. Avrupa'da çok merkezli yürütülen bir çalışmada, intihar girişimlerinde her iki cinsiyet için en sık kullanılan yöntemin ilaç alımı olduğu ortaya konmuştur.⁽⁹⁾ Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçları da bu veriyi desteklemektedir. Bu ilaçların çoğunu antidepresanlar ve ağrı kesiciler oluşturmaktadır.^(160, 161, 162)

Çalışmamızda hastaların psikiyatri uzmanı tarafından yapılan kontrol muayenesinde büyük çoğunluğu depresif olarak değerlendirilmiştir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan ve intihar girişiminde bulunmuş 90 hasta ile yapılmış kontrollü bir çalışmada hastaların %44.4'ünün depresif duygu durumu içinde bulunduğu tespit edilmiştir.⁽¹⁶³⁾

Çalışmamızda önceden intihar girişiminde bulunan hastaların oranı düşük bulunmuştur. Acil servise başvuran intihar vakalarının daha önce intihar girişiminde bulunup bulunmadığını sorgulayan bir çalışmada, önceden intihar girişiminde bulunan hastaların oranı bizim çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.⁽⁷⁰⁾ Bu hastaların toplum tarafından ön yargıyla değerlendirilmesi, pişmanlıklar daha etkin bir rol oynamış olabilir.

Amniyosentez öncesi gebelerde anksiyete ve depresyon risk düzeylerini belirlemeyi hedefleyen bir çalışmada, gebelerin HAD-A HAD-D puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.⁽¹⁶⁴⁾ Tayland'da yapılan bir çalışmada ise işlem öncesi HAD-A puan ortalaması düşük saptanmıştır.⁽¹⁶⁵⁾

Ng CCM ve arkadaşları tarafından 2004 yılında bir araştırmada, ayrıca Balcı ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada amniyosentez işleminden birkaç gün önce vermiş oldukları danışmanlığın anksiyete düzeyini azalttığını saptamışlardır.⁽¹⁶⁶⁻¹⁶⁷⁾ Çalışmamızda daha önceden en az bir kere intihar girişiminde bulunmuş hastaların, intihar girişimi olmayan hastalarla HAD-A, HAD-D, HADÖ toplam skorları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca varıldı. Bu istatistik çalışmamızın verdiği önemli bir mesajdı.

Balcı ve arkadaşlarının çalışmasındaki gibi danışmanlık hizmetini bizler de intihar girişiminde bulunmuş kişilere sağlarsak, intiharın önlenabilir riskini azaltabileceğimiz kanısındayız.^(166, 167)

Çok merkezli bir fizibilite çalışmasında; yakın zamanda meme kanseri teşhisi alan 111 kadın hastaya HADÖ uygulanmış; bu hastalara 12 hafta boyunca grup psikoterapisi yapılmış ve HADÖ tekrarlanmıştır. Sonrasında bu 111 hastanın HADÖ skorlarında önemli ölçüde bir düşüş görülmüştür.⁽¹⁶⁸⁾ Bu çalışma da psikolojik desteğin önemini göstermiştir.

İmpulsif tanısı alan hastalar, diğ er tanıları alan hastalarla karşılaştırıldığında HAD-D skorları istatistiksel olarak anlamlı olması intiharı önlemede HAD    l eğinin kullanılabilir sekonder bir araç olduğunu gösterdi.

Çalışmamızda acil servisten taburcu olan hastaların HAD-A skorları, hospitalize edilen hastaların HAD-A skorlarına göre anlamlı derecede yüksek olması, acil servislerden kaynaklanan yoğ nluktan veya acil servis hekiminin yeterli psikiyatrik değerlendirmeyi yapamamasından kaynaklanıyor olabilir.

Önceden intihar girişiminde bulunmuş hastaların HAD   skorlarının, özgeçmişinde intihar öyküsü bulunmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek olması; bu hastaların, yeterli psikiyatrik destek alamadıklarını düşündürmektedir.

6. SONUÇ

Acil servisler bireylerin sadece medikal ve cerrahi değil, aynı zamanda psikososyal yardıma en yoğun ihtiyaç duydukları yerlerdir. İntihar girişiminde bulunan kişinin ilk teması acil servisteki personel ile gerçekleşir. Ne yazık ki acil servislerdeki aşırı yoğunluk, daha ciddi medikal problemi olan hastalara ilgi, uygun psikiyatrik görüşme alanının olmaması gibi nedenlerden dolayı bu hastalara yeterli özen gösterilmemektedir. Acil servise intihar girişimiyle başvuran hastaların önemli bir kısmının yaşantısal bir kriz içinde oldukları görülür. Böyle durumlarda kişiler yaşam amaçlarını yitirebilir hatta kendilerini potansiyel bir tehdidin altında hissedebilirler. Sıkıntı, huzursuzluk, umutsuzluk, çaresizlik duygusuna kapılabilirler. Onlar bu duygu durumu içerisinde hastaya gereken psikolojik yardımı sağlamak hekimin temel görevidir. Bunu da psikiyatri konsültan hekimiyle gerçekleştirebiliriz. Bu hastaları acil servisten güvenle taburcu etmek, mevcut ölçeklerle mümkün olmamaktadır.

Çalışmamızda uyguladığımız HADÖ hastaların anksiyete depresyon düzeylerini değerlendirerek risk grubundaki hastaları tanımakta yardımcı olmuştur. Çok merkezli ve daha fazla sayıda hastayla yapılacak çalışmalarla acil servislerde hastalara taburculuk veya yatış kararını belirlemede yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Özellikle hikâyesinde en az bir intihar girişimi bulunan hastaların daha riskli grupta yer alması, HADÖ'nün önceden yapılmış testlerle uyumluluğunu gösterdi. Acil servis doktorları, intihar girişimiyle başvuran hastaların sadece intihardan doğan fiziksel sorunlarını çözmeye odaklanmamalı, bu hastalara gereken psikiyatrik desteği de sağlamalıdır.

Her intihar bir yardım çağrısıdır ve bu çağrı, acil hekimince ciddiye alınmalı, hastalara gereken psikososyal yardım sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- 1- Stauffer, M. D. (2004). From Seneca to suicidology: D. Capuzzi (Ed.), Suicide across the life span: Implications for counselors (pp. 3-37). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- 2- Roy, A. (2000) Comprehensive Textbook of Psychiatry, Psychiatric emergencies, Yedinci baskı, sayfa:2031–2040.
- 3- http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf
- 4- World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999
- 5- World Health Organization, 2011
- 6- Sivas ilinde intihar girişiminde bulunan bireylerde psikopatoloji ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, Nuryıl Yılmaz, Doç. Dr. Nesim Kuğu, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2010
- 7- Kılıç E. Z., H. Devrimci Ozguven, I. Sayıl, “The Psychological Effects Of Parental Mental Health On Children Experiencing Disaster: The Experience Of Bolu Earthquake In Turkey”, Family Process, 42(4), 485-495 (2003)
- 8- Devlet İstatistik Enstitüsü İntihar İstatistikleri, 2015
- 9- De Leo D, Bille-Brahe A, Kerkhof A, Schmidtke A (2004) Suicidal Behavior Theories and Research Findings.
- 10- Arensman E, Kerkhof AJFM (1963-1993) Classification of Attempted Suicide. A review of Empirical Studies
- 11- Eskin Mehmet, A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents, 2, 2003
- 12- The Role of Shame in Suicide, David Lester PhD, DOI: 10.1111/j.1943-278X.1997.tb00514.x View/save citation, The Annual Meeting of the American Association of Suicidology, Memphis, TN, April 25, 1997
- 13- Emile Durkheim İntihar, Çevirmen: Özer Ozankaya, Cem Yayınevi 2002
- 14- Lester, G. ve Lester, D. (1971). Suicide: The gamble with death. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.
- 15- Feldman, B. N. ve Freedenthal, S. (2006). Social work education in suicide intervention and prevention: An unmet need? Suicide and Life-Threatening Behavior, 36(4), 467-480.
- 16- Joe, S. ve Niedermeier, D. (2006). Preventing suicide: A neglected social work research agenda. British Journal of Social Work, web üzerinde: <http://bjsw.oxfordjournals.org/cgi/reprint/bcl353v1.pdf>
- 17- TDK Sözlüğü, 1997
- 18- Isometsa ET, Lönnqvist JK. Suicide Attempts Preceding Completed Suicide. British Journal of Psychiatry, 173, 531-535
- 19- Kreitman N, C, İsey P. Repetition of Parasuicide: an Epidemiological and Clinical Study. British Journal of Psychiatry, 153, 92-800

- 20- Prof. Dr. Işık Sayıl, Dr. Derya İren Akbıyık (2000), Türkiye’de İntihar Olgusu, Bibliyografya III, Ankara Üniversitesi Basımevi
- 21- Odağ, C. (2002). İntihar (özkıyım): Tanım-kuram-sağaltım. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:3. İkinci baskı
- 22- Uludüz D, Uğur M. Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi. Yeni Symposium. 2001; 39: 19-25
- 23- Karl Meninger, Man Against Himself
- 24- Yalvac Dh. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyodemografik Ve Klinik Etkenlerle İlişkisi(Uzmanlık Tezi). Malatya:İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. 2006
- 25- Yineleyici İntihar Girişimleri, Serdar S. Can, I. Sayıl, Kriz Dergisi 12 (3): 39-52
- 26- Davis Jm, Brock Se. Suicide. İn J Sendoval (Ed). Hendbook Of İn Crisis Counseling, Intervention, Prevention İn The Schools, (İkinci Baskı), J Sendoval (Ed) Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London., 2002, 128-132
- 27- Dünya Sağlık Örgütü, 2013
- 28- D’ Zurilla, T.J., A.M., Nezu, A, Maydeu-Olivares (2004), Social Problem Solving: Theory and Assessment. Chang, E.C., D’ Zurilla, T.J., Sanna, L.J. (Editors), Social Problem Solving: Theory, Research and Training, American Psychological Association, Washington, DC.
- 29- Eğitim ve Bilim, Education and Science 2014, Cilt 39, Sayı 171 2014, Vol. 39, No 171 Üniversite Öğrencilerinin İntihar Olasılıklarının İncelenmesi* Examining the Suicide Probability among University Students, Elif EMİR ÖKSÜZ, Filiz BİLGE, Hacettepe Üniversitesi
- 30- Kriz Dergisi 12 (3): 39-52, İntihar Davranışında Risk Faktörleri: Bir Gözden Geçirme, İ. Meltem Atay, D. Gündoğar
- 31- Hirschfeld RM, Russell JM (1997) Assesment and Treatment of Suicidal Patients N Engl J Med, 337 910-915
- 32- Mann JJ, Wailarnaux C, Haas GL, Malone KM (1999) Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. Am J Psychiatry 156: 181- 189.
- 33- Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P (1996) Attempted Suicide in Europe Rates, Trends and Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters During the Period 1989-1992 Results of the VVHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide, Acta Psychiatr Scand, 93 327-338
- 34- Hjelmeland H, Bjerke T (1996) Parasuicide in the County of Sor-Trondelag, Norway: General Epidemiology and Psychological Factors. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31: 272-283.

- 35- Kerkhof AJ (2000) How to Deal With Requests for Assisted Suicide: Some Experiences and Practical Guidelines From the Netherlands. *Psychol Public Policy Law*, 6(2):452-466.
- 36- Davison, G.C., Neale, J.M. (2004) *Anormal Psikolojisi*. Çev: İhsan Dağ vd. Ankara: TPD. Orijinal basım tarihi: 1998.
- 37- *J Clin Psychol*. 1998 Dec;54(8):1091-107. Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. D'Zurilla TJ1, Chang EC, Nottingham EJ 4th, Faccini L.
- 38- Ankara'da İntihar Girişimleri Üzerine Bir İzleme Çalışması: Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranışı İzlem Çalışması Sonuçları, V Paracıkoglu, I Sayıl, HD Özgüven, *Kriz Dergisi*, 2004; 12(2):1-17
- 39- *Suicide Life Threat Behav*. 1989 Summer;19(2):173-83. The prevalence of suicidal ideation among college students. Rudd MD1.
- 40- Shneidman, S. E. (1970-a). Orientations toward death. S. E. Shneidman, N. L. Farbero ve R. E. Litman (Eds.), *The psychology of suicide* (pp. 3-46). New York: Science House, Inc.
- 41- Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK), 2011
- 42- Zeyrek, E. Y., Gençöz, F., Bergman, Y. ve Lester, D. (2009). Suicidality, problem-solving skills, attachment style, and hopelessness in turkish students. *Death Studies*, 33 (9), 815-827.
- 43- Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, ISSN: 1309 – 6575, Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları, University Form of Risk Behaviors Scale: Validity and Reability Studies, Dilek Gençtanırım
- 44- Batıgün, A. D. (2002). Gençler ve intihar: Diğer yaş gruplarıyla farklılaşan özellikler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Ankara: Yayınlanmamış Doktora tezi.
- 45- İntihar Davranışına Yönelik Tutumlar, Ö Bedriye, *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 1 (3), 23-27
- 46- Gimpel, G., Collett, B., Veeder, M., Gifford, J., Sneddon, P., Bushman, B., Hughes, K. ve Odell, J.D. (2005). Effects of stimulant medication on cognitive performance of children with ADHD. *Clinical Pediatrics (Phila)*, 44 (5), 405-412
- 47- Shaffer D, Fisher P: The epidemiology of suicide in children and young adolescent. *J Am Acad Child Psychiatry* 20 : 545-565, 1981
- 48- Carballo, J.J. Bird, H. Giner, L. Garcia-Parajua P, Iglesias J, Sher L, Shaffer D. (2007) Pathological Personality Traits and Suicidal İdeation Among Older Adolescents and Young Adults with Alcohol Misuse: a Pilot Case-control Study in a Primary Care Setting, *Int J Adolesc Med Health*, 19: 79-89.

- 49- Brent, D.A. Kolko, D.J. Wartella, M.E. Boylan, M.B. Moritz, G. Baugher, M. Zelenak, J.P. (1993) Adolescent Psychiatric Inpatients' Risk of Suicide Attempt at 6-month Follow-up, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32: 95-105. Bridge J.A., 2006
- 50- Soykan A, Arapaslan B, Kumbasar H (2003) Suicidal Behavior, Satisfaction With Life and Perceived Social Support in End-Stage Renal Disease Transplant Proc, 35(4) 1290-1291
- 51- İntihar ve İntihar Girişimi-Kavramlar, Yaygınlık, Müdahale, Önleme ve Öyküler, Kamil Alptekin, Veli Duyan
- 52- Taneli, S. (1981) İntihar ve İntihar girişimleri. *Bursa Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı:3,1-25
- 53- Maskeli İntihar, Sayıl, 2000
- 54- Sayar, K. ve Bozkır, F. (2004). İntihar girişiminde bulunan ergenlerde intihar niyeti ve ölümcüllüğün belirleyicileri. *Yeni Symposium*, 42(1), 28-36.
- 55- IASSW- International Association of Schools of Social Work, 2001
- 56- Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin İncelemesi: Bir Model Önerisi, Kamil Alptekin, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2008
- 57- Haley, M. (2004). Risk and protective factors. D. Capuzzi (Ed.), *Suicide across the life span: Implications for counselors* (pp. 95-138). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- 58- Beautrais, A. L. (1998). Risk factors for serious suicide attempts among young people: A case control study. R. Kosky (ed.), *Suicide prevention: The global context* (pp. 167-180). Hingham, MA: Kluwer Academic Publishers. (<http://www.site.ebrary.com/lib/metu/doc>)
- 59- Tejedor M, Diaz A, Castillon J ve ark. (1999) Attempted suicide: repetition and survival–findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 100:205-211.
- 60- Blumenthal SJ (1988) Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patterns. *Med Clin North Am* 72:937-71
- 61- Yüksel N, İntiharın Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2001; 4: 5-15
- 62- Özgüven E. Güvenirlilik Ve Geçerlik. *Psikolojik Testler'de*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2007:83-108
- 63- Deveci A, Aydemir O, Mızrak S. İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sosyo Demografik Özellikler, Stres Etmenleri Ve Ruhsal Bozukluklar. *Kriz Dergisi*. 2005; 13: 1-98- Myers
- 64- Asoğlu M. (2007). Şanlıurfa'da İntihar Girişimlerinin İlişkili Olduğu Risk Faktörleri. H.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, (Danışman: Doç. Dr. A Altındağ)

- 65- Ayşe Acar, Acil Servise Gelen İntihar Vakalarının Sosyodemografik Açidan İncelenmesi 2009;İstanbul Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- 66- Şervan Gökhan, Özkıym Nedeni İle Acil Servise Başvuran Olguların Demografik Verilerinin Özkıym Yöntemlerine Göre Değerlendirilmesi,2008, Diyarbakır; Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
- 67- Ovenstone IMK, Kreitman N. Two Syndromes of Suicide. British Journal of Psychiatry, 123, 35-39.
- 68- Busch KA, Clerk DC, Fawcett J, et al (1993). Clinical Features o Inpatient Suicide. Psychiatric Annals 23: 256-262.
- 69- Fawcett J (1i 92). Suicide Risk Factors in Depressive Disorder s and Panic Disorder. J Clin Psychiatry 53: 9-13, 1992.
- 70- Hawton K, Fagg J. Repetition of Attempted Suicide: The Performance of the Edinburgh Predictive Scales in Patients in Oxford. Archives of Suicide Research, 1, 261-272.
- 71- Clark DC, Horton-Deutsch SL. Assessment in absentia: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, editors. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford Press; 1992. pp. 144–182.
- 72- Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behaviour in patients with major depression and comorbid personality disorders. J Affect Disord 1996; 39:61-72.
- 73- Balkaya, F. ve Şahin, N. (2003). Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (3), 192-202.
- 74- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (1997). Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi
- 75- Chang, 2002, Predicting suicide ideation in an adolescent population: Examining the role of social problem solving as a moderator and mediator. Personality and Individual Differences, 32 (7), 1279-1291
- 76- France K (1990) Crisis Intervention A Handbook of Immediate Person-to-Person Help Charles Thomas Publisher, Illinois, USA, p 61-77
- 77- Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı, Dr. Artuner DEVECİ, Dr. E. Oryal TAŞKIN, Dr. Pınar ERBAY DÜNDAR, Dr. M. Murat DEMET, Dr. Ender KAYA, Dr. Erol ÖZMEN, Dr. Gönül DİNÇ
- 78- Amos, T. ve Appleby, L. (2001). Suicide and deliberate self-harm. L. Appleby, T. Amos ve D. M. Forshaw (Eds.), Postgraduate psychiatry (pp. 347-357). London: H. Barker. Second edition.
- 79- Bronisch, T. (2004). Suicide. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 15259-15268.
- 80- Suicide and attempted suicide. Stengel, Erwin. Oxford, England: Penguin Books Suicide and attempted suicide.(1964).

- 81- Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-sosyal Destek ve Krize Müdahale Programı, 2004
- 82- Bancroft JH, Marsack P. The Repetitiveness of Self-Poisoning and Self Injury. *British Journal of Psychiatry*, 131, 394-399
- 83- Beautrais AL, Joyce PR Mulder RT (1996) Access to Firearms and the Risk of Suicide A case Control Study *Aust NZJ Psychiatry*, 30 741-748
- 84- Capuzzi, D. (1994). Suicide prevention in the schools: Guidelines for middle and high school settings. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- 85- Kaplan, I. H. ve Sadock, J. B. (1996). I. Basamak psikiyatri el kitabı. B. Büyükdal (Çev.), İstanbul: Turgut Yayıncılık ve Anonim Şirketi.
- 86- Bongar, B. (1991), The suicidal patient: Clinical and legal standard of çare. Washington DC. American Psychological Association
- 87- Lesse S (1975), Fifteenth Emil A. Gutheil Memorial Conference. The range of therapies in the treatment of severely depressed suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, 29 (3):308-26.
- 88- Olin HS (1976), Psychotherapy of the chronically suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy* 30 (4): 570-5
- 89- CanettoSS, Lester D. (1995), The epidemiology of women's suicidal behaviors.
- 90- SS Canetto & D Lester (editörler), *Women and suicidal behaviors* (sy 35-57) New York: Springer
- 91- Canetto SS (1991), Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *Journal of Psychology* 125, 605- 620.
- 92- Canetto SS (1992-1993), She died for love and he for glory: Gender myths of suicidal behavior *Omega* 26, 1-17.
- 93- Canetto SS (1994), Gender issues in the treatment of suicidal individuals. *Death Studies* 18, 513-527
- 94- Hawton K; Blackstock E (1976), General practice aspects of self-poisoning and self-injury. *Psychological Medicine*, 6(4):571-5.
- 95- Hawton K; O'Grady J; Osborn M; Cole D (1982), Adolescents who take overdoses: their characteristics' problems and contacts with helping agencies. *British Journal of Psychiatry*, 140:118-23
- 96- Miller HL; Coombs, DW; Leeper JD; Barton SN (1984), An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *American Journal of Public Health*, 74 (4):340-3.
- 97- Tekavcic-Grad O; Farberov NL; Zavasnik A; Mocnik M; Korenjak R (1988), Comparison of the two telephone crisis lines in Los Angeles (USA) and in Ljubljana (Yugoslavia), *Crisis*, 9(2): 146-57
- 98- Dew MA; Bromet EJ; Brent D; Greenhouse JB (1987), A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention center. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2): 239-44.

- 99- Farberow N (1968), Crisis prevention. *International Journal of Psychiatry*, 6(57):382-4
- 100- Linehan MM; Armstrong HE; Suarez A; Allmon D; Heard HL (1991), Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 48 (12): 1060-4.
- 101- Birtchnell J (1983), Psychotherapeutic considerations in the management of the suicidal patient. *American Journal of Psychotherapy* 37, 24-36.
- 102- Hendin H (1981): Psychotherapy and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 35(4):469-80
- 103- Çaplan PJ; Hall-McCorquodale I (1985), The scapegoating of mothers: a call for change. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4): 610-3
- 104- Kiev A (1975), Psychotherapeutic strategies in the management of depressed and suicidal patients. *American Journal of Psychotherapy*, 29 (3):345-54
- 105- Novotny P (1972), Self-cutting. *Bulletin of Menninger Clinic*, 36(5):505-14.
- 106- Nidiffer FD(1980), Combining cognitive and behavioral approaches to suicidal depression: a 42 month follow-up. *Psychological Reports*, 47 (2): 539-42.
- 107- Salkovskis PM; Atha C; Storer D (1990), Cognitivebehavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157:871-6.
- 108- Arcel LT, Mantonakis J, Petersson B, James J & Kaliteraki E (1991), Suicide attempts among Greek and Danish women and the quality of their relationships with husbands and boyfriends. *Acta Pscyhiatrica Scandinavica*, 85,189-195.
- 109- Cloward RA, Piven FF (1979), Hidden protest: The channeling of female innovation and resistance. *Signs. Journal of Women in Culture and Society* 4, 651-669.
- 110- Richman J; Rosenbaum M (1970), A clinical study of the role of hostility and death wishes by the family and society in suicidal attempts. *Isr Ann Psychiatr Relat Discip*, 8(3):213-31.
- 111- Wolk-Wasserman D (1985), The intensive care unit and the suicide attempt patient. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (6):581 -95.
- 112- Canetto SS, Feldman LB (1993), Overt and covert dependence in suicidal women and their male partnere. *Omega* 27,177-194.
- 113- Bedrosian RC (1986), Cognitive and family intervenfions for suicidal patient. *Journal of Psychotherapy and the Family* 2, 129-152.
- 114- Ansel EL, Mc Gee RK (1971), Attitudes toward suicide attempters. *Bulletin of Suicidology* 8, 22-28
- 115- Dressler DM; Prusoff B; Mark H; Shapiro D (1975), Clinician attitudes toward the suicide attempter. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 160 (2-1):146-55.

- 116- Ramon S; Bancroft JH; Skrimshire AM (1975), Attitudes towards self-poisoning among physicians and nurses in a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 127:257-64.
- 117- Hirsch SR; Walsh C; Draper R (1983), The concept and efficacy of the treatment of parasuicide. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 15 Suppl 20:189S- 194S.
- 118- Albee GW (1990) The futility of psychotherapy. *The Journal of Mind and behavior* 11,369,384.
- 119- Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri, Depression Rating Scales Used in Clinical Practice in Turkey, Sibel KILINÇ, Fuat TORUN, *Dirim Tıp Gazetesi* 2011; yıl; 86 sayı: 1 (39-47)
- 120- Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı. 3. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1997. s.13-20.
- 121- Jackson C. *Understanding Psychological Testing*. Isted. Britanya: Martston Book Services Limited; 1996. p.25-31.
- 122- Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 4.Baskı. Ankara: HYB Basın Yayın; 2009. s.21-30.
- 123- Ebrinç S. (Psychiatric rating scales and their use in clinical studies). *Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10(2):109-16.
- 124- Guy W. *Clinical Global Impressions: ECDEU Assessment Manual for Pharmacology*, revised edition. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Dept. of Health, Education and Welfare Publication (ADM) 1976:218-22.
- 125- Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- 126- Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;61231:3-13.
- 127- Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. *Yayınlanmamış doktora tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1980.
- 128- ZungWW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.
- 129- Ceyhun B, Akça F. Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliliği Üzerine Bir Çalışma. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1994. s.20-6.
- 130- Yesavage A, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.) *Psychiatr Res* 1983;17;(1):37-49
- 131- Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1997;34111:62-71.

- 132- Cox L, Holden M. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br Psychiatry 1987;150:782-6.
- 133- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1996:51-52.
- 134- Kovacs M. Rating scales to assess depression in schoolage children. Acta Paedopsychiatr, 1981;46(5-6):305-15.
- 135- Öy B. Çocukluk depresyonu derecelendirme ölçeği: Sağlıklı ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda uygulanması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2(2):137-40
- 136- Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361-70.
- 137- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8141:280-7.
- 138- Hamilton MA. A rating scale for depression.) Neurol Neurosurg Psychiatry 1960;23:56-62.
- 139- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği(HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1996;4(41:251-9.
- 140- Montgomery SA, Asberg M. A New Depression scale designed to be sensitive to change. Br Psychiatr 1979;134:382-9.
- 141- Torun F, Önder E, Torun SD, Tural U, Şişmanlar F. Montgomery Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2002;10141:319-30.
- 142- Addington D, Addington, Maticka-Tyndale W. Specificity of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Schizopr Res 1994;11:239-24.
- 143- Aydemir Ö, Danacı EA, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Türkçe versiyonu özgüllüğü ve duyarlılığı. Nöropsikiyatri Arşivi 2000;37:210-3.
- 144- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry 1988;23:271 - 84.
- 145- Amuk T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu N. Oğuzhanoğlu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Yaşlı Toplumda Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2003;14(4):263-71.
- 146- Şenol V, Ünalın D, Avşaroğulları L, İkizceli İ.: İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na başvuran olguların incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6: 19-29; 2005

- 147- Beautrais AL, Joyce PR ve Mulder RT.: Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 29, 37–47, 1999
- 148- Fawcett J, Shaughnessy R. The suicidal patient. JA Flaherty, RA Channon, JM Davis (eds), *Psychiatry*'de, Chicago, s.49-56, 1989
- 149- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA.: *Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı. Williams & Wilkins, Baltimore, 1994.
- 150- Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H: Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. *Kriz Dergisi*; 1: 56-61; 1993
- 151- Bitlis V, Tüzer T, Bayam G, Dilbaz N, Holat H, Tan D: Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 2(2): 323-326, 1994.
- 152- Dilsiz A, Dilsiz F.: Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 4(1):1-6, 1996
- 153- Platt S.: Suicide trends in 24 European Countries 1972-1984. Möller HJ, Schmidtke A, Welz R (ed): *Current Issues of Suicidology*'de. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1988
- 154- Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Oral A, Haran S, Güney S, Binici S, Geçim S, Yücat T, Beder A, Özayar H, Büyükçelik D, Özgüven HD.: Attempted suicides in Ankara in 1995. *Crisis*, 19: 47-48, 1998.
- 155- Welch Ss. A Review Of The Literature On The Epidemiology Of Parasuicide In The General Population. *Psychiatric Services*, 2001(52):3;368-75
- 156- World Health Organization. *World Health Report. Mental Health - New Understanding - New Hope*. WHO: Geneva; 2001
- 157- Gururaj G, Isaac M, Subhakrishna DK, Ranjani R. Risk factors for completed suicides: A case-control study from Bangalore, India. *Inj Control Saf Promot* 2004;11:183-91
- 158- Koçal N, Coşar B, Candansayar S, Arıkan Z, Işık E.: Yatan psikiyatrik hastalardan intihar girişimi olanlarda demografik özellikler ve psikiyatrik bozuklukların retrospektif araştırılması. *Kriz Dergisi*, 2(2): 327-330, 1994.
- 159- Gidiş D, Kaya N, Çilli AS, Özkan İ, Şahinoğlu U.: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. *Kriz dergisi*, 5(1): 37-42, 1997)
- 160- Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H.: Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. *Kriz Dergisi*; 5(1):37-42, 1997.
- 161- Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O.: Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 1(2):83-88, 2000
- 162- Ateşçi FÇ, Kuloğlu M, Tezcan E, Yıldız M.: İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri*;5:22-27, 2002

- 163- Sept 1982 Risk Factors for Suicide in Psychiatric Patients, Alec Roy, MB BCh Author Affiliations, Arch Gen Psychiatry. 1982;39(9):1089-1095
- 164- The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. Bancroft J, Marsack P. Br J Psychiatry. 1977 Oct;131:394-9.
- 165- Tercyak KP, Johnson SB, Roberts SF, Cruz AC. Psychological Response to Prenatal Genetic Counseling and Amniocentesis. Patient Education and Counseling 2001; 43:73-84.
- 166- Ng CCM, Lai FM, Yeo GSH. Assessment of Maternal Anxiety Levels Before and After Amniocentesis. Singapore Med J. 2004;45(8):370-374.
- 167- Al RA, Yalvac S, Atlar OY, Dolen I. Perceived Pain and Anxiety Before and After Amniocentesis Among Pregnant Turkish Women. Clin Exp Obstet Gynecol. 2009;36(3):184-6.
- 168- Spiegel D, Marrow G, Classen Catherine. Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer 1999; Volume 8, Issue 6, November/December 1999, Pages 482–493

8. EKLER

Ek 1:

Çalışma Kriterleri

Çalışmaya dahil etme kriterleri:

18 yaş üzeri intihar girişimi ile acil servise başvuran hastalar

Dışlama kriterleri:

Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar

Okur yazar olmayanlar

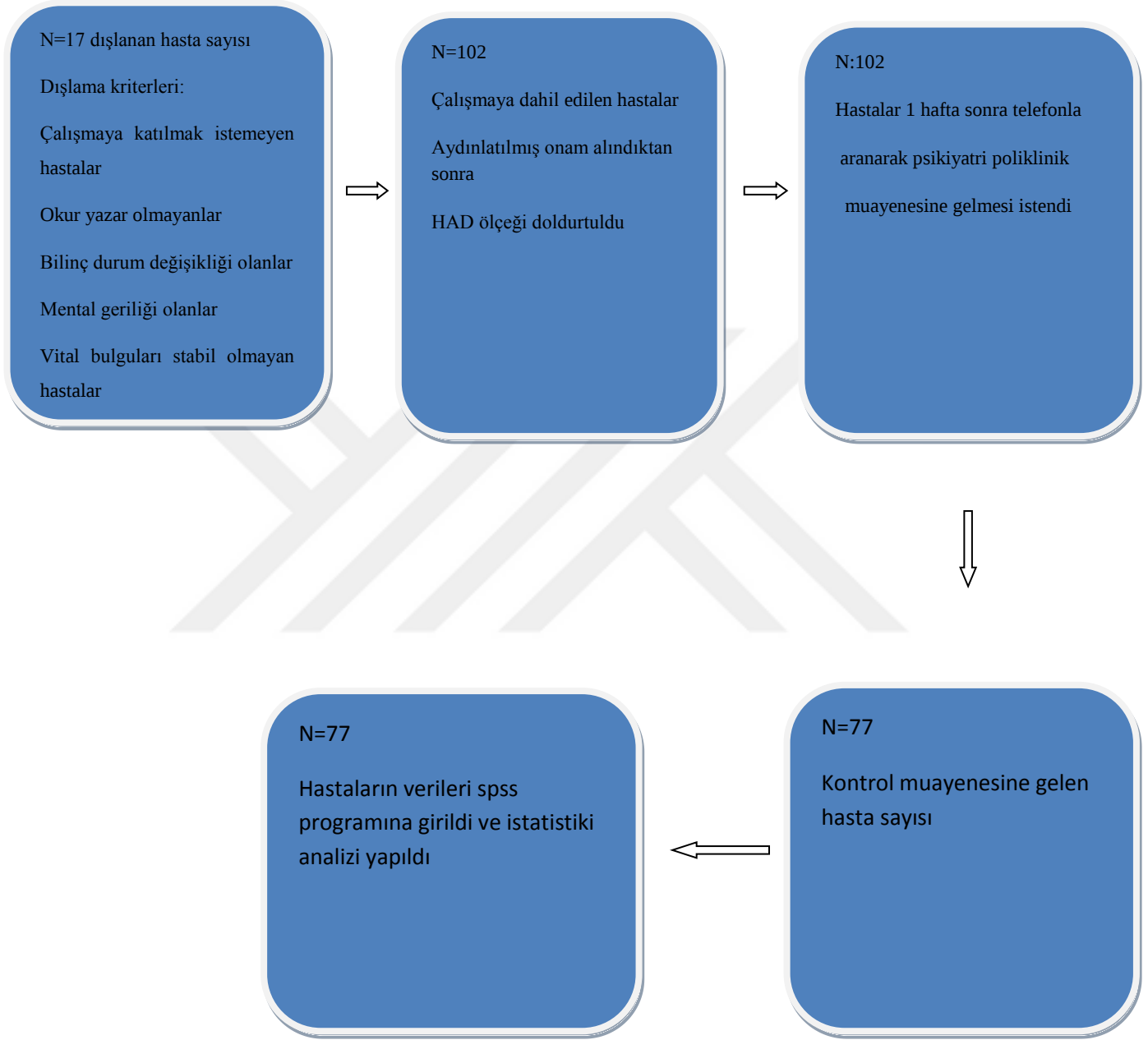
Bilinç durum değişikliği olanlar

Mental geriliği olanlar

Vital bulguları stabil olmayan hastalar

18 yaşın altında olmak

Çalışmaya ait hasta akış şeması şekil 1’de gösterilmiştir.



(şekil 1)

HAD ölçeği: Zigmond ve Snaith (1983)⁽¹³⁶⁾ tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır.⁽¹³⁷⁾ Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak amaçlı değil, anksiyete depresyonu kısa sürede risk grubunu belirlemek için kullanılır. Toplam 14 sorudan yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlandırılması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., 13. Maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11., 13. Maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12., 14. Maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HADÖ’nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak hesaplanmıştır. Ek-2’de soruları oluşturan ölçek belirtilmiştir.

Ek: 2

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- (3) Çoğu zaman
- (2) Birçok zaman
- (1) Zaman zaman, bazen
- (0) Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.

- (0) Aynı eskisi kadar
- (1) Pek eskisi kadar değil
- (2) Yalnızca biraz eskisi kadar
- (3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.

- (3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- (2) Evet, ama çok şiddetli değil
- (1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- (0) Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.

- (0) Her zaman olduğu kadar
- (1) Şimdi pek o kadar değil
- (2) Şimdi kesinlikle o kadar değil
- (3) Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- (3) Çoğu zaman
- (2) Birçok zaman
- (1) Zaman zaman, ama çok sık değil
- (0) Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- (3) Hiçbir zaman
- (2) Sık değil
- (1) Bazen
- (0) Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

- (0) Kesinlikle
- (1) Genellikle
- (2) Sık değil
- (3) Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- (3) Hemen hemen her zaman
- (2) Çok sık
- (1) Bazen
- (0) Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Bazen
- (2) Oldukça sık
- (3) Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- (3) Kesinlikle
- (2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- (1) Pek o kadar özen göstermiyorum.
- (0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- (3) Gerçektende çok fazla
- (2) Oldukça fazla
- (1) Çok fazla
- (0) Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- (0) Her zaman olduğu kadar
- (1) Her zamankinden biraz daha az
- (2) Her zamankinden kesinlikle daha az
- (3) Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum

- (3) Gerçekten de çok sık
- (2) Oldukça sık
- (1) Çok sık değil
- (0) Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

(0) Sıklıkla

(1) Bazen

(2) Pek sık değil

(3) Çok seyrek



Ek-3

Hasta Bilgi Formu

Yaş:

Tel:

Yakının (yakınlık derecesi:) Tel:

Olayın meydana geliş ve hastaneye başvuru zamanı:

Kadınsa/Menstruel siklus günü:

Hastanın Sosyoekonomik Özellikleri :

Medeni Durum: Bekar ☐ Evli ☐ Dul ☐ Boşanmış ☐

Eğitim Durumu: Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐
Üniversite ☐

Meslek :

Maddi durum:

1000 TL altı ☐ 1000-2000 TL arası ☐ 2000-3000 TL arası ☐

3000-4000 TL arası ☐ 4000 TL üstü ☐

Yerleşim Yeri: İl Merkezi ☐ İlçe ☐ Köy ☐

İş durumu:

Çalışıyor (mesleğine uygun): ☐ Çalışıyor (mesleğine uygun değil) : ☐

Öğrenci : ☐ Çalışmıyor: ☐ Diğer: ☐

Özgeçmiş:

Psikiyatrik rahatsızlık:

Kullandığı ilaçlar:

Ailede intihar öyküsü: Var ☐ Yok ☐

Yakınlık derecesi:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:

Son 6 ay içinde psikiyatri poliklinik başvurusu:

Alkol madde bağımlılığı: Var ☐ Yok ☐

Suicid yöntemi:

İlaç alımı: ☐ Yüksekten atlama ☐ Ateşli silahla yaralanma: ☐

Delici kesici aletle yaralanma: ☐ Ası: ☐

Yöntem ilaç alımı ise:

Alınan ilaç: kendi kullandığı: aile bireylerinin: tanınmıyor:

Önceden suicid girişimi: Var ☐ Yok ☐

Var ise kullandığı yöntem:

Suicid nedeni (hasta belirtecek):

Ruhsal: ☐ Aile içi geçimsizlik: ☐ Duygusal ilişki: ☐ Bedensel: ☐

Aile içi şiddet: ☐ Öğrenim başarısızlığı: ☐ Ekonomik nedenler ☐

Çalışma hayatındaki başarısızlık: ☐ Diğer : ☐

İntihar nedeni (hekim belirtecek): impulsif evet: ☐ hayır : ☐

Sonuç :

Taburcu: ☐

Yatış (Yoğun Bakım ☐ /Servis ☐),

Sevk : ☐ Exitus: ☐

Psikiyatri konsültasyonu : İstendi ☐ İstenmedi ☐

9. ÖZGEÇMİŞ

31 Ekim 1987’de Isparta/Senirkent’te doğdum. İlköğrenimi Isparta Halıkent İlköğretim Okulu’nda, ortaöğrenimimi Isparta Anadolu Lisesi’nde tamamladım. 2012’de Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni bitirdikten sonra Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi’nde 4 ay pratisyen hekim olarak çalıştım. 2012 Eylül TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı)’tan sonra Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı’na asistan doktor olarak katıldım. Halen Antalya’da görevime devam etmekteyim.