

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**2005 YILINDA ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA
HASTANESİ ACİL SERVİS KRİZ ODASI'NA BAŞVURAN İNTİHAR
GİRİŞİMİ VAKALARININ BİR YIL SONRAKİ RUHSAL DURUMLARI
VE İNTİHAR DAVRANIŞINI YİNELEME RİSKLERİ**

Seliyha DOLAŞIR

DİSİPLİNLERARASI SOSYAL PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

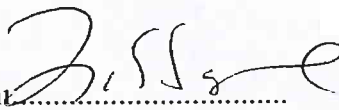
DANIŞMAN

Doç. Dr. Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN

Türkiye Cumhuriyeti
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
ürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul
dılmıştır.

Tez Savunma Tarihi: 12.03.2007


Jüri Başkanı.....
Prof.Dr.Işık SAYIL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....
Prof.Dr. Oğuz BERKSUN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

Üye.....
Prof.Dr.Fatma ÖZ
İlçettepe Üniversitesi
Nemşirelik Yüksekokulu

Üye.....
Prof.Dr. Recep AKDUR
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye.....
Doç.Dr.Halise DEVRİMCI ÖZGUVEN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
(Danışman)

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÖNSÖZ	vi
TABLolar	viii
1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER.....	1
1.1 Tanımlar	1
1.2 İntihar Davranışına Kuramsal Yaklaşımlar	3
1.2.1 Biyolojik Yaklaşımlar	3
1.2.2 Psikolojik Yaklaşımlar	5
1.2.3 Toplumsal Yaklaşımlar	7
1.3 Epidemiyoloji	8
1.3.1 İntiharların Sıklığı	9
1.3.2 İntihar Girişimlerinin Sıklığı	10
1.3.3 İntihar ve İntihar Girişimlerine İlişkin Risk Faktörleri	12
1.3.3.1 Cinsiyet ve Yaş.....	13
1.3.3.2 Irk	14
1.3.3.3 Medeni Durum	14
1.3.3.4 Ailesel Faktörler	15
1.3.3.5 Eğitim Meslek ve Ekonomik Durum	16
1.3.3.6 Bedensel Hastalıklar	17
1.3.3.7 Ruhsal Hastalıklar	18
1.3.3.8 Daha Önceki İntihar Girişimleri.....	19
1.3.3.9 İntihar Araçlarının Ulaşılabilirliği.....	20
1.3.3.10 İntihar Düşüncesinin Önceden İfade Edilmesi.....	20
1.3.4 Tekrarlayan İntihar Girişimleri ile İlgili Risk Faktörleri.....	20
1.4 Yaşam Olayları.....	22
1.4.1 Yaşam Olayları.....	22
1.4.2 Yaşam Olayları ve İntihar Üzerine Yapılan Çalışmalar.....	23
1.5 Sosyal Destek	24
1.5.1 Sosyal Destek Kavramı	24

1.5.2 Sosyal Destek ve İntihar Üzerine Yapılan Çalışmalar	25
1.6 Araştırmanın Amacı	26
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
2.1 Denekler	28
2.2 Veri Toplama Araçları.....	28
2.2.1 Kişisel Bilgi Formu	29
2.2.2 Yaşam Olayları Skalası	29
2.2.3 İntihar Olasılığı Ölçeği.....	30
2.2.4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	31
2.2.5 Kısa Semptom Envanteri.....	31
2.3 İşlem	32
2.4 Verilerin Analizleri	33
2.5 Sınırlılıklar	34
2.4 Araştırmanın Önemi ve Beklenen Katkı	34
3. BULGULAR.....	36
3.1 Demografik Özellikler.....	36
3.1.1 Yaş ve Cinsiyet.....	36
3.1.2 Medeni Durum	37
3.1.3 Eğitim Durumu.....	37
3.1.4 Ekonomik Aktivite	38
3.2 Retrospektif Değerlendirmeler	39
3.2.1 İntihar Girişiminin Yöntemi.....	39
3.2.2 Alkol Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı.....	39
3.2.3 Kendini Yaralayıcı Davranışlarda Bulunma	40
3.2.4 Ailede İntihar Girişim Öyküsü ve Psikiyatrik Hastalıklar	40
3.2.5 İntihar Girişimi Öncesinde ve Sonrasında Psikiyatrik Tedavi Görme	40
3.2.6 İntihar Girişiminin Nedenleri	41
3.2.7 İntihar Girişiminin Tetikleyicileri	43
3.3 İzlem Değerlendirmeleri.....	44
3.3.1 Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki İntihar Olasılıkları	44
3.3.2 Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki Psikiyatrik Belirtileri.....	45
3.3.3 Vakaların Son Altı Ay İçinde Maruz Kaldıkları Yaşam Olayları	47
3.3.4 Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki Sosyal Destek Algıları	49

3.3.5 Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki İntihar Olasılıkları ile Diğer

Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiler..... 49

3.3.5.1 İntihar Olasılığı ve Psikiyatrik Belirtiler 49

3.3.5.2 İntihar Olasılığı ve Yaşam Olayları 52

3.3.5.3 İntihar Olasılığı ve Sosyal Destek Algısı 52

3.3.6 Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasında Saptanan İntihar Olasılığı Üzerine

Etkili Olan Faktörler..... 55

4. TARTIŞMA.....56

5. SONUÇ VE ÖNERİLER62

6. ÖZET64

7.SUMMARY66

KAYNAKLAR.....68

EKLER78

EK 1 Kişisel Bilgi Formu..... 78

EK 2 Yaşam Olayları Skalası..... 80

EK 3 İntihar Olasılığı Ölçeği 85

EK 4 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği..... 87

EK 5 Kısa Semptom Envanteri 88

EK 6 İntihar Girişimlerinin Nedenleri Listesi..... 91

EK 7 İntihar Girişimini Tetikleyen Faktörler Listesi 93

EK 8 Onam Formu 94

ÖNSÖZ

İntiharlar ve intihar girişimleri psikolojik, toplumsal ve biyolojik birçok faktör tarafından etkilenen, bireyi, ailesini, sosyal çevresini ve dolayısıyla toplumu sarsan etki ve sonuçlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Epidemiyolojik özelliklerini inceleyen çalışmaların sayı, kapsam ve güvenilirliğinin birçok başka hastalığa göre düşük olduğu intihar ve intihar girişimleri halen birçok toplumda tabu olma niteliğini korumaktadır. Ancak son yıllarda özellikle genç nüfusun ölüm sebeplerinin üst sıralarında yer almaya başlayan intihar davranışları ve giderek artan intihar girişimi oranları; intihar ve intihar girişimlerinin toplum sağlığı çalışanlarının ilgi odağı haline gelmesine neden olmuş ve bu konuya yönelik çalışmalarda artış olmuştur. Ülkemizde de durum farksızdır ve intihar ve intihar girişimini konu alan çalışmalar daha çok üniversiteler tarafından sürdürülmektedir. Bunun yanında Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından da 1962 yılından beri intiharlar ile ilgili veriler toplanarak yayımlanmaktadır. Ancak ne yazık ki, tamamlanmış intihar ve intihar girişimi vaka kayıtlarının adli niteliğinin bulunması, yayımlanmış çalışmaların gerçek sayı ve sıklığını yansıtmaması olasıdır. Yine de bu koşullar altında yürütülen çalışmalar intihar ve intihar girişimleri hakkında bizlere önemli veriler ve bilgi birikimi sunmaktadır.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde titiz ve disiplinli çalışması, büyük bilgi birikimi ve hoşgörüsü ile bana destek olan değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN'e, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin kapılarını bana açarak alanda ilk profesyonel deneyimimi yaşamama fırsat veren ve Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri yüksek lisans programına girmem için bana cesaret ve destek veren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Işık SAYIL'a, yüksek lisans eğitimi süresince bilgi ve birikimlerini paylaşarak bizlere emek veren çok değerli Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri'ne, tez örneklemimin Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası vakalarından oluşmasını arzu ettiğimde bunu onaylayan ve protokol defterinden hasta kartlarına kadar tezim için gerekli her türlü bilgi ve birikimini benimle paylaşan Sayın Uzm. Psikolog Seda HARAN'a, bana her zaman hoşgörü ve sevgiyle yaklaşarak, hem birlikte güzel zamanlar geçirdiğim "arkadaşlarım", hem de deneyimlerinden çok şey öğrendiğim "eğitimcilerim" olan sevgili Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi çalışanlarına, lisans yıllarımdan beridir her

zaman yanımda olan, tez çalışmamda da bilgilerini ve arkadaşlığını benimle paylaşan Endüstri ve Örgüt Psikoloğu Çiğdem ERDEMLİ'ye, akademik başarılarıyla gurur duyduğum, bana her zaman koşulsuz bir sevgiyle destek olan ablalarım Dr. Semiyha DOLAŞIR TUNCEL ile Endüstri ve Örgüt Psikoloğu Seniha DOLAŞIR KOÇYİĞİT'e, hep benimle olacaklarını bildiğim Anneme ve Babama, bana en büyük desteği sevgisi ile verebilecekken yetinmeyip hayatımı güzelleştirmek için var gücüyle uğraşan Fuat SARUHAN'a teşekkürlerimi sunarım.

TABLOLAR

TABLO 1 – Vakaların Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Ortalama Yaşları.....	36
TABLO 2 - Vakaların Medeni Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	37
TABLO 3 – Vakaların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	38
TABLO 4 – Vakaların Ekonomik Aktivitelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	39
TABLO 5 – Vakaların İntihar Girişimlerinden Sonra Aldıkları Psikiyatrik Tedavilerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	41
TABLO 6 – İntihar Girişiminde Etkili Olan Nedenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	42
TABLO 7 – İntihar Girişiminde Etkili Olan Tetikleyicilerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	43
TABLO 8 – Vakaların İntihar Olasılıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	44
TABLO 9 – Vakaların Psikiyatrik Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	46
TABLO 10 – Vakaların Maruz Kaldıkları Yaşam Olaylarının Cinsiyete Göre Dağılımı/YOS-Stres Puanı Ortalamaları.....	48
TABLO 11 – Vakaların Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	49
TABLO 12 – İÖÖ ve KSE Arasındaki İlişkiler.....	51
TABLO 13 – İÖÖ ve YOS Arasındaki İlişkiler.....	52

TABLO 14 – İOO ve ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiler.....	53
TABLO 15 - Tüm Ölçekler Arasındaki İlişkiler... ..	54
TABLO 16 – İntihar Olasılığının Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi.....	55

1- GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1.1. TANIMLAR

Dünya Sağlık Örgütü intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendisine zarar vermesi” olarak tanımlar ve intiharları “gerçek intiharlar” ve “intihar girişimleri” olarak ikiye ayırır. Gerçek intiharlar ölümle sonuçlanır. İntihar girişimleri ise, bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimleridir (Ağargün 1993). Durkheim’a göre (1992) ise ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı intihar; bu biçimde tanımlanan ama ölüm sonucu doğurmadan durdurulan her edim intihar girişimidir.

Kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi ve kişinin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık hali olan intihar, psikiyatride başta gelen ölüm nedenidir. Bir düşünce, bir eğilim, bir girişim ya da tamamlanmış intihar olarak karşımıza çıkabilir (Sayıl 2000b).

İntihar girişimleri ile ilgili tanımsal sorunları ortadan kaldırabilmek amacı ile Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesel Ofisi tarafından yürütülen “WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour (DSÖ/Avrupa Çok Merkezli İntihar Davranışı Çalışması)” adlı çalışmada intihar girişimi yerine “parasuisid” teriminin kullanımı önerilmiştir. Parasuisid “kendini öldürmek için güçlü niyet taşıyan intihar davranışları yanında, ölüm niyetine yönelik belirsizlik içeren intihar davranışlarını ve yardım arayışına yönelik kendine zarar verici davranışları” da kapsamaktadır ve bu terim ile intihar girişimi terimleri birbirinin yerine kullanılabilir. Daha geniş bir tanımla, parasuisid “kişinin kasıtlı olarak, başkalarının müdahalesi olmadığı takdirde kendine zarar verecek, alışkanlığa dayanmayan bir davranış başlatması veya reçete edilmiş ya da genel olarak kabul edilen tedavi edici dozu aşacak miktarda bir maddeyi yutması ve bu davranışın gerçek ve umulan fiziksel sonuçları

aracılığıyla ortaya çıkacak değişikliklerin farkında olarak yaptığı ölüme yol açmayan bir davranıştır”. Tanım gerçek zarar oluşmadan engel olunan davranışları kapsamakta, ancak davranışının anlamının veya sonuçlarının farkında olmayan kişilerin yaptığı kendine zarar verici davranışları dışlamaktadır (Bille-Brahe ve arkadaşları 1994; Bille-Brahe ve arkadaşları 1995).

Amerikan Psikiyatri Birliği intiharı patolojik bir davranış olarak ele almakta ve DSM-III’de “İntihar Bozuklukları” başlığı altında, tanım ve sınıflandırmaya gitmeden, dört alt başlığa ayırmaktadır; intihar düşüncesi, intihar davranışı, intihar girişimi ve başarılı intihar (Kaya 1999).

İntihar düşüncesi “kendimi öldürmeyi düşünüyorum” ifadesiyle özgünleşir. Belli durumlarda yaşamayı istememek, dolaylı yollardan ölümü düşünmek her zaman hastalığın ya da intihar girişiminin belirtisi değildir. Bu düşünceler kısa süreli ve gelip geçicidirler. İntihar düşünceleri ise uzun süre kaybolmazlar, inatçı ve şiddetlidirler. İntihar düşünceleri her şeyden önce yaklaşan tehlikenin ve bilinç dışı bir çatışmanın, ruhsal öğelerdeki bir dengesizliğin ve ciddi bir krizin habercisidir. Kişi düşüncelerin ardından plan ve tasarılar yapar, bu plan ve tasarıların ardından genellikle intihar girişimleri gelir (Odağ 1995).

Bireyin intihar eylemi ölümle sonuçlanıyorsa intihar, ölümle sonuçlanmıyor ise intihar girişimi tanımlaması yapılmaktadır. Ancak yalnızca ölümle sonuçlanıp sonuçlanmamasına göre yapılan bir ayrımın yetersiz olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü bilinçli olarak kendini öldürme girişiminden sonra yaşayan pek çok insan olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla bu eylemin amacı ölüm olmasına rağmen başarısızlığında intihar girişimi; hayatına son vermeye karar veren kişinin en etkili metodu seçip, kimsenin müdahalesine izin vermeyecek tarzda kendini öldürmesi ise intihar davranışı olarak adlandırılmaktadır (Arkun 1963).

1.2. İNTİHAR DAVRANIŞINA KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

İntihar davranışı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik temelleri olan karmaşık bir insan davranışıdır. Bu bölümde intihar davranışını açıklamaya yönelik kuramsal yaklaşımlar, bu üç alan temel alınarak aktarılabacaktır.

1.2.1 *Biyolojik Yaklaşımlar*

Biyolojik yaklaşımın, intihara bakışı ya soya çekimi ya da vücuttaki bir takım biyokimyasal düzensizlikleri içermektedir (Roy 1992; Roy ve arkadaşları 1997). Biyolojik yaklaşımlar özellikle genetik ve endokrinolojik çalışmalara dayanmaktadır.

Bu konuda yapılan genetik çalışmaların bulguları, intihar davranışının genetik olarak kuşaktan kuşağa geçtiğini düşündürmektedir. İntiharın etiolojisinde genetik geçişin olduğunu savunan bu görüşü destekleyen görgül bulgular mevcuttur.

İntihar ederek kendini öldürenlerin birinci derece akrabalarının kendini öldürme olasılıkları daha yüksektir. Hem ergenlerde hem yetişkinlerde yapılan çalışmalar bu görüşü doğrulamaktadır. Murphy ve Wetzel (1982) intihar girişiminde bulunan 127 kişilik hasta örnekleminde, hastaların %14'ünün ailelerinde intihar davranışı sergilendiğini, %24'ünde ailede intihar girişimi olduğunu ve %6'sında ailede intihar konusunda tehditte bulunan bireylerin olduğunu göstermişlerdir.

İntihar davranışının aktarılmasında genetik geçişin önemini gösteren diğer çalışmalar ise ikiz çalışmalarıdır. Tek ve çift yumurta ikizlerinin karşılaştırıldığı bu çalışmalar intihar davranışının genetik yönünün bulunduğu işaret etmektedir (Eskin 2003).

Bu bulgular çok nedenli bir davranış olan intiharın genetik bir temelini olabileceğini göstermektedir. Ancak bu çalışmaların zayıf yönleri de vardır. İlk olarak; genetik geçiş gibi biyolojik bir olguya rağmen ailesinde intihar davranışı olan

herkes kendini öldürmemekte veya girişimde bulunmamaktadır. İkinci olarak, geçişin bir genetik temelini olmasına rağmen genetik olarak neyin aktarıldığı sorusu yanıtızsız kalmaktadır (Eskin 2003).

Endokrinolojik çalışmaların ana hipotezi ise; kendini öldüren kimselerde beyindeki bazı biyokimyasal değişikliklerin kişiyi intihara sevk ettiğidir. Bunlar içinde en kayda değeri, bireyin salgı (endokrin) sistemindeki değişikliklerin intihar eğilimi ile ilişkili olup olmadığı ile ilgilidir.

Bir serotonin yıkım ürünü olan 5-hydroxyindoleacetic asit (5-HIAA) düzeylerini inceleyen araştırmalar bu maddenin intihar davranışında bulunan kişilerde, bulunmayan kişilere oranla daha düşük olduğunu göstermektedir (Asberg 1997; Pandey 1997; Nordström ve arkadaşları 1994). Asberg ve arkadaşları (1986) intihar girişimi nedeniyle hastaneye yatırılan 76 hastayı bir yıldan fazla süre izlemişler ve bu izlem sonucunda omurilik sıvısında 90 mikrogram/ml den az 5-HIAA bulunan hastaların %21'inin kendini öldürdüğünü, buna karşılık omurilik sıvısında 90 mikrogram/ml den fazla 5-HIAA maddesinin bulunduğu hastaların yalnızca %2'sinin intihar ettiğini bulmuşlardır. Bilindiği gibi düşük serotonin düzeyi depresyonda da tespit edilmiştir (Stockmeier 1997). Serotonin yıkım ürünü olan 5-HIAA'nın düşük olması bireyi intihara götüren süreçte önemli bir role sahip gibi görünmektedir. Ancak diğer bulgular psikososyal olayların da bu maddenin düzeyini etkilediğini göstermektedir (McGuire ve arkadaşları 1983; Raleigh ve arkadaşları 1984).

Diğer bir grup çalışma, beyinde düşük düzeyli monoamin oksidaz etkinliğinin intiharla ilişkili olduğunu göstermektedir (Van Prag 1986). Başka bir çalışma grubu ise, intihar davranışında bulunan kişilerde dopaminerjik sinirsel iletimin düşüklüğüne dikkat çekmektedir (Roy 1994).

Serotonin, bireyi kendi canına kıymaya götüren süreçte nasıl bir rol oynar? İlk akla gelen düşük serotonin düzeylerinin insanları depresyona soktuğu ve depresyona giren kişinin mutsuzluk ve umutsuzlukla canına kıydığı olabilir. Ancak

her depresyona giren kişi kendini öldürmemektedir ve her intihar eden kişi de depresyonda değildir. Bu nedenle çok yönlü bir davranış olan intiharı açıklama ve anlamada biyolojik faktörler tek başına yeterli değildir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin karşılıklı etkileşim içinde bulunduğu çalışmaları, biyolojik etmenlerin tek başlarına intihar sürecini anlamada yetersiz kalacaklarını göstermektedir.

1.2.2 Psikolojik Yaklaşımlar

İntihar davranışının açıklanmasına yönelik psikolojik yaklaşımları psikodinamik teori, sosyal öğrenme kuramı ve umutsuzluk kuramı olarak üç alt başlıkta inceleyebiliriz.

Psikoanalitik kuram kişinin öfke ve kızgınlık duygularını kendi benliğine yöneltmesinin intihara neden olduğunu varsaymaktadır. Bunun için intiharlarla cinayetler ortak özellik taşımaktadır. Freud'un teorisine göre cinayette birey kızgınlığını başka birine yönlendirirken, intiharda kendi benliğine yöneltmektedir. Çok bilinen bir deyişle intiharlar aslında 360 derecedeki cinayetlerdir. Kuramı destekleyen bulgular mevcuttur. Lester ve Lindsley (1988) intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan üniversite öğrencilerini karşılaştırdıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunan grubun bulunmayan gruba göre daha fazla öze dönük kızgınlık ve düşmanlık duyguları sergilediklerini bulmuşlardır.

Meninger (1966) kuramında, ölüm ve yaşam istekleri üzerinde durmakta ve intiharı bu iki istek arasındaki bir çeşit savaş olarak tanımlamaktadır. Meninger'e göre insandaki ölüm arzusu üç öğeden oluşur: Öldürme isteği, öldürölme isteği ve ölüm isteği. İntihar eylemi sadece kişinin tüm bilinçaltıyla ölmeyi istediği durumlarda başarıya ulaşır (Kaplan 1994).

Sosyal öğrenme kuramına göre ise; insan davranışları öğrenme ile oluşur.

kendi davranış repertuarını oluşturur. Sosyal öğrenme yaklaşımını intihara uyarlayan Lester (1987) “özkıyımın, kısmen de olsa, stresli yaşam koşullarına karşı öğrenilmiş bir davranış” olduğunu savunmaktadır.

Tarihsel perspektiften bakıldığında da intiharların ortaya çıkışında sosyal öğrenme ve taklidin önemli olduğu görülmektedir. Örneğin, “Werther Sendromu” olarak bilinen ve alman yazar Goethe’nin “Werther’in Acıları” adlı kitabı yayımlandığında kıta Avrupa’sında ortaya çıkan intihar salgını, öğrenmenin intihar davranışının ortaya çıkışında etkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir (Eskin 2003).

Umutsuzluk kuramının çıkış noktası ise, depresyon ve intihar arasındaki ilişkidir. Bu kurama göre; bu ilişki arasındaki en önemli etken umutsuzluktur. Umutsuzluk bireyin gelecekte olumsuz beklentileri olarak tanımlanmaktadır. Bu kuram, intihar sürecinde rol oynayan bilişsel süreçler hakkındadır ve Beck’in bilişsel depresyon kuramını anlamayı gerektirir. Beck (1976) “depresyondaki bilişsel üçlü” denilen bir bilişsel durumun varlığından söz eder. Buna göre depresyondaki kişi kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz görmektedir. Gelecekte olumsuz beklentiler olarak tanımlanan umutsuzluk, bilişsel kurama göre intihar sürecini başlatan ve sürdüren en önemli etmen konumundadır. Depresyonda olan herkesin kendini öldürmediğinden yola çıkan Abramson ve arkadaşları (1989) ise depresyonda umutsuzluk duygularının hâkim olduğu bir alt depresyon türünün olabileceğine işaret etmektedirler. Büyük bir umutsuzluk içinde olan ve daha fazla acı çekmek istemeyen kişi, içinde bulunduğu umutsuzluktan kaçmak ister. İntihar davranışında bulunan kişi kendi canına kıymayı umutsuz ve çözümsüz konumuna yegâne çözüm olarak algılar. Yapılan çalışmalar da intihar davranışında bulunan kimselerin, kendilerini öldürmeyi içinde bulundukları zor durumun çözümü olarak gördüklerini göstermektedir (Linehan ve arkadaşları 1987).

1.2.3 Toplumsal Yaklaşımlar

Sosyolojik anlamda intiharı sistematik bir şekilde açıklayan en önemli yaklaşımlardan bir tanesi Durkheim'in sosyolojik kuramı, diğeri ise Henry ve Short'un kendi isimlerini taşıyan kuramıdır.

İntiharı toplum-bilimsel yöntemlerle inceleyen en önemli kişi sosyolog Durkheim olmuştur. Durkheim (1951) son derece bireysel bir olgu gibi görünen intiharın bireyin toplumla ilişkisindeki düzensizlikler ve dalgalanmalardan kaynaklandığını göstermiştir. Kurama göre, hem bireyin toplum tarafından düzenlenme, kontrol edilme gereksinmesi vardır; hem de bireyin bu gereksinimleri ile gerçekleştirme olanakları tam bir uyum içinde olmalıdır. Birey kendini içinde yaşadığı toplumun ya da topluluğun bir parçası olarak görmek ve hissetmek ister. Durkheim buna "sosyal bütünleşme" demektedir. Aynı zamanda bireyin, rasyonel olmayan yönünden gelen arzu ve isteklerin toplumsal olarak düzenlenmesi gereksinimi de bulunmaktadır ve kuramda bu "sosyal düzenleme" olarak tanımlanır. Yani Durkheim'in kuramında "toplumsal bütünleşme" ve "toplumsal düzenleme" olmak üzere iki ana eksen vardır. Sözü edilen bu iki toplumsal olgunun düzeyine göre de kuramda dört ayrı intihar türü belirmektedir. Sosyal bütünleşmenin düşük olduğu durumlarda "bencil intihar", toplumsal bütünleşmişlik düzeyinin yüksek olduğu toplumsal koşullarda ise "elcil intihar" meydana gelmektedir. Diğer taraftan sosyal düzenlenmenin yetersiz olduğu toplumsal koşulda "kuralsızlık intiharları" görülürken, fazla olduğu durumlarda "ölümcül intiharlara" rastlanmaktadır (Eskin 2003).

Görüldüğü gibi Durkheim'in sosyolojik kuramı intiharların nedenlerini sadece toplumsal olaylara veya toplumsal bir takım oluşumlara bağlamaktadır. Bireyin psikolojik yapısındaki işlevsel düzensizliklere değinmemiştir. İntihar davranışını anlama ve açıklamada çok yönlü olma gerekliliği düşünüldüğünde, Durkheim'in kuramının intihar davranışının toplumdan topluma değişen görülme sıklığını açıklamada çok başarılı olduğunu, ancak bireysel düzeyde intiharları açıklamada yetersiz kaldığını söyleyebiliriz.

Henry ve Short'un kuramına baktığımızda ise, hem psikodinamik görüşün intiharların aslında birer cinayet olduğu savını, hem de Durkheim'in toplumbilimsel kuramını birleştiren bir yaklaşım içerdiğini görmekteyiz (Henry ve Short 1954).

Henry ve Short (1954) "engellenmeye karşı birincil tepki engellemeyi gerçekleştiren kişiye karşı saldırganlıktır" görüşünü ileri sürerek, toplum içinde güçlü dış engellerin bulunmasının, bireyin öfkesini diğerlerine yönlendirmesini meşru kıldığını söylemektedirler. Ancak dış engeller zayıfsa, bireyin öfkesinin diğerlerine yönlendirmesini meşrulaştırmak güçleşir ve birey sorumluluk yüklenir. Bu durumda kişi öfkesini kendisine yöneltir. Öfkesini kendisine yönlendiren kişi, bu duygusunun yöneldiği kimseyi (kendisini) ortadan kaldırır, yani intihar eder. Kurama göre kişinin toplumsal yaşantıları da intihar konusunda belirleyici ve nedenseldir. Kişinin sosyal konumundaki değişiklikler, engellenmişlik hissinin ortaya çıkmasında önemlidir. Statü kaybına bağlı engellenmişlik kişiyi öfke ve kızgınlık yaşamaya götürür.

Henry ve Short'a (1954) göre güçlü dış engeller ve zayıf iç engeller karşısında birey öfkeyi başkalarına yansıtır. Diğer taraftan zayıf dış engeller ve güçlü iç engeller olduğunda birey öfkesini kendisine yönelterek canına kıyar. Dış engeller hem dikey (düşük veya yüksek sosyoekonomik statü gibi), hem de yatay (güçlü veya zayıf aile bağları, diğer gruplar içindeki bağlar gibi) olabilir.

1.3. EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyoloji; hastalıkların ya da diğer toplumsal olgu ve olayların toplumdaki dağılımlarını bulup, inceleyerek bunların etiyolojisini bulma yöntemi ve disiplini (Akdur 1996).

İntihar gibi görece seyrek rastlanan, birçok faktörün etkilediği ve kişinin ve ailesinin sosyal durumunu güçleştirebilen hastalıkların dağılımlarının ve etiyolojik faktörlerinin belirlenmesi güçtür. Bu nedenle intiharların ve intihar girişimlerinin

epidemiyolojik özelliklerini inceleyen çalışmaların sayısı, kapsamı ve güvenilirliği birçok başka hastalıklara göre daha düşüktür (Devrimci Özgüven 2002).

1.3.1. İntiharların Sıklığı

Son yirmi yılda dünya çapında ciddi bir sorun olarak tanımlanan intihar davranışı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından acil olarak önemli oranda ilgi gösterilmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanınmaktadır (Devrimci Özgüven ve Sayıl 2003). Dünyada yılda ortalama bir milyon kişi intihar ederek yaşamına son vermektedir. Ölümle sonuçlanan her bir intihar olgusuna karşılık en az 30 intihar girişimi ile karşılaşmaktadır (Sayıl 2000b). İntihar özellikle daha genç yaş gruplarında kazalardan sonra ikinci en önemli ölüm sebebidir (Schmidtke 1997).

Amerika Birleşik Devletleri'nde intihara bağlı ölümlerin hızı yıldan yıla hemen hemen yüzbinde 10-12, dünya genelinde ise yüzbinde 12 dolayında sabit kalmaktadır (Kaplan 1994). Uluslararası intihar hızları İskandinavya, İsviçre, Batı Almanya, Avusturya ve Doğu Avrupa ülkelerinde yüzbinde 25 gibi yüksek hızlara çıkabilirken, İspanya, İtalya, İrlanda, Mısır, Hollanda ve Japonya'da yüz binde 10'dan düşük hızlara inebilmektedir (Kaplan ve arkadaşları 1994).

Ülkemizde intihar istatistikleri 1962 yılından itibaren tüm yerleşim yerlerinde derlenmektedir. 1974'den beridir de düzenli olarak toplanan veriler değerlendirilip, yılsonunda T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yayımlanmaktadır.

İntiharların Türkiye'deki son on yıllık değişimi incelendiğinde 1997 yılında azalmaya başlayan intihar hızlarında, 2001 yılında önemli bir artış gözlenmekte ve sonrasında bir dalgalanma görülmektedir. DİE tarafından en son yayınlanan 2003 yılı intihar istatistiklerine göre Türkiye'deki kaba intihar hızı yüzbinde 3.85'dir. Bu hız coğrafi bölgelere göre incelendiğinde, Ege Bölgesi'nin yüzbinde 7.03 ile en yüksek

intihar hızına sahip olduğu görülmektedir. İntihar hızının en düşük olduğu bölge ise yüzbinde 2.56 ile Doğu Karadeniz Bölgesi'dir. İntihar edenler yaş grubuna göre incelendiğinde, her iki cinsiyette de intihar edenlerin 15-24 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir (kadınlarda %44.74; erkeklerde %26.43). Ardından kadınlarda %21.31; erkeklerde %21.16 oranı ile 25-34 yaş grubunun en yüksek paya sahip olduğu gözlenmektedir. İntihar nedenlerine bakıldığında %37.64 ile hastalık ilk sırayı alırken, bunu aile geçimsizliği (%21.44), geçim zorluğu (%14.23), hissi ilişki ve istediği kişi ile evlenmeme (%9.83), ticari başarısızlık (%5.44) ve öğrenim başarısızlığı (%3.51) takip etmektedir (DİE 2006).

1.3.2 İntihar Girişimlerinin Sıklığı

İntihar girişimlerinin epidemiyolojik özellikleri tamamlanmış intiharlar kadar iyi bilinmemekte ve bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları farklılıklar göstermektedir. Çalışmaların sonuçları arasındaki farklar intihar girişiminin tanımlanma ölçütleri, araştırmaların yöntemleri arasındaki farklılıklar ve girişimlerin bildirimi ile ilgili sorunlardan kaynaklanmaktadır (Devrimci Özgüven 2002).

Bu konuda güvenilir epidemiyolojik verilerin sağlanabilmesi için WHO'nun desteği ile Avrupa'da 1989 yılından beri intihar girişimlerinin epidemiyolojisine yönelik çok merkezli bir çalışma yürütülmektedir. Bu araştırma Avrupa'daki intihar girişimleri ile ilgili ayrıntılı bilgiler sağlamıştır. Buna göre 1989-1992 yılları arasında çalışmada yer alan merkezlerdeki ortalama intihar girişimi hızı erkeklerde yüzbinde 167, kadınlarda yüzbinde 222'dir. Avrupa' da en yüksek intihar girişimi hızı yüzbinde 314 ile Helsinki'de, en düşük intihar girişimi hızı ise yüzbinde 45 ile Guipuzeoa'da saptanmıştır (Schmidtke ve arkadaşları 1996).

Türkiye' de intihar girişimleri ile ilgili ilk geniş kapsamlı araştırmalar Sayıl ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bunlardan ilki Ankara'daki 9 büyük hastanenin 1990 yılındaki acil servis kayıtları retrospektif olarak taranarak yapılmıştır. Bu çalışma sonucuna göre intihar girişimi hızı yüzbinde 107, kadın erkek oranı ise 1.7

olarak saptanmıştır. İntihar girişimi açısından en yüksek oran %58 ile 15-24 yaş grubunda görülmüştür (Sayıl ve arkadaşları 1993). Bu çalışmanın devamı yine Sayıl ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yayınlanmış olup, 1995 yılındaki acil servis kayıtlarının retrospektif olarak taranmasına dayanmaktadır. Bu çalışma sonucuna göre ise, intihar girişimi hızı yüzbinde 113 olarak belirlenmiştir. Kadınların (n=67) erkeklerin (n=33) aksine daha çok intihar girişiminde bulunduğu ve oranının 1/2 olduğu saptanmıştır. İntihar girişimi hızları yaş grupları açısından değerlendirildiğinde, 1990 yılı sonuçlarına benzer bir şekilde 15-24 yaş grubunun en riskli grup olduğu görülmüştür (Sayıl ve arkadaşları 1998).

Türkiye’de intihar girişimleri WHO-EURO Çok Merkezli İntihar Girişimi Çalışması’nın bir parçası olarak 1998 yılından beri bir pilot bölgede düzenli olarak izlenmekte ve güvenilir epidemiyolojik veriler toplanmaktadır. Devrimci-Özgüven ve Sayıl’ın (2003) bu çalışmanın ilk sonuçlarını bildirdikleri yayına göre; 4 yıllık sürede (1998-2001) intihar girişimi hızı yüzbinde 78.89, kadın erkek oranı ise 2.4’tür. İntihar girişimi hızının en yüksek olduğu yaş grubu ise hem kadınlar hem erkekler için 15-19’dur (kadınlarda yüzbinde 255.08, erkeklerde yüzbinde 74.71 hızları ile). Yine bu araştırmanın sonuçlarına göre, intihar girişimlerinin dört yıllık eğilimine bakıldığında 1998 ve 2001 yılları arasında intihar girişiminin %93.59 oranında artış gösterdiği; kadınlardaki artışın %90.52, erkeklerdeki artışın ise %101.35 olduğu saptanmıştır. Erkeklerde 35-39 ve 20-24; kadınlarda ise 15-19 ve 30-34 yaş grubunda intihar girişimi artış oranının en yüksek olduğu görülmüştür.

Devrimci-Özgüven ve Sayıl (2003) yaptıkları bu çalışmada Türkiye’deki intihar girişimi hızlarının Avrupa’daki hızlara göre daha düşük olmakla birlikte, hızlardaki artışın dikkat çekici olduğunu ve bu artışın Türkiye’de son yıllarda yaşanan yoğun ekonomik güçlükler, artan işsizlik oranları ve hızlı sosyal değişimle ilgili olabileceğini bildirmişlerdir.

1.3.3. İntihar ve İntihar Girişimlerine İlişkin Risk Faktörleri

Genel olarak tamamlanmış intiharlar ve intihar girişimleri için benzer risk faktörleri bildirilmiştir. Önceden intihar girişiminde bulunmuş olmak, psikiyatrik hastalığa sahip olmak, umutsuzluk, kentsel alanlarda yaşıyor olmak, aile veya eşle sorunlar yaşıyor olmak, ebeveynlerinden erken yaşlarda ayrı düşmüş olmak, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk bulunması, ailede intihar hikâyesinin bulunması gibi etkenler yaygın olarak intihar ve intihar davranışı ile ilişkilidir (Devrimci Özgüven 2002).

Welch (2001) genel nüfus içindeki parasuisid epidemiyolojisi ile ilgili literatürü gözden geçirdiği çalışmasında, saptanmış olan en önemli risk faktörlerinin genç yaşta ve kadın olmak olduğunu, diğer risk faktörlerinin ise bekâr ya da boşanmış olmak, işsiz olmak, yaşam koşullarında yakın zamanda bir değişiklik olması, bir akıl hastalığının bulunması ve daha bir önce parasuisid davranışının bulunması olduğunu bildirmiştir. Sayıl (2000a) ise, tamamlanmış intiharlar açısından başlıca risk faktörlerini; erkek olmak, boşanmış, dul ya da ayrı yaşıyor olmak, 15-24 yaş grubunda olmak (Türkiye için), son altı ayda bedensel sağlığın bozulmuş olması, alkol-ilaç kötüye kullanımının bulunması, depresyon, şizofreni ya da organik beyin sendromu tanısı almış olmak, işsizlik ve daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak olarak belirtmektedir.

İntihar girişimleri açısından başlıca risk faktörleri ise; kadın olmak, 15-24 yaş grubunda olmak, yakın zamanda gerçek ya da sembolik anlam taşıyan kayıplar olması, yakın çevre ile iletişim sorunları yaşıyor olmak, başta depresyon olmak üzere bir ruhsal sorunun bulunmasıdır. İntihar girişimlerinde ölme isteğinin devam etmesi, seçilen yöntemin ciddiyeti, gerçek bir zarar oluşturma potansiyeli risk faktörleri içinde değerlendirilmelidir. Girişimden kısa bir süre öncesinde bir sorunun yaşanması, alkol aldıktan sonra intihara karar verilmiş olması, girişimin başkaları yanında gerçekleştirilmesi riski düşündüren diğer bulgulardır (Sayıl 2000b).

1.3.3.1 Cinsiyet ve Yaş

Tamamlanmış intihar ve intihar girişimlerinde cinsiyetin etkisi birbirinden farklıdır. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadır. Buna karşılık ölümle sonuçlanmış intiharlar erkeklerde daha fazladır. Tamamlanmış intihar hızı tüm yaşlarda erkeklerde 2 kat fazladır. Erkeklerde intihar sonucu ölümün daha yüksek olması başvurdukları yöntemle ilgili olabilir. Erkekler ateşli silahlar, ası, yüksek yerlerden atlama gibi yöntemleri seçerken, kadınlar ilaç ya da zehirli maddeleri aşırı miktarda alma yöntemine daha sık başvurumaktadırlar (WHO 2001). Nitekim DIE 2003 yılı intihar istatistiklerine göre, Türkiye’de intihar edenlerin çoğunluğu kendini asarak (%46.03), ateşli silahlar kullanarak (%20.7) ve kimyevi madde kullanarak (%17.6) bu eylemi gerçekleştirmektedir (DİE 2006).

İntiharların hızı yaş ile artmaktadır. Erkeklerde tamamlanmış intiharlar 45 yaşından sonra zirve yapmaktadır. Yaşlılarda, özellikle yaşlı erkeklerde, tamamlanmış intihar hızı genel nüfusa oranla yüksektir (Sayıl 2000b). Kadınlar da ise tamamlanmış intiharlar en sık olarak 55 yaşından sonra olmaktadır (Kaplan ve arkadaşları 1994).

Ergenlik dönemi de tamamlanmış intiharların sık yaşandığı dönemlerden biri olarak gündeme gelmektedir. Egonun dürtü kontrolü ve problem çözme becerisindeki yetersizliği ergenleri risk grupları içine sokmaktadır (Sayıl 2000b) ve ergenlerdeki intihar davranışı sıklıkla tekrarlayıcı olmaktadır (King ve arkadaşları 1995).

Türkiye’de tamamlanmış intiharlar Avrupa ülkeleri ve ABD’den farklı olarak 15-24 yaşlar arasında zirve yapmaktadır (Devrimci Özgüven 2002). DIE 2003 yılı intihar istatistikleri incelendiğinde her iki cinsiyette de intihar edenlerin 15-29 yaş grubunda yoğunlaştığı (n=460), kadınların 15-19 (n=271), erkeklerin ise 20-24 (n=227) yaş grubunda en yüksek paya sahip olduğu görülmektedir. İntihar ederek ölen erkeklerin %40’ı, kadınların %60’ı 30 yaşından küçüktür (DİE 2006).

İntihar girişimleri açısından cinsiyet ve yaş ile ilgili risk faktörleri değerlendirildiğinde; Türkiye’de intihar girişimlerinin sık görüldüğü yaş bandının 15-24 ve 25-34 yaşları olduğu ve bu yaşların tamamlanmış intiharlar ile aynı olduğu görülmektedir (Devrimci Özgüven 2002). İntihar girişimleri kadınlar arasında erkeklere oranla daha siktir ve bu durum özellikle 15-24 yaş arasındaki kadınlarda çok belirgindir. Kadın ve erkeklerdeki intihar girişimleri yaş grubu bazında karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha erken yaşlarda intihar girişiminde bulundukları tespit edilmiştir. Kadın erkek intihar girişimi oranı ise yaklaşık 2/1’dir (Devrimci Özgüven ve Sayıl 2003). Yaşlılar gençlere göre daha az intihar girişiminde bulunmakta ancak daha sık olarak başarılı olmaktadır. Gençlerde intihar girişimleri tamamlanmış intiharlara göre daha sık olmaktadır (Kaplan ve arkadaşları 1994).

1.3.3.2. Irk

Beyaz ırktan olanlar arasındaki intihar hızı beyaz olmayanlar arasındaki hızın neredeyse iki katıdır. Her üç intihar girişiminden ikisini beyaz erkekler gerçekleştirmektedir. Fakat siyahlar arasında intihar hızı giderek artmaktadır. Beyaz erkeklerde intihar hızı yüzbinde 19.6; siyah erkeklerde 12.5; beyaz kadınlarda 4.8 ve siyah kadınlarda 2.4’dür (Saddock ve Saddock 2002).

1.3.3.3 Medeni Durum

Evli ve çocuk sahibi olmak intihar riski açısından koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Evli kişilerde, intihar hızı yüzbinde 11 iken; hiç evlenmemiş olanlarda bu hız iki katına çıkmakta ve intihar riski artış göstermektedir. Ancak daha önce evli olanlar (dul veya boşanmış olmak) hiç evlenmemişlere göre keskin bir şekilde daha yüksek intihar riskine sahiptir (Saddock ve Saddock 2002).

Bekâr ya da boşanmış olmanın intihar için bir risk faktörü olduğuna yönelik yaygın görüş güçlü bir ampirik desteğe sahip görünmektedir. Örneğin WHO

raporunda bekâr kişiler bütün çalışma döneminde en yüksek ortalama parasuisid hızına sahiptir ve ayrıca genel nüfusa göre bekâr ve boşanmış kişiler için rölatif risk yaş kontrol edildiğinde de yüksek bulunmuştur. Parasuisidin bekâr ya da boşanmış olmanın bir sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu net değildir (Welch 2001). Ancak intihar girişiminde bulunan kişilerde evli, bekâr ya da bir partner ile yaşama sıklığının intihar girişiminde bulunmayanlarla aynı olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Schmidtke ve arkadaşları 1996).

1.3.3.4 Ailesel Faktörler

Aile ve aile işlevselliğinin intihar davranışının etiyolojisinde önemli bir yeri vardır. Aile içi şiddet, iletişim güçlükleri, sevgisizlik, fiziksel ve cinsel istismar, anne-baba eğitiminin düşük olması, ailede intihar öyküsü, sosyoekonomik durumun düşük olması intihar ve intihar girişimi riskini arttıran sebeplerdir (Gould 2001).

İntihar davranışının açıklanmasında aile üyelerinin kaybı ya da kayıp tehdidinin rolü de önemlidir. Erken yaşlarda yaşanan ana-baba kaybı ve bu kaybın ailenin dengesinde uzun süreli bir bozulmaya sebep olması intihar potansiyelini artırır (Palabıyıkoglu 1993).

Sayıl ve arkadaşları (2000b) aile öyküsünde intihar olanlarda genetik bir predispozisyon olup olmadığı konusunun açık olmadığını, bazı yazarların intihara katkıda bulunan bir genetik faktörün impulsivite ile ilişkili olabileceğinden söz ettiklerini belirtmişlerdir. Parçalanmış ailelerde, dul ya da boşanmış olanlarda intihar riskinin yüksek olduğunu, ergenlerde ise baba yokluğu ile sorunlu ailelerden gelmenin intihar riskini arttırdığını ve en son olarak da genç nüfusta cinsel ve fiziksel istismarın ve aile içi şiddete maruz kalmanın intihar riskini arttıran olgular olduğunu söylemişlerdir.

1.3.3.5. Eğitim, Meslek ve Ekonomik Durum

İntihar girişiminde bulunan kadın ve erkeklerin yarısından fazlası sadece temel eğitim görmüş kişilerdir. Sayıl ve arkadaşlarının (1995) yaptığı geniş çaplı bir araştırmada intihar girişiminde bulunmuş vakaların %93'ünün eğitim düzeyi lise ve altında olup, 5-8-11 yıllık eğitimler arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır.

DİE 2003 yılı eğitim durumuna göre intihar sayısı verilerinde; ilkökul mezunlarının oranı %53.26, lise mezunlarının oranı %12.95, okuryazar olmayanların oranı %11.07, ortaokul mezunlarının oranı %9.24 ve yüksekokul mezunlarının oranı %3.71 şeklinde sıralanmaktadır (DİE 2006).

İş sahibi olmak genelde intihara karşı koruyucu bir etkidir. Ekonomik gerileme ve yüksek işsizlik dönemlerinde intihar hızları artmakta; ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında ise azalmaktadır.

Türkiye'de intihar girişimlerinin ekonomik olarak inaktif olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık olduğu bildirilmektedir (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2004).

Meslek sahibi olmak intihar için genelde koruyucu bir faktör olmakla birlikte yapılan araştırmalar intihar için riski olan meslekleri; müzisyenlik, doktorluk, diş hekimliği ve avukatlık olarak göstermektedir (Devrimci Özgüven 2002).

Sosyo-ekonomik yoksunluk psikiyatrik morbiditenin ve intihar girişimlerinin iyi tanımlanmış bir etkenidir. Kişinin sosyal sınıfının yükselmesi ya da düşmesi intihar davranışı riskini arttırmaktadır. Ancak genel olarak düşük sosyal sınıftan olmanın intihar girişimi riskini arttırdığı bildirilmektedir (Devrimci Özgüven 2002).

Ostamo ve arkadaşları (2002) araştırma yaptıkları bölgedeki sosyoekonomik dezavantajların yüksek intihar girişimi oranları ile ilgili olduğunu ve sosyoekonomik özelliklerin ve bunların zaman içerisindeki değişiminin kadınlardan daha çok

erkeklerin intihar davranışını etkilemekte olduğunu, özellikle erkeklerin işsizlik durumunun ve yapısal pozisyonunun geliştirilmesinin intihar girişimlerinin engellenmesinde muhtemelen önemli olacağını belirtmektedir. Schmidtke ve arkadaşları (1996) Avrupa'daki 16 merkezden elde ettiği verilere göre de, intihar girişiminde bulunanlar genel nüfusa kıyasla daha sık olarak sosyal dengesizliğin ve fakirliğin bulunduğu sınıflardandır.

1.3.3.6. Bedensel Hastalıklar

İntihar ve fiziksel hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Türkiye'de nedenlere göre intihar oranına bakıldığında hastalık %37.64 ile ilk sırada gelmektedir (DİE 2006). Tüm intiharların %32'sinde, intihardan önceki son altı ay içerisinde bir bedensel hastalık öyküsü saptanmıştır. Yaşla birlikte bu oran artmaktadır. İntihar girişiminde bulunanlar arasında fiziksel ve mental sorunların çok sık bulunduğu ve bunların çoğunun somatik ve psikiyatrik ilaçlar aldığı kanıtlanmıştır. Somatik hastalıklar, intihar davranışlarında ruhsal sorunlara ilaveten belirgin risk faktörleridir (Osvath ve arkadaşları 2001). Epilepsi, multiple skleroz, demans, kafa travmaları, kardiyovasküler hastalıklar, Huntington hastalığı ve AIDS gibi birçok hastalık hem depresyon hem de intihar riskini arttırmaktadır (Kaplan 1994).

Fiziksel hastalıklarda intihar riskini artıran faktörler ise; fiziksel hastalığın kişinin mesleki ve günlük yaşamını etkileyecek ölçüde hareket kısıtlılığına, iş kaybına ya da kişiler arası ilişkilerde kayıplara yol açması, özellikle kadınlarda görünümde bozukluğa yol açması ve hastada tedaviye yanıt vermeyen süregelen ağrı bulunmasıdır (Saddock ve Saddock 2002).

Fiziksel hastalığı olanlarda intihar davranışı riskinin habercileri depresyon, anksiyete, intihar düşünceleri, önceden intihar davranışının bulunması, umutsuzluk, ağrı, krizler, madde kötüye kullanım sorunu, aile-iş ve ekonomik sorunlar ve hastalık sürecinde görülen stres dönemleridir (Stenager ve Stenager 2000).

1.3.3.7. Ruhsal Hastalıklar

Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3 ile 12 kat arttığı bildirilmektedir (Kaplan 1994). Toplumda intihar edenler genel olarak orta ya da ileri yaş grubunda iken, intihar eden psikiyatrik hastalar daha genç gruptandır. Bunun nedeni intihar eden psikiyatrik hastaların büyük bölümünün şizofreni ya da duygudurum bozukluğu gibi genç yaşta başlayan süreğen hastalıklara sahip olması olabilir. İntihar eden kişilerde saptanan ruhsal hastalıkların başında %35-80 ile depresif bozukluklar gelmektedir, bunu %10 ile şizofreni ve %5 ile demans ya da deliryum izlemektedir. Bu hastaların %25'inde aynı zamanda alkol bağımlılığı bulunmaktadır (Kaplan 1994).

İntihar eden gençler ile yaşlılardaki ruhsal hastalıklar ve psikolojik stresörler arasında farklar bulunmaktadır. Otuz yaşın altında görülen intiharlarda daha çok alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu, ayrılık, reddedilme, işsizlik ve adli sorunlar; 30 yaşın üzerinde görülen intiharlarda ise duygudurum bozuklukları ve bilişsel bozukluklar ile bedensel hastalıklara bağlı stresler görülmektedir (Rich ve arkadaşları 1986).

Duygudurum bozuklukları intihar riskinin en yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardır (Rich ve arkadaşları 1986). Bu hastaların %15'i intihar ile ölmektedir. Hastalığın erken ve geç dönemlerinde, orta ve ileri yaştakilerde, erkek hastalarda, hiç evlenmemiş, boşanmış ve dul olanlarda, son dönemlerde yas içinde bulunanlarda, depresyon epizodunun başında ve sonunda intihar riski artmaktadır. İntihar eden depresyon hastalarının yaklaşık üçte birinin bunu hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk altı ay içinde yaptıkları bildirilmektedir (Kaplan 1994).

Depresyon yalnız tamamlanmış intiharlar ile değil, intihar girişimleri ile de birliktelik göstermektedir. Depresyon düzeyi arttıkça intihar girişiminin ciddiyeti ve ölüm niyeti de artmaktadır (Zonda 1991).

Şizofreni, intihar riskinin en yüksek olduğu hastalıklardan biridir. Şizofrenik hastaların %10'unun intihar ederek öldüğü bildirilmektedir. Şizofrenik hastalarda intihar için başlıca risk faktörleri; genç yaşlarda olmak, erkek olmak, bekâr olmak, yalnız yaşıyor olmak, işsiz olmak, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak, depresif belirtilere sahip olmak ve hastaneden yeni taburcu edilmiş olmaktır (Kaplan 1994).

Alkol bağımlılığı olan kişilerin yaklaşık %15'i intihar etmektedir ve %80'i erkektir. Bekâr, yalnız yaşayan, sosyal bakımdan izole olmuş, orta yaşlı bu kişiler intihar sırasında çoğunlukla alkollü olmaktadır. Alkol bağımlılığı orta yaşlı erkekler dışında yaşlılarda da intihar için önemli risk bir faktörüdür (Hawton ve arkadaşları 1990).

1.3.3.8. Daha Önceki İntihar Girişimleri

Daha önceki intihar girişimleri bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun önemli bir göstergesidir (Zonda 1991). Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmaktadır ve intihar girişimlerinin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (Kaplan 1994).

Daha önceki intihar girişimleri, intihar girişimleri için açık bir risk faktörüdür. İntihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'ı girişimlerini yinelenmekte ve %12-25'i ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içerisinde gerçekleştirmektedir (Schmidtke ve arkadaşları 1996).

İntihar riskinin en yüksek olduğu dönem intihar girişiminden sonraki 3-6 aydır (Kaplan 1994). Bu dönemde intihar girişiminin tekrarlanması ile ilgili başlıca risk faktörleri; remisyona girmemiş bir duygudurum bozukluğunun olması, aile içinde stres düzeyinin yüksek olması, taburculuktan sonra yapılması planlanan aile terapisine devam edilmemiş olması ve hasta tedavisinde trisiklik antidepresanların kullanılıyor olmasıdır (Pfeffer ve arkadaşları 1994; Rao ve arkadaşları 1993).

1.3.3.9. İntihar Araçlarının Ulaşılabilirliği

Silah sahibi olmanın kanunlar ile sınırlandırıldığı, arabalarda katalitik konvertörlerin kullanımının zorunlu olduğu, kömür gazı yerine toksik olmayan gazların kullanıldığı, ilaç paketlerinin içerdiği toplam ilaç miktarının toksik olmayan bir düzeye indirildiği yerlerde intihar hızının düştüğü gösterilmiştir (Kingdon ve Jenkins 1995). Buna karşın intihar araçlarının ulaşılabilirliğinin artması ile özellikle ergenlerde intihar hızının arttığını bildiren çalışmalar vardır (Boyd 1983).

Ülkemizde de 1986'da yüzbinde 2.08 olan kaba intihar oranı, silah ruhsatı alınmasının kolaylaştırılmasından sonra 1990'da yüzbinde 2.37'ye, 1997'de 3.11'e çıkmıştır (DİE 1999). Bu artışın doğrudan silahlara ulaşabilmenin kolaylaşması ile ilgili olduğu söylenemez ancak her iki durumun artışındaki paralellik dikkat çekicidir.

1.3.3.10. İntihar Düşüncesinin Önceden İfade Edilmesi

İntihar düşüncelerini dile getiren kişilerin %20'si intihar girişiminde bulunmakta, buna karşılık intihar eden kişilerin %80'i bu düşüncelerini intiharlarından önce dile getirmektedir (Bille-Brahe ve Juel-Nielson 1986; Curran 1987). Çalışmalarda dikkati çeken bir özellik ise, vakaların %50'sinin intihardan önceki ay içinde, %25'inin ise intihardan önceki hafta içinde tıbbi yardım için başvuruda bulunduklarıdır (Sayıl 1987).

1.3.4. Tekrarlayan İntihar Girişimleri ile İlgili Risk Faktörleri

İntihar davranışının temel özelliklerinden biri de yineleyici olabilmesidir. İntihar sonucu ölenlerin yaklaşık %44'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuştur.

Bu sonuç, psikolojik otopsiyi de içeren araştırmalar neticesinde elde edilmiştir (Isometsa ve Lönnqvist 1998).

Bir intihar girişiminin ardından ilk bir yıl, özellikle de 3-6 ay tekrar intihar girişimi açısından en riskli dönemdir (Hawton ve Fagg 1995). WHO/EURO'nun intihar davranışı üzerine yaptığı çok merkezli çalışmasının sonucuna göre, hastaların %29'u bir yıllık izlemde tekrar bir girişimde bulunmuştur (Arensman ve Kerkhof 1996).

Düşük sosyal sınıf, işsizlik, şiddet hikâyesi, suç kaydının bulunması, önceden var olan ayaktan ya da yatarak psikiyatrik tedavi öyküsü, kişilik bozuklukları, alkol ya da madde kullanımı sorunları, önceden hastaneye yatmayı gerektiren bir intihar girişim öyküsü bulunması kişilerin intihar girişimlerini tekrarlaması açısından riski arttırıcı etkisi olabilecek faktörlerdir (Hawton 1994).

İntihar girişimlerinin yinelenmesi ile bağlantılı psikiyatrik ve psikososyal risk faktörleri; madde kötüye kullanımı, depresyon, umutsuzluk, kişilik bozuklukları, yalnız yaşamak, daha önce psikiyatrik tedavi almış olmak, travmatik yaşam olayları, aile içi şiddete maruz kalmak ve daha önce intihar girişimi olmasıdır (Owens ve arkadaşları 1994; Arensman ve Kerkhof 1996; Sakinofski 2000).

Tekrarlayıcı intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu 25-49 yaşları arasında bulunan, boşanmış ya da bekar, işsiz ve alt sosyal sınıftan olan kişilerdir (Schmidtke ve arkadaşları 1996). Hemen hemen yarısı kronik olarak kendi kendine zarar vermekte, öykülerinde sıklıkla depresyon, umutsuzluk, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, stresli ya da travmatik yaşam öyküsü bulunmaktadır (Arensman ve Kerkhof 1996).

1.4. YAŞAM OLAYLARI

1.4.1. Yaşam Olayları

Holmes ve Rahe (1967), kişinin süregiden yaşam düzeninde değişiklik anlamına gelen herhangi bir olay dizisine “yaşam olayları” adını vermektedir. Örneğin; evlenme, yakın birinin ölümü, işe girme ya da tatile çıkma birer yaşam olayıdır. Söz konusu değişiklik uyum gerektirir ve bu da stres verici bir yaşantıdır.

Yaşam olayları “akut yaşam olayları” ve “kronik yaşam olayları” olarak ikiye ayrılabilir. Akut yaşam olayları; kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar, eş ile yaşanan ciddi tartışma, bir aile bireyinde ya da kişide gelişen ağır bir fiziksel hastalığın varlığı, yasal sorunlarla karşılaşma, iş yeri değişiklikleri, çocuk sahibi olma gibi sık yaşanan ve bir tepki olarak kişinin intihar girişiminde rol oynayan olumsuz ya da bazen olumlu olaylardır. Kronik yaşam olayları ise evlilik, çocuklarla ilgili sorunlar, sağlık sorunları ve alkol/madde bağımlılığı gibi süregelenleşmiş sorunlardır.

Bir yaşam olayı kişi için stres verici ve uyum gerektiren bir yaşantıdır ve bu başarılamazsa kişide katlanılamaz duygular ortaya çıkarabilmektedir. Bu bakımdan zorlu yaşam koşulları kişinin içinde bulunduğu sorunu çözmenin bir yolu olarak intiharı düşünmesine yol açabilir. Burada intihar girişimi, çaresizlik ve çözümsüzlük içinde uygunsuz bir uyum çabası olarak ortaya çıkmaktadır. Yakın zamanda yaşanmış gerçek ya da sembolik kayıplar, süregelen durumda bireyi etkileyen durum değişiklikleri, anksiyete ve depresif duygularla seyreden krizler intihar davranışını ortaya çıkarabilir (Sayıl 2000a). Kerkhof (2000) intihar girişimlerinin yaşam stresleri ile başa çıkmada güçlükleri olan genç insanların güçsüzlüğünü ve umutsuzluğunu yansıttığını ifade etmektedir.

Sosyal stres etkenleri yalnızca yaşam olaylarından ibaret değildir. Düşük ya da tutarsız sosyal konum (kişinin birbiri ile bağdaşmayan birden çok rol ya da konumunun olması) ve sosyal yalnızlık birer sosyal stres etkenleridir ancak kişinin

yaşamında değişiklik oluşturmadıkları için yaşam olaylarından ayrılırlar (Sorias 1982).

1.4.2. Yaşam Olayları ve İntihar Üzerine Yapılan Çalışmalar

Son dönemde yaşam olayları ve hastalık üzerine yapılan pek çok çalışma olsa da, intihar üzerine olanlar oldukça azdır. Genelde bu çalışmalar tamamlanmış intiharlarda yakınlarından alınan bilgiler doğrultusunda yapılmaktadır. Bu kişiler tarafından bildirilen yaşam olayları yeterli sayıda olmayabilir ya da daha fazla sayıda bildirilebilir. Hatta yakınları kişiyi intihara götüren olay ve bu olayın bireysel önemi hakkında bilgi sahibi olmayabilirler. Bu da intihar davranışında yaşam olaylarını araştıran çalışmalarda metodolojik sorunlar yaratmaktadır.

Yaşam olayları intihar için hem risk faktörüdür hem de presipitan etkisi vardır. Ayrıca intiharlarda olumsuz yaşam olaylarının varlığı, girişimlerin tekrarlanmasında bir etkindir (Joiner ve Rudd 2000).

İntihar davranışı ile ilgili başlıca yaşam olayları; önemli bir yakının kaybı, anne-baba, kardeş ya da eş ile tartışma, bedensel bir hastalığa yakalanmadır (Devrimci Özgüven 2002). İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan kişilerin girişimden önce sıklıkla anne-babaları, kardeşleri veya erkek/kız arkadaşları ile tartıştıkları, okul ya da işyeri sorunları yaşadıkları bildirilmektedir (Gidiş ve arkadaşları 1997; Rosenstock 1985).

Bir çalışmada; erkeklerde iş sorunları (%31), aile anlaşmazlığı (%23), bedensel hastalıklar (%23), maddi sorunlar (%20) ve işsizlik (%18); kadınlar da ise aile anlaşmazlığı (%22), iş sorunları (%19), bedensel hastalıklar (%17), ailede hastalık öyküsü (%15) ve yakın akraba ya da arkadaşın ölümü (%14) intihar davranışı ile ilgili başlıca zorlayıcı yaşam olayları olarak tespit edilmiştir (Heikkinen ve Aro 1994).

Ergen intiharlarında yaş gruplarına uygun yaşam olaylarının rol aldığı görülmektedir. Bunlar erkek ya da kız arkadaşıyla kavga etme ya da ayrılma, beklenmeyen gebelik, alay konusu olma, okul başarısında düşüklük olarak belirtilmektedir (Cooper 2002; Aysev 1992).

Yaşlılarda ise intihar ile ilişkili bulunmuş başlıca yaşam olayları kronik bedensel hastalıklar, eşin ölümü, bedensel olarak başkalarına bağımlı hale gelmek, bir bakımevinde yaşamaya başlamak, emeklilik, sosyal statünün kaybedilmesi ve yakınları ile ilişki sorunlarıdır (De Leo ve Ormskerk 1991). Eşin ölümü özellikle erkeklerde intihar riskini arttırmaktadır (Rubenowitz ve Waern 2001).

AUTF Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi 1998 yılı verilerine göre ekonomik sorunlar/işsizlik (%31.8), ebeveyn ile ilgili sorunlar (%34.9), partner ile ilişki sorunları (%20) ve bir yakınına ölüm ile kaybetme (%15) intihar girişimi ile ilişkili yaşam olaylarıdır. Eşi ile ilişki sorunları olan kadınların önemli bir bölümü ise intihar girişimlerinden hemen önce eşi tarafından dövüldüğünü bildirmiştir. (Devrimci Özgüven ve Sayıl 1999).

Devrimci-Özgüven ve arkadaşları (2003a) tarafından yapılan bir başka çalışmada, intihar girişimi olan kriz vakalarında kişilerarası ilişkiler (%56.6), yalnızlık duyguları ve sosyal izolasyon (%26.5), ekonomik sorunlar (%10.8), yas (%2.4) ve akademik alanda sorunlar (%3.6) intihar girişimlerinde etkili olan yaşam olayları olarak saptanmıştır.

1.5. SOSYAL DESTEK

1.5.1. Sosyal Destek Kavramı

Ruhsal bozukluklarla ilişkili sosyal ve çevresel etmenler koruyucu ruh sağlığı alanında çalışanların uzun yıllardır üzerinde durdukları bir konudur. 1970'li yıllarda stresin zararlı etkilerinden korunmada sosyal bağların rolü vurgulanmış ve sosyal

destek ile ruhsal/bedensel sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar hızla artmıştır. Bazı araştırıcılar sosyal desteğin, psikolojik ve bedensel belirtilerin şiddeti ile doğrudan bir ilişkisi olduğunu, bazıları ise stresli olayların kişinin tepkilerinde hafifletici bir rol oynadığını kanıtlamayı amaçlamıştır (Heikkinen ve Aro 1994; De Vilde ve arkadaşları 1994). Pek çok çalışma sağlıklı ve iyi oluş halinin aile, arkadaş ve diğer önemli kişiler ile ilişkilerde sosyal bütünleşme, sosyal ağların varlığı ve kalitesi ile ilgili olduğunu göstermiştir.

Sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda pek çok görüş ayrılıkları olmakla birlikte, genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yardım olarak tanımlanır. Aile yeleri ve arkadaşlardan oluşabilen destek ağı, bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Conner ve arkadaşları 2001).

Sosyal desteğin işlevleri ve mekanizmaları büyük oranda gelenekler ve toplumun sosyal yapısı tarafından tayin edilir, sonuç olarak karşılıklı ilişki modelleri kültürel bağlamda ve aynı zamanda kişilerin beklentileri ve algılamaları bağlamında görülmelidir. Bu nedenle kültürler arası çalışmalarda sosyal desteğin en güvenilir ölçüsü kişinin gereksinimleri ve kendisine ne verildiği ile ilgili algılaması arasında bir dengenin bulunup bulunmadığıdır (Bille-Brahe ve arkadaşları 1999).

1.5.2. Sosyal Destek ve İntihar zerine Yapılan alışmalar

Sosyal destek sistemlerinin yeterli olması intiharlarda koruyucu bir faktördür. Bazı çalışmalarda intihar girişimi olan kişilerde, olmayanlara göre sosyal desteğin bozulmasının bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bunlar; yalnız yaşama, boşanmış-ayrı veya dul olma, arkadaş grubunun olmaması, aile ve yakın akrabalarıyla ilişkilerinin bozuk olması ve sık konut değişikliği olarak tanımlanmaktadır (Neeleman 2002; Greening ve Stoppelbein 2002).

Palabıyıklıoğlu ve arkadaşları'nın (1997) intihar girişimi olan ve olmayan kriz olguları üzerine yaptıkları bir çalışmada, her iki grupta sosyal destek kaynakları

ve stresle baş etme tarzları incelenmiştir. Araştırma sonucunda sosyal desteğe başvurma alt ölçeğinden alınan puan ortalamaları açısından fark olmamasına karşın, sosyal desteğin algılanmasında farklılık bulunmuştur.

Devrimci-Özgüven ve arkadaşları (2003b) tarafından yapılan bir araştırmada; intihar girişimi olan ve olmayan kriz vakalarının çevrelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri incelenerek normal kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre intihar girişimi vakalarında arkadaştan ve diğer önemli kişilerden algılanan destek anlamlı bir farklılık göstermezken; aileden alınan destek, hem arkadaştan algılanan destekten hem de diğer önemli kişilerden algılanan destekten daha azdır ve intihar girişiminin ortaya çıkmasında çok önemli bir yordayıcıdır.

Sosyal desteğin kişinin problem çözme becerileri geliştirmesinde ve mevcut becerilerini kullanmasında rolünün olabileceği kolayca varsayılabilir. İntihar olgularında yaşanan yardımsızlık ve yalnızlık duygularının yoğunluğu, bu kişilerde algılanan sosyal desteğin düşük olduğunu göstermektedir (Coyne ve Downey 1991).

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, 2005 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AUTF) İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na intihar girişimi ile başvuran vakalara bu girişimden bir yıl sonra yeniden ulaşarak, bu vakalarda intihar nedenlerini, intihar girişimini tetikleyen faktörleri retrospektif olarak değerlendirmek ve şu andaki ruhsal durumlarını, yaşam olaylarını, sosyal desteklerini inceleyip, bu değişkenler doğrultusunda intihar girişimini yineleme olasılıklarını saptamaktır.

Araştırmanın hem intihar girişiminde bulundukları döneme ait retrospektif değerlendirme yönü, hem de vakaların olaydan bir yıl sonraki durumlarını saptamayı amaçlayan bir izleme yönü bulunmaktadır. Araştırmanın hedeflerinden biri, kriz vakalarında sıklıkla rastlanan ve giderek artan intihar girişimlerini etkileyen demografik, psikolojik ve sosyal faktörleri belirleyebilmektir. Diğer bir hedef ise

vakaların intihar girişiminden bir yıl sonraki durumlarını, girişimi tekrarlama olasılığını ve bu olasılığı etkileyebilecek faktörlerin (sosyal destek, psikiyatrik durum, tedavi görme, ailede intihar girişim öyküsü vb.) durumunu saptayabilmektir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. DENEKLER

Araştırmanın denekleri 2005 yılında (01.Ocak.2005 ile 31.Aralık.2005) AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na intihar girişimi ile başvuran vakalardan oluşturulmuştur. 15 yaşın altında olmamak dışında bir dışlama ölçütü kullanılmamıştır.

AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na 2005 yılı içerisinde intihar girişimi ile başvuran toplam vaka sayısı 113'tür. Bu vakaların 87'si kadın; geri kalan 26'sı erkektir ve ortalama yaşları 29.24 dır (15-56 arasında). Uygulamayı kabul ederek araştırmaya denek olan hasta sayısı ise 32'dir (%28.32). Bunların 14'ü erkek (%43.8), 18'i kadındır (%56.2). Yaşları 16 ile 55 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 27.81'dir.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada ölçme-değerlendirme aracı olarak, bir adet kişisel bilgi formu ve yedi adet ölçek kullanılmıştır.

Vakalara; demografik bilgilerini belirleyebilmek için araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu (KBF), 2005 yılında gerçekleştirdikleri intihar girişimine neden olan olayları saptayabilmek için İntihar Girişiminin Nedenleri Listesi (İGNL), intihar girişimlerini tetikleyen olayları tespit edebilmek amacıyla İntihar Girişimini Tetikleyen Faktörler Listesi (İGTFL) uygulanmıştır. Ayrıca vakaların girişimden bir yıl sonraki intihar girişimi olasılıklarını saptamak için İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ), sosyal destek sistemlerini belirleyebilmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), son altı ay içindeki yaşam

olaylarını belirleyebilmek için Yaşam Olayları Skalası (YOS), mevcut psikiyatrik belirtilerini taramak için Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır.

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu (KBF)

Kişisel Bilgi Formu demografik veriler ve intihar olasılığını etkileyebileceği düşünülen etmenler hakkında bilgi toplama amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

İntihar davranışı ile ilgili yapılmış yayınlar ve araştırmalar taranarak ve konuyla ilgili uzman görüşleri alınarak intihar olasılığını etkileyebileceği düşünülen etmenler tespit edilmiş ve KBF'na soru olarak eklenmiştir.

KBF 3'ü açık uçlu olmak üzere, 17 soru içermektedir. Bu sorulardan 7 tanesi demografik bilgileri sorgularken, geri kalan 10 soru intihar olasılığını etkileyebilecek etmenlerle ilgilidir (Ek 1).

2.2.2. Yaşam Olayları Skalası (YOS)

Holmes ve Rahe (1967) tarafından, stresli yaşam olaylarının kişide yarattığı stres katsayısını belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek tekrarlanan maddeleriyle birlikte toplam 116 maddeyi içermektedir. Denekler listedeki yaşam olaylarını, yaşıyıp yaşamadıklarını evet-hayır biçiminde işaretlemekte, böylece toplam yaşam olayları sayısı ve türleri tespit edilmektedir. Bu ölçek yaşam olaylarının sıklığını belirlemenin dışında, yaşam olaylarının bireye verdiği stresi de değerlendirmektedir. Bireyler belirttikleri yaşam olaylarından belirli bir stres skoru almaktadır, bunların toplamı olay sayısına bölünerek ortalama stres skoru bulunmaktadır.

YOS, Sorias tarafından dilimize uyarlanmış ve güvenilirliği araştırılmıştır. Buna göre ölçeğin güvenilirliği; sosyo demografik değişkenler açısından .963 ile .972 arasında saptanmıştır. Aynı çalışmada ölçeğin sağlıklı bireylerle, psikolojik ve bedensel sorunları olan bireyleri ayırt edebilirliği incelenmiş ve ölçeğin sağlıklı bireylerle, sorunu olan bireyleri ayırt edebildiği görülmüştür (Sorias 1982) (Ek 2).

2.2.3. İntihar Olasılığı Ölçeği (IOÖ)

Kendini değerlendirme türünde bir ölçektir. Amacı ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskinin değerlendirilmesidir. 36 maddeden oluşan ölçek umutsuzluk, intihar düşüncesi, kendini olumsuz değerlendirme ve düşmanlık olmak üzere 4 alt ölçek içermektedir.

Ölçeğin her bir maddesinde bireyin kişilerarası ilişkilerini, yaşama ve geleceğe bakışını, kendini nasıl algıladığını, intihar olgusu ile ilgili duygu ve düşüncelerini yansıtan bir ifade sunulmakta ve bireylerden bu ifadedeki durumu ne sıklıkla yaşadıklarını Likert Tipi derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Bireyin tüm maddelerden aldığı puanlar toplanarak her birey için bir “genel intihar olasılığı puanı” ve her alt ölçeği oluşturan maddelerden aldığı puanlar toplanarak, o alt ölçeğe ait bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 144, en düşük puan ise 36’dır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması intihar olasılığının yüksek olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Yapılan birçok çalışmada IOÖ’nin güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur (Mitchell 1985). Cull ve Gill (1990) ölçeğin iç tutarlılığını; toplam puan için .93 ; alt ölçeklerden umutsuzluk için .85, intihar düşüncesi için .88, kendini olumsuz değerlendirme için .58 ve düşmanlık için .78 olarak tespit etmişlerdir.

IOÖ’nün Türkiye için geçerlik ve güvenirlik Tuğcu (1996) tarafından yapılmıştır. IOÖ’nün iç tutarlık katsayısı “toplam puan için” .87, test-tekrar test .98, benzer ölçekler geçerliği .84 olarak saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin yapı geçerliği işle

ilgili yapılan çalışmada “normal” ve “hasta” grupların İÖÖ’den aldığı puan ortalamaları t testi ile karşılaştırılmıştır. Hasta grubuna ilişkin puan ortalamasının ($x=77.95$, $t=11.16$) normal gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İki gruba ilişkin fark .001 düzeyinde önemli olduğu görülmüştür ($t=3.28$, $sd=198$, $p=.001$).

2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek, 12 maddeden oluşmakta ve “aile, arkadaş ve diğer önemli kişi” olarak üç kaynaktan gelen desteğin yeterliliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Her biri 4’er maddeyi içeren üç alt ölçekten oluşan ÇBASDÖ, 1’den 6’ya kadar puanlanan likert tipi bir ölçektir ve puan aralığı 12-72’dir.

Bu ölçeği ülkemizde ilk defa Çakır (1993) normal ergenlerle yaptığı bir çalışmada kullanmıştır ve daha sonrasında üniversite öğrencileri ve bedensel hastalığı olan gruplarla yürütülen çalışmalarda da kullanılmıştır.

Çakır (1993) tarafından 12-22 yaş grubu sağlıklı gençlerle yapılan bir çalışmada ÇBASDÖ’nin Türkçe formunun sosyal desteği geçerli ve güvenilir olarak ölçen bir araç olduğu belirlenmiştir (Ek 4).

2.2.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

KSE 90 maddelik SCL-90 Semptom Belirleme Listesi’nin ayırt ediciliği en yüksek 53 maddesinden oluşturulmuştur (Derogatis 1992; Derogatis ve Lazarus 1994). Çeşitli psikiyatrik belirtileri güvenilir biçimde tarama olanağı vermektedir. Bu bağlamda 9 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir maddesi 0-4 arasında puanlanan likert tipi, kendi kendine uygulanan bir ölçektir. Puan aralığı 0-212’dir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin belirtilerinin sıklığını gösterir.

KSE Türkçe'ye Şahin ve Durak (1994) tarafından uyarlanmıştır. SCL-90'dan daha kısa olduğu halde, bireylerin psikolojik sorunlarını geçerli ve güvenilir bir biçimde ölçebildiği ve gerek tarama çalışmalarında gerekse kuramsal araştırmalarda kullanılabileceği görülmüştür (Ek 5).

2.3. İŞLEM

Uygulama için gerekli onay alındıktan sonra bilgilerin toplanma ve uygulama aşaması yaklaşık olarak 4 ay içerisinde tamamlanmıştır. Uygulamaların hepsi araştırmacı tarafından yapılmış, ancak AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na 2005 yılında intihar girişimi ile başvuran vakaların tespit edilmesi için protokol defterinin ve hasta kartlarının taranması işlemi sırasında Kriz Odası'nda görev yapan uzman psikologdan destek alınmıştır.

İntihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiş 113 hastanın beyan ettikleri adres ve telefon bilgileri saptandıktan sonra, şehir dışında ve kazalarda ikamet ettiği görülen 9 kişi dışındaki hastalara telefon aracılığıyla ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu şekilde ulaşılabilen 76 hasta ile yapılan, ortalama 8 dakika süren telefon görüşmelerinde araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak uygulama için izin alınmaya çalışılmıştır. Ulaşılabilen 76 hastadan uygulama için izin alınabilen kişi sayısı 32'dir. Uygulamayı kabul eden 32 hastanın 7'si ile işyerlerinde görüşülmüştür. Emekli, ev hanımı, öğrenci ve işyerlerinde uygulama için uygun yeri olmayan hastalarla ise evlerinde görüşme yapılmıştır. Araştırmacı görüşme yerine alan dışından bir kişi ile birlikte gitmiş, ancak görüşmeyi hasta ile baş başa yapmıştır.

Yapılan görüşmelerde, ölçeklerin uygulanmasına geçilmeden önce veri toplama araçları ve araştırmanın yapılma amaçları hakkında hastalara açıklama yapılmış ve hastaya bilgilendirilmiş olur formu (Ek 8) imzalatılmıştır. Yaşı 18'in altında olan 3 hastada ise bilgilendirilmiş olur formu hem hastaya, hem anne ya da babasına imzalatılmış, onların izniyle hasta ile görüşülmüştür. Hastalar arasında telefonda kabul ettiği görüşmeyi sonradan reddeden, yalnız görüşmeyi kabul

etmeyen, okur-yazar olmadığı için ölçek uygulanamayan vaka olmamış, ancak 18 yaşın altında olup anne-babasının bu görüşmenin yapılmasını kabul etmediği 9 vaka olmuştur. Görüşmelerde herhangi bir uygulama sorunu yaşanmamış, hiçbir görüşmede bölünme, uygulamanın bitmesinden önce sonlandırılma vb. durumlar olmamıştır. Veri toplama araçlarının içten bir şekilde yanıtlanmasını sağlamak amacıyla kişilerin kimliklerini belirtecek herhangi bir tanıtıcı bilgi vermelerine gerek olmadığı belirtilmiştir. Ölçekler her kişiye ayrı ayrı bireysel olarak uygulanmıştır. Görüşmeler yaklaşık olarak 30-45 dakika sürmüştür. Ağustos 2006'da başlayan uygulamalar Kasım 2006'da, yaklaşık 3.5 ay içinde tamamlanmıştır.

2.4. VERİLERİN ANALİZİ

Kişisel Bilgi Formuna ve diğer altı ölçeğe ait her bir maddeye ait bilgiler ayrı ayrı kodlanarak SPSS 11.5 versiyonu ile bilgisayar ortamına geçirilmiştir.

Tüm veriler için öncelikle tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Ayrıca kadın ve erkek girişimciler arasındaki farklar Örneklem Arası t Testi ve Ki-Kare Testi ile incelenmiştir. Bu analizlerde hata payı .05 olarak alınmıştır. Hastaların izlem dönemindeki intihar olasılıkları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiler Sperman Korelasyon Analizi ile analiz edilmiştir. Ayrıca bu hastalarda İÖÖ puanının bağımlı değişken, intihar olasılığıyla yüksek korelasyon gösteren değişkenler ile bu olasılığı etkileyebileceği düşünülen demografik özelliklerin bağımsız değişken olarak alındığı bir Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılarak hastaların indeks girişimden bir yıl sonraki intihar olasılıklarını belirleyen risk faktörleri incelenmiştir. Korelasyonlar arasındaki farkların önem kontrolü için hata payı .01 olarak alınmıştır ve daha düşük (.05) önem düzeyleri de tablolarda ayrıca belirtilmiştir.

2.5. SINIRLILIKLAR

- i. İzlem görüşmesine dâhil edilecek hasta grubu 2005 yılında intihar girişimiyle AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servis Kriz Odası'na başvurmuş olan 113 hasta ile sınırlandırılmıştır.
- ii. Vakalara, 2005 yılında Kriz Odası'na yaptıkları başvuruları sırasında beyan ettikleri adresler ve telefonlar aracılığı ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu durum izlem çalışması için ulaşılabilen vaka sayısını kısıtlamıştır.
- iii. Vakaların izlem görüşmesine davet edilme zamanı Kriz Odası'na başvurularından 1-1,5 yıl sonra olması, ulaşılabilen ve izlem görüşmesine katılmayı kabul eden vaka sayısını kısıtlamıştır.
- iv. İntihar davranışının toplum tarafından reddedilen ve bazı vakalar tarafından da hatırlanmak istenmeyen bir durum olması, vakalara ulaşıldığı halde izlem çalışmasına katılımlarını sınırlandırmıştır. Sonuçta tüm intihar girişimlerinin sadece % 28.32'si çalışmaya alınabilmiştir.
- v. Araştırma sonuçları, araştırmaya katılan 32 vakanın sorulara ve ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE BEKLENEN KATKI

İntihar girişimleri ile ilgili çalışmaların büyük bölümü bu vakaların kesitsel tek seferlik değerlendirmelerine dayanmaktadır. Vakaların seyri ile ilgili bilgiler ise çoğu zaman intihar girişimini yineleyen vakalar ile sınırlıdır. Bu çalışmada 2005 yılında intihar girişiminde bulunup AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'nda tedavi görmüş tüm vakalar ile bir yıl sonra yeniden görüşülmesi planlanmıştır.

Araştırma sonucunda intihar girişimi vakaları ile ilgili elde edilen retrospektif veriler yanında, vakaların bir yıl sonraki psikiyatrik ve sosyal durumları ve intihar girişimini yinleme olasılıkları saptanmıştır. Bu daha geniş kapsamlı verilerin, koruyucu ruh sağlığı kapsamındaki intiharı önleme çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca ciddi zaman harcanan izlem çalışmalarının literatürde sayıca az olması bu çalışmanın önemini daha da arttırmakta ve orijinalliğini ortaya koymaktadır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada incelenen bağımsız değişkenlerin durumları ve intihar olasılığı ile ilişkisine ait bulgular, beş başlık altında sunulmuştur. Bunlar; demografik özellikler, retrospektif değerlendirmeler, izlem değerlendirmeleri, basit korelasyonlar ve çoklu doğrusal regresyon analizleridir.

3.1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

3.1.1. Yaş ve Cinsiyet

AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na 2005 yılı içerisinde intihar girişimi ile başvuran toplam vaka sayısı 113'tür. Bu vakaların 87'si kadın (%77); geri kalan 26'sı (%23) erkektir. Araştırmaya katılan 32 vakanın ise, 14'ü erkek (%43.8); 18'i kadındır (%56.3). Yaşları 16 ile 55 arasında değişen bu 32 hastanın ortalama yaşı 27.81 ± 9.94 'dir. Erkeklerde ortalama yaş 31 ± 12.41 , kadınlarda ise 25 ± 6.74 'dir. Yaş ortalamaları açısından erkeklerle kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.76$, $p=.088$). Vakaların cinsiyetlere göre dağılımı ve ortalama yaşları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Vakaların Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Ortalama Yaşları
(Bağımsız Örneklem Arası t Testi)

	Kadın	Erkek	Toplam
n (%)	18 (%56.3)	14 (%43.8)	32(%100)
Yaş (Ortalama $\pm$ ss)	25 $\pm$ 6.74	31 $\pm$ 12.41	27.81 $\pm$ 9.94

$t=1.76$, $p=.088$

Bekâr	Evli
	-

Tablo 3. Vakaların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı
(Bağımsız Örneklem Arası t Testi)

	İlköğretim	Lise	Y.Okul	Toplam	Ortalama Eğt. Süresi
Kadın (n)	8	6	4	18	18
%	44.4	33.3	22.2	100	10±2.95
Erkek (n)	3	6	5	14	14
%	21.44	42.9	35.71	100	11.3±2.52
Toplam (n)	11	12	9	32	32
%	34.4	37.5	28.12	100	10.60±2.80

t=1.30, p=.203

3.1.4. Ekonomik Aktivite

Araştırmaya katılan 32 vakadan 6'sı ev hanımı (%18.8), 7'si öğrenci (%21.9), 6'sı işsiz (%51.8), 2'si emekli (%6.3) ve kalan 11'i (%34.4) ise ücretli olarak bir işte çalışmaktadır. Vakaların ekonomik aktivitelerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'de verilmiştir.

Kadın ve erkek girişimciler arasında ekonomik aktivite bakımından anlamlı bir fark bulunmaktadır ($X^2=11.354$, $p=.045$). Tablo 4' de görülebileceği gibi, kadın vakaların %55.6'sını ($n=10$), erkek vakaların ise %36'sını ($n=5$) ekonomik bakımdan inaktif (ev hanımı, öğrenci ve emekli) kişiler oluşturmaktadır. Erkeklerde ücretli çalışanlar, kadınlarda ise ekonomik bakımdan inaktif olanlar çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 4. Vakaların Ekonomik Aktivitelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı
(İki Değişken İçin Ki-Kare Testi)

	Ekonomik Açıdan İnaktif			Ekonomik Açıdan Aktif		Toplam
	Ev Hanımı	Öğrenci	Emekli	Çalışıyor	İşsiz	
Kadın (n)	6	3	1	3	5	18
%	33.3	16.7	5.6	16.7	27.8	100
Erkek (n)	-	4	1	8	1	14
%	-	28.6	7.14	57.14	7.14	100
Toplam (n)	6	7	2	11	6	32
%	18.8	21.9	6.3	34.4	18.8	100

$\chi^2=11.354$, $p=.045$

3.2. RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMELER

3.2.1 İntihar Girişiminin Yöntemi

Araştırmaya katılan 32 vakanın intihar girişi yöntemlerine bakıldığında 29'un (%90.63) ilaç içerek; 3'ünün ise (%9.37) kendini keserek intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Kendini keserek girişimde bulunanların hepsi, ilaç içerek girişimde bulunanların ise 15'i (%51.72) kadındır.

3.2.2 Alkol Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı

Araştırmaya katılan 32 vakada, ayrı sorularla alkol bağımlılığı ve kötüye kullanım öyküsü sorgulanmıştır. Verilen cevaplar doğrultusunda 6'sında alkol bağımlılığı (%18.8), 4'ünde alkol kötüye kullanımı (%12.5) saptanmıştır. Alkol bağımlılığı saptanan 6 vakanın hepsi; alkol kötüye kullanımı bulunan 4 vakanın ise 2'si erkektir (% 50).

3.2.3 Kendini Yaralayıcı Davranışlarda Bulunma

Araştırmaya katılan 32 vakadan 7'si (%21.9) kronik kendini yaralama davranışlarının (kendini kesme biçiminde) bulunduğunu belirtmiştir. Kendini yaralama davranışı olan 7 vakanın 4'ü erkek (%57.14), 3'ü ise kadındır (%42.86). Bu bulguda önemli bir nokta da, kendini yaralama davranışı bulunan 7 vakanın 6'sının (%85.71) 21 yaş ve altındaki ergenler olmasıdır.

3.2.4 Ailede İntihar Girişim Öyküsü ve Psikiyatrik Hastalıklar

Araştırmaya katılan 32 vakanın 2'sinin (%6.3) ailesinde intihar girişimi öyküsü, 5'inin (%15.6) ailesinde ise psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Ailesinde tamamlanmış intihar bulunan vaka saptanmamıştır.

3.2.5 Vakaların İntihar Girişimi Öncesinde ve Sonrasında Gördükleri Psikiyatrik Tedaviler

Araştırmaya katılan 32 vakadan 2'sinin (%6.3) intihar girişimi öncesindeki son 6 ay içinde psikiyatrik tedavi gördükleri, kalan 30 kişinin ise o güne dek herhangi bir psikiyatrik tedavi almadıkları ve başka bir doktor başvurularının da olmadığı öğrenilmiştir.

Girişim sonrasında ise vakaların 26'sı (%81.3) psikiyatrik tedavi görmeye başlamış, geri kalan 6'sı ise (%18.8) girişimden sonra herhangi bir psikiyatrik tedavi görmemiştir. Psikiyatrik tedavi gören 26 vakanın 6'sı (%18.8) ayaktan psikoterapi, 7'si (%21.9) psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi, 12'si (%37.5) ilaç ve psikoterapi, 1'i ise (%3.1) sadece ilaç tedavisi görmüşlerdir. Vakaların intihar girişimlerinden sonra aldıkları psikiyatrik tedavilerin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Vakaların İntihar Girişimlerinden Sonra Aldıkları Psikiyatrik Tedavilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

	Herhangi Bir Tedavi Görmeyen	Psikoterapi	Yatarak Tedavi	İlaç+ Psikoterapi	İlaç Tedavisi	Toplam
Kadın (n)	3	3	3	9	-	18
%	16.7	16.7	16.7	50	-	100
Erkek (n)	3	3	4	3	1	14
%	21.42	21.42	28.6	21.42	7.14	100
Toplam (n)	6	6	7	12	1	32
%	18.8	18.8	21.9	37.5	3.1	100

3.2.6 İntihar Girişiminin Nedenleri

Vakaların 2005 yılında gerçekleştirdikleri intihar girişimlerinin nedenlerine yönelik retrospektif açıdan yapılan değerlendirme sonuçlarına göre vakaların %90.6'sı (n=29) “düşüncelerinin dayanılmaz olmasını”, %81.3'ü (n=26) “kabul edilmesi zor bir durumdan bir süre için uzaklaşma isteğini”, %78.1'i (n=25) “başka bir seçenek düşünememeyi” ve “başkalarının onun ne denli çaresiz hissettiğini anlamaları isteğini”, %62.5'i (n=20) “birilerine suçluluk hissettirmeyi” intihar girişiminin başlıca nedeni olarak bildirmektedir. İntihar girişiminde etkili olan nedenlerin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. İntihar Girişiminde Etkili Olan Nedenlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kadın (n=18)

1. Düşüncelerim o kadar dayanılmazdı ki, daha fazla dayanamadım (%100, n=18).
2. Durum o kadar dayanılmazdı ki, başka bir seçenek düşünemedim (%94.4, n=17).
3. Kabul edilmesi zor bir durumdan bir süre için uzaklaşmak istedim (%88.9, n=16).
4. Başkalarının benim ne denli çaresiz hissettiğimi bilmelerini istedim (%83.3, n=15).
5. Ölmek istedim (%61.1, n=11).
6. Birilerinin suçluluk hissetmelerini istedim (%61.1, n=11).

Erkek (n=14)

1. Düşüncelerim o kadar dayanılmazdı ki, daha fazla dayanamadım (%78.6, n=11).
2. Sanki kontrolümü kaybettim ve niye yaptığımı bilmiyordum (71.4, n=10).
3. Kabul edilmesi zor bir durumdan bir süre için uzaklaşmak istedim (%71.4, n=10).
4. Başkalarının benim ne denli çaresiz hissettiğimi bilmelerini istedim (%71.4, n=10).
5. Başkalarının bana yaptıklarının karşılığını ödemelerini istedim (%64.8, n=9).
6. Birilerinin suçluluk duymalarını istedim (%64.8, n=9).

Toplam (n=32)

1. Düşüncelerim o kadar dayanılmazdı ki, daha fazla dayanamadım (%90.6, n=29).
2. Kabul edilmesi zor bir durumdan bir süre için uzaklaşmak istedim (%81.3, n=26).
3. Durum o kadar dayanılmazdı ki, başka bir seçenek düşünemedim (%78.1, n=25).
4. Başkalarının benim ne denli çaresiz hissettiğimi bilmelerini istedim (%78.1, n=25).
5. Birilerinin suçluluk hissetmesini istedim (%62.5, n=20).
6. Başkalarının bana yaptıklarının karşılığını ödemelerini istedim (%56.3, n=18).
7. Sanki kontrolümü kaybettim ve niye yaptığımı bilmiyorum (%56.3, n=18).

3.2.7 İntihar Girişiminin Tetikleyicileri

Vakaların 2005 yılında gerçekleştirdikleri intihar girişimlerinin, girişimden hemen önce yaşanan ve hasta tarafından tetikleyici olarak tanımlanan olaylara yönelik retrospektif değerlendirme sonuçlarına göre, “yalnızlık duyguları” (%34.4, n=11), “anne-babayla tartışma” (%50.0, n=16) ve “eşle tartışma” (%28.1, n=9) intihar girişimde etkisi en çok olan tetikleyicilerdir. İntihar girişiminde etkili olan tetikleyicilerin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.

İntihar girişiminde etkili olan tetikleyiciler 20 yaş üstünde ve altında olan vakalarda karşılaştırılmıştır. 20 yaşın altındaki grupta “yalnızlık duyguları” (%80, n=4) ile “arkadaş ve sosyal ilişkileri kurma ve sürdürme” sorununun (%40, n=2); 20 yaş üstündeki grupta ise “yalnızlık duyguları” (%85.2, n=23), “anne babayla tartışma” (%40.7, n=11) ve “eşle tartışmanın” (%33.3, n=9) intihar girişimi öncesindeki başlıca tetikleyiciler olduğu görülmektedir.

Tablo 7. İntihar Girişiminde Etkili Olan Tetikleyicilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Kadın (n=18)	
1.	Yalnızlık Duyguları (%100, n=18)
2.	Anne Babayla Tartışma (%55.6, n=10)
3.	Eşle Tartışma (%27.8, n=5)
4.	Sevgili Tarafından Reddedilme (%27.8, n=5)
Erkek (n=14)	
1.	Yalnızlık Duyguları (%64.3, n=9)
2.	Anne Babayla Tartışma (%42.9, n=6)
3.	Alkole İlaçlara Uyuşturucu Maddelere Kumara Tutkunluk (%28.6, n=4)
Toplam (n=32)	
1.	Yalnızlık Duyguları (%84.4, n=27)
2.	Anne Babayla Tartışma (%50, n=16)
3.	Eşle Tartışma (%28.1, n=9)

3.3. İZLEM DEĞERLENDİRMELERİ

3.3.1. Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki İntihar Olasılıkları

Araştırmaya katılan 32 deneğe İÖÖ uygulanarak o andaki intihar olasılıkları değerlendirilmiştir. Tüm grubun ölçekten aldığı ortalama puan 93.84 ± 12.10 'dur. Erkek ve kadın hastaların ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 8'de sunulmuştur. Erkek hastaların ortalamaları (94.71 ± 14.33) ile kadın hastaların ortalamaları (93.16 ± 10.43) arasında anlamlı fark yoktur ($t=0.354$, $p=.726$). Alt ölçek puanları arasındaki farkların önemine bakıldığında, kadınlarla (12.66 ± 2.63) erkekler (15.14 ± 3.8) arasında "düşmanlık" boyutunda anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($t=2.149$, $p=.040$). Umutsuzluk, kendini olumsuz değerlendirme ve intihar düşüncesi boyutlarında kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (sırasıyla $t=0.682$, $p=.500$; $t=0.371$, $p=.713$; $t=0.600$, $p=.553$).

Tablo 8. Vakaların İntihar Olasılıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı
(Bağımsız Örneklem Arası t Testi)

	N	Min-Max	Ort±SS	t
İÖÖ-Toplam	32	72 - 113	93.84±12.10	
Kadın	18	72 - 110	93.16±10.43	0.354
Erkek	14	73 - 113	94.71±14.33	
İÖÖ-Umutsuzluk	32	21 - 43	27.75±4.91	
Kadın	18	21 - 43	28.27±5.06	0.682
Erkek	14	21 - 36	27.07±4.82	
İÖÖ-İntihar Düş.	32	13 - 29	23.06±3.60	
Kadın	18	13 - 29	22.72±3.89	0.600
Erkek	14	18 - 28	23.5±3.27	
İÖÖ-Kendini Olumsuz Değer.	32	22 - 35	29.28±3.72	
Kadın	18	22 - 35	29.5±3.56	0.371
Erkek	14	23 - 34	29.0±4.03	
İÖÖ-Düşmanlık	32	8 - 19	13.75±3.41	
Kadın	18	8 - 17	12.66±2.63	2.149*
Erkek	14	9 - 19	15.14±3.8	

* $p<.05$

3.3.2. Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki Psikiyatrik Belirtileri

Araştırmaya katılan 32 deneğe KSE uygulanarak mevcut psikiyatrik belirtileri değerlendirilmiştir. Tüm grubun ölçekten aldığı ortalama puan 56.81 ± 20.42 'dir. Erkek ve kadın hastaların ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 9'da sunulmuştur. Erkek hastaların ortalamaları (54.35 ± 20.97) ile kadın hastaların ortalamaları (58.72 ± 20.38) arasında anlamlı fark yoktur ($t=0.593$, $p=.557$). Alt ölçek puanları arasındaki farkın önemi incelendiğinde, kadınlarla erkekler arasında somatizasyon, OKB, anksiyete, fobik bozukluk, paranoid bozukluk ve psikotizm boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (sırasıyla $t=0.412$, $p=.683$, $t=1.09$, $p=.284$, $t=0.729$, $p=.472$, $t=0.045$, $p=.964$, $t=0.723$, $p=.475$, $t=0.359$, $p=.722$). Kadınların kişilerarası duyarlılık ve depresyon puanları (sırasıyla $t=2.384$, $p=.024$, $t=2.220$, $p=.034$); erkeklerin ise hostilite puanları ($t=2.698$, $p=.011$) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Cinsiyetlere göre veriler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Vakaların Psikiyatrik Belirtilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı
(Bağımsız Örneklem Arası t Testi)

	N	Min-Max	Ort±SS	t
KSE-Toplam	32	18 - 101	56.81±20.42	
Kadın	18	27 - 101	58.72±20.38	
Erkek	14	18 - 90	54.35±20.97	0.593
KSE-Somatizasyon	32	0.0 - 15	4.43±4.36	
Kadın	18	0.0 - 15	4.72±4.86	
Erkek	14	0.0 - 13	4.07±3.79	0.412
KSE-OKB	32	4 - 12	7.00±1.96	
Kadın	18	4 - 11	6.66±1.49	
Erkek	14	4 - 12	7.42±2.44	1.09
KSE-Kişilerarası Duyarlılık	32	1 - 12	5.8±3.4	
Kadın	18	2 - 12	6.94±3.15	
Erkek	14	1 - 11	4.28±3.09	2.384*
KSE-Depresyon	32	3 - 22	11.93±5.3	
Kadın	18	5 - 22	13.66±4.93	
Erkek	14	3 - 18	9.71±5.07	2.220*
KSE-Anksiyete	32	0.0 - 12	4.7±3.0	
Kadın	18	1 - 12	5.0±3.34	
Erkek	14	0.0 - 8	4.21±2.54	0.729
KSE-Hostilite	32	0.0 - 11	5.03±3.84	
Kadın	18	0.0 - 10	3.55±3.18	
Erkek	14	1 - 11	15.14±3.8	2.698**
KSE-Fobik Bzk.	32	0.0 - 5	1.7±1.45	
Kadın	18	0.0 - 4	1.66±1.37	
Erkek	14	0.0 - 5	1.64±1.59	0.045
KSE-Paranoid	32	2 - 12	7.3±2.68	
Kadın	18	4 - 12	7.55±2.33	
Erkek	14	2 - 11	6.85±3.13	0.723
KSE-Psikotizm	32	0.0 - 11	4.21±2.87	
Kadın	18	0.0 - 12	4.05±2.60	
Erkek	14	0.0 - 13	4.42±3.27	0.359

*p<.05, **p<.01

3.3.3. Vakaların Son Altı Ay İçinde Maruz Kaldıkları Yaşam Olayları

Araştırmaya katılan 32 deneğe YOS uygulanarak, son 6 ay içerisinde başlarından geçen yaşam olayları açısından değerlendirilmiştir. Vakaların en sık karşılaştıkları 10 yaşam olayının cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre hastaların en çok maruz kaldıkları yaşam olayları sırasıyla; anne ve baba ile ciddi anlaşmazlık (%43.8), uyku düzeninde büyük değişim (%37.5), ılımlı oranda para sıkıntısı (%34.4), sosyal faaliyetlerde büyük değişim (%28.1), sevgiliden ayrılma (%28.1) ve ılımlı oranda borca girme (%28.1).

Kadınlarda anne ve baba ile ciddi anlaşmazlık (%50.0), uyku düzeninde büyük değişim (%38.9), ılımlı oranda borca girme (%38.9) ve kişisel alışkanlıklarda büyük değişim (%38.9) en sık görülen yaşam olayları olarak saptanmıştır. Erkeklerde en sık görülen yaşam olayları ise, uyku düzeninde büyük değişim (%35.7), anne baba ile ciddi anlaşmazlık (%35.7), ılımlı oranda borca girme (%35.7) şeklinde sıralanmaktadır.

Araştırmada vakaların en sık karşılaştıkları yaşam olaylarını belirlemenin yanında, yaşam olaylarının hastaya yaşattığı stres düzeyi de değerlendirilmiştir. Buna göre vakaların ortalama stres puanları 54.37 ± 7.29 dur. Kadınlar ile erkekler arasında ortalama stres puanları açısından anlamlı bir fark yoktur ($t=.205$, $p=.839$) (Tablo 10).

Tablo 10. Vakaların Son Altı Ayda Maruz Kaldıkları Yaşam Olaylarının Cinsiyete Göre Dağılımı, YOS-Stres Puanı Ortalamaları (Bağımsız Örneklemeler Arası t Testi)

En Sık Karşılaşılan 10 Yaşam Olayı		Ortalama Stres Puanı (Min-Max)
Kadın (n=18)		
1. Anne baba ile ciddi anlaşmazlık	(%50, n=9)	54.61±5.68 (42 – 64)
2. Uyku düzeninde büyük değişim	(%38.9, n=7)	
3. İlimli oranda para sıkıntısı	(%38.9, n=7)	
4. Kişisel alışkanlıklarda büyük değişim	(%38.9, n=7)	
5. Yemek alışkanlıklarında büyük değişim	(%33.3, n=6)	
6. Sevgiliden ayrılma	(%33.3, n=6)	
7. Sosyal faaliyetlerde büyük değişim	(%33.3, n=6)	
8. Eş ile ciddi anlaşmazlık	(%27.8, n=5)	
9. Kendi ailesi ile eşi arasında anlaşmazlık	(%27.8, n=5)	
10. Cinsel sorunlar	(%27.8, n=5)	
Erkek (n=14)		
1. Uyku düzeninde büyük değişim	(%35.7, n=5)	54.07±9.18 (39 – 66)
2. Anne baba ile ciddi anlaşmazlık	(%35.7, n=5)	
3. İlimli oranda borca girme	(%35.7, n=5)	
4. Amir ya da iş arkadaşlarıyla geçimsizlik	(%28.6, n=4)	
5. Büyük oranda borca girme	(%28.6, n=4)	
6. Büyük ekonomik sıkıntı	(%28.6, n=4)	
7. Yaşam koşullarında büyük değişim	(%28.6, n=4)	
8. İşte çalışma koşullarının bozulması	(%28.6, n=4)	
9. Zor bir sınava hazırlanma	(%28.6, n=4)	
10. İş koşullarının değişmesi	(%28.6, n=4)	
Toplam (n=32)		
1. Anne baba ile ciddi anlaşmazlık	(%43.8, n=14)	54.37±7.29 (39 – 66)
2. Uyku düzeninde büyük değişim	(%37.5, n=12)	
3. İlimli oranda para sıkıntısı	(%34.4, n=11)	
4. Sosyal faaliyetlerde büyük değişim	(%28.1, n=9)	
5. Sevgiliden ayrılma	(%28.1, n=9)	
6. İlimli oranda borca girme	(%28.1, n=9)	
7. Büyük oranda borca girme	(%25, n=8)	
8. Büyük ekonomik sıkıntı	(%25, n=8)	
9. Yaşam koşullarında büyük değişim	(%25, n=8)	
10. Kişisel alışkanlıklarda büyük değişim	(%25, n=8)	

3.3.4. Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki Sosyal Destek Algıları

Araştırmaya katılan 32 deneğe ÇBASDÖ uygulanarak aileden, arkadaştan ve özel bir kişiden aldıkları desteğin derecesi değerlendirilmiştir. Tüm grubun ölçekten aldığı ortalama puan 40.00 ± 6.44 'dür. Erkek ve kadın hastaların ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar Tablo 11'de sunulmuştur. Kadın ve erkek hastaların algıladıkları toplam destek, aileden, arkadaştan ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek dereceleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (sırasıyla $t=1.286$, $p=.208$; $t=0.254$, $p=.801$; $t=1.421$, $p=.166$; $t=1.369$, $p=.181$).

Tablo 11. Vakaların Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (Bağımsız Örneklem Arası t Testi)

	N	Min-Max	Ort $\pm$ SS	t
ÇBASDÖ-Toplam	32	29 - 55	40.0 $\pm$ 6.24	
Kadın	18	29 - 55	38.72 $\pm$ 6.82	
Erkek	14	34 - 52	41.64 $\pm$ 5.73	1.286
ÇBASDÖ-Aile	32	12 - 22	16.28 $\pm$ 1.80	
Kadın	18	12 - 22	15.88 $\pm$ 1.90	
Erkek	14	15 - 20	16.78 $\pm$ 1.57	0.254
ÇBASDÖ-Arkadaş	32	5 - 16	11.25 $\pm$ 3.45	
Kadın	18	6 - 16	11.11 $\pm$ 3.35	
Erkek	14	5 - 16	11.42 $\pm$ 3.69	1.421
ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan	32	5 - 20	12.46 $\pm$ 3.54	
Kadın	18	5 - 20	11.72 $\pm$ 4.02	
Erkek	14	8 - 18	13.42 $\pm$ 2.65	1.369

3.3.5 Vakaların İzlem Görüşmesi Sırasındaki İntihar Olasılıkları İle Diğer Bağımsız Değişkenler Arasındaki İlişkiler / Basit Korelasyon Analizi

3.3.5.1. İntihar Olasılığı ve Psikiyatrik Belirtiler

KSE Toplam ve alt ölçek puanlarının intihar olasılığı ile ilişkisi incelendiğinde psikiyatrik belirtiler ile intihar olasılığı arasında ilişki bulunmuştur.

pozitif ilişkiler olduğu görülmektedir (Tablo 12, Tablo 15). İÖÖ Toplam puanı ile KSE-Toplam ($r=0.676$, $p=.000$), KSE-Depresyon ($r=0.578$, $p=.001$), KSE-Anksiyete ($r=0.524$, $p=.002$), KSE-Hostilite ($r=0.614$, $p=.000$) ve KSE-Psikotizm ($r=0.642$, $p=.000$) alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. İÖÖ Toplam puanı ile KSE-Somatizasyon, KSE-Kişilerarası Duyarlılık, KSE-Fobik Bozukluk, KSE-Paranoid Bozukluk, KSE-Obsesif Kompulsif Bozukluk alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (sırasıyla $r=0.259$, $p=.153$; $r=0.344$, $p=.054$; $r=0.091$, $p=.622$; $r=0.189$, $p=.301$; $r=0.183$, $p=.316$).

İÖÖ-İntihar Düşüncesi alt ölçeği ile KSE-Depresyon, KSE-Hostilite ve KSE-Psikotizm alt ölçekleri arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (sırasıyla $r=0.477$, $p=.006$; $r=0.510$, $p=.003$; $r=0.588$, $p=.000$). İÖÖ-Kendini Olumsuz Değerlendirme alt ölçeği ile KSE-Depresyon, KSE-Anksiyete ve KSE-Psikotizm alt ölçekleri arasında pozitif ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.613$, $p=.000$; $r=0.583$, $p=.000$; $r=0.627$, $p=.000$). İÖÖ-Düşmanlık alt ölçeği ile KSE-Hostilite ve KSE-Psikotizm alt ölçekleri arasında pozitif bir ilişki vardır (sırasıyla $r=0.702$, $p=.000$; $r=0.585$, $p=.000$). Özetle, psikiyatrik belirtiler arttıkça intihar olasılığı da artmaktadır.

Tablo 12. İÖÖ ve KSE Arasındaki İlişkiler
(Sperman Korelasyon Analizi)

	İÖÖ Toplam	İÖÖ Umutsuzluk	İÖÖ İntihar Düşüncesi	İÖÖ Kendini Olumsuz Değ.	İÖÖ Düşmanlık
KSE Toplam	.676** .000 32	.347 .052 32	.577** .001 32	.696** .000 32	.528** .002 32
KSE Somatizasyon	.259 .153 32	.025 .893 32	.291 .106 32	.396* .025 32	.142 .440 32
KSE OKB	.183 .316 32	.153 .402 32	.091 .620 32	.150 .414 32	.168 .358 32
KSE Kişilerarası Duyarlılık	.344 .054 32	.206 .259 32	.292 .105 32	.387* .029 32	.192 .293 32
KSE Depresyon	.578** .001 32	.351* .049 32	.477** .006 32	.613** .000 32	.373* .036 32
KSE Anksiyete	.524** .002 32	.269 .136 32	.387* .029 32	.583** .000 32	.425* .015 32
KSE Hostilite	.614** .000 32	.302 .093 32	.510** .003 32	.458 .008 32	.702** .000 32
KSE Fobik Bzk.	.091 .622 32	.078 .671 32	-.058 .755 32	.150 .413 32	.106 .565 32
KSE Paranoid	.189 .301 32	.098 .595 32	.232 .202 32	.180 .326 32	.088 .633 32
KSE Psikotizm	.642** .000 32	.269 .137 32	.588** .000 32	.627** .000 32	.585** .000 32

*p<.05, **p<.01

3.3.5.2 İntihar Olasılığı ve Yaşam Olayları

Vakaların YOS-Stres puanlarının İÖÖ Toplam puanı ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşam olayları ile intihar olasılığı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 13, Tablo 15). İÖÖ Toplam puanı ile YOS-Stres puanı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.702$, $p=.000$). YOS-Stres puanı ile İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Kendini Olumsuz Değerlendirme ve İÖÖ-Düşmanlık alt ölçekleri arasında pozitif ilişki (sırasıyla $r=0.564$, $p=.001$; $r=0.771$, $p=.000$; $r=0.615$, $p=.000$) saptanmıştır. Özetle, bireylerin yaşam olaylarına karşı gösterdikleri stres arttıkça, intihar olasılığı da artmaktadır.

Tablo 13. İÖÖ ve YOS Arasındaki İlişkiler
(Sperman Korelasyon Analizi)

	İÖÖ Toplam	İÖÖ Umutsuzluk	İÖÖ İntihar Düşüncesi	İÖÖ Kendini Olumsuz Değerlendirme	İÖÖ Düşmanlık
YOS Stres	.702** .000 32	.303 .091 32	.564** .001 32	.771** .000 32	.615** .000 32

* $p<.05$, ** $p<.01$

3.3.5.3 İntihar Olasılığı ve Sosyal Destek Algısı

Vakaların İÖÖ ve ÇBASDÖ toplam puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, algılanan sosyal destek ile intihar olasılığı arasında anlamlı bir ters ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 14, Tablo 15). İÖÖ Toplam puanı ile ÇBASDÖ-Toplam, ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan alt ölçekleri arasında negatif ilişki olduğu görülmektedir (sırasıyla, $r=-0.616$, $p=.000$; $r=-0.470$, $p=.007$; $r=-0.398$, $p=.024$; $r=-0.459$, $p=.008$). Verilerde dikkat çeken bir nokta da, özel bir insandan alınan sosyal desteğin; intihar olasılığı alt ölçeklerinden İÖÖ-Kendini Olumsuz Değerlendirme ($r=-0.608$, $p=.000$) ve İÖÖ-İntihar Düşüncesi

Tablo 15. Tüm Ölçekler Arasındaki İlişkiler (Spearman Korelasyon Analizi)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1- İntihar Olasılığı	1																		
2- Umutsuzluk	,641**	1																	
3- İntihar Düşüncesi	,817**	,192	1																
4- Kendini Ölumsuz Değerlendirme	,820**	,196	,806**	1															
5- Düşmanlık	,865**	,416*	,683**	,682**	1														
6- Ortalama Stres	,702**	,303	,564**	,771**	,615**	1													
7- Sosyal Destek	,616**	-,357*	-,588**	-,574**	-,422**	-,454**	1												
8- Özel Bir İnsan Destek	-,459**	-,104	-,505**	-,608**	-,280	-,369*	,779**	1											
9- Arkadaş Destek	-,398**	-,447*	-,277	-,281	-,166	-,129	,687**	,484**	1										
10- Aile Destek	-,470**	-,327	-,434*	-,299	-,413	-,400*	,706**	,174	,263	1									
11- Psikiyatrik Belirtiler	,676**	,347	,577**	,696**	,528**	,546**	-,495**	-,561**	-,470**	-,101	1								
12- Somatizasyon	,259	,025	,291	,396*	,142	,277	-,186	-,440*	-,242	,232	,354*	1							
13- OKB	,183	,153	,091	,150	,168	,092	-,219	-,305	-,164	-,009	,582**	,326	1						
14- Kişilerarası Duyarlılık	,344	,206	,292	,387*	,192	,330	-,418**	-,441*	-,331	-,154	,873**	,532**	,145	,751**	1				
15- Depresyon	,578**	,351*	,477**	,613**	,373*	,553**	-,518**	-,482**	-,552**	-,184	,803**	,720**	,104	,344	,692**	1			
16- Anksiyete	,524**	,269	,387*	,583**	,425*	,472**	-,287	-,324	-,310	-,041	,412*	-,053	,213	-,192	,206	,375*	1		
17- Hostilité	,614**	,302	,510**	,458**	,702*	,382*	-,134	-,025	-,094	-,175	,374*	,203	,170	-,056	,186	,283	,158	1	
18- Fobik Bozukluk	,091	,078	-,058	,150	,106	,107	-,031	-,037	-,048	,121	,544**	,218	,415*	,360*	,368*	,255	,015	,329	1
19- Paranoid Bozukluk	,189	,098	,232	,180	,088	,046	-,380*	-,469**	-,215	-,115	,766**	,373*	,114	,326	,567**	,470**	,481**	,383*	1
20- Psikotizm	,642**	,269	,588**	,627**	,585**	,463**	-,349	-,429*	-,324	-,041									1

Ortalama = 93,9

Standart Sapma = 12,10

** Korelasyon .01 düzeyinde anlamlıdır. (2 - uçlu)

* Korelasyon .05 düzeyinde anlamlıdır. (2 - uçlu).

3.3.6 Vakaların İzlem Görüşmesi Strasında Saptanan İntihar Olasılığı Üzerinde Etkili Olan Faktörler / Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Vakaların indeks intihar girişiminden bir yıl sonraki intihar olasılıklarını belirleyen risk faktörlerini incelemek için IOÖ Toplam puanının bağımlı değişken, intihar olasılığıyla yüksek korelasyon gösteren ÇBASDÖ-Toplam, YOS-Stres, KSE-Toplam, KSE-Hostilite alt ölçeği puanları ve bu olasılığı etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet ve eğitim süresi değişkenlerinin bağımsız değişken olarak alındığı bir Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. İntihar olasılığının yordanmasına ilişkin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 16'da verilmiştir. Tabloda da görülebileceği gibi, analize alınan değişkenlerden ÇBASDÖ-Toplam puanı, KSE-Hostilite alt ölçeği puanı ve YOS-Stres puanı ile IOÖ Toplam puanı arasındaki ilişki anlamlıdır ve bu değişkenler varyansın %79'unu açıklamaktadır ($F=13,206$; $R=0.891$; $R^2=0.794$).

Tablo 16. İntihar Olasılığının Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	B	Standart Hata	Beta	t	p
Yaş	.093	.179	.077	.521	.607
Cinsiyet	-.192	3.076	.008	.062	.951
Eğitim Süresi	-.795	.584	-.184	-1.360	.186
KSE-Toplam	-.044	.112	.075	.393	.697
KSE-Hostilite	1.205	.409	.383	2.943	.007
ÇBASDÖ-Toplam	-.623	.216	-.331	-2.878	.008
YOS-Stres	.442	.201	.266	2.201	.038
R=.891 R ² =.794					
F=13,206 p=.000					

1. TARTIŞMA

Bu çalışmada 2005 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AUTF) İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na intihar girişimi ile başvuran vakalara bu girişimden bir yıl sonra yeniden ulaşılarak, intihar nedenlerini, intihar girişimini tetikleyen faktörleri retrospektif olarak değerlendirmek ve şu andaki ruhsal durumlarını, yaşam olaylarını, sosyal desteklerini inceleyip, bu değişkenler doğrultusunda intihar girişimini yineleme olasılıkları saptanmaya çalışılmıştır.

Avrupa'da ve Dünya'da yapılmış intihar girişimi çalışmalarında kadınların erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Morgan ve arkadaşları 1975; Clayton 1985; Michel 1987; Schmidtke ve arkadaşları 1996; Kaplan ve arkadaşları 1994; Kerkhof 2000). Ülkemizde de sonuçlar benzerdir; Devrimci-Özgüven ve Sayıl (2003) kadın/erkek intihar girişimi oranını yaklaşık 2.4 olarak bildirmiştir. Bu çalışmanın örneklemini oluşturan AUTF İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odası'na 2005 yılı içerisinde intihar girişimi ile başvuran kadın ve erkek girişimcilere bakıldığında çalışma bu verileri destekler niteliktedir. İntihar girişimi ile başvuran toplam vaka sayısı 113'tür ve bu vakaların 87'si kadın (%77); geri kalan 26'sı erkektir (%23) (kadın/erkek=3.4). İzlem çalışmasına katılmayı kabul eden vakaların ise 18'i kadın (%56.3); 14' ü erkektir (%43.8) ve kadın/erkek oranı beklentinin oldukça altındadır (1.3). Kadın erkek oranının bu çalışmada düşük olmasının önemli bir sebebi; örneklem grubunu oluştururken davet edilen erkek vakaların çalışmaya katılmaya daha olumlu yaklaşımları olabilir. Ancak zaten bu çalışmada yer alan vakaların evreni temsil etme iddiası bulunmamaktadır.

İntihar girişimi nedeniyle çalışmaya alınmış vakaların çoğunluğunun 15-34 yaş aralığı (n=26, %81.3) arasında bulunduğu ve ortalama yaşlarının 27.81 ± 9.94 olduğu görülmüştür. Bu bulgular çok sayıda çalışmada bildirilmiş olan intihar girişimi açısından en yüksek riske sahip yaş grubu ile uyumludur (Platt ve arkadaşları 1992; Schmidtke ve arkadaşları 1994, 1996; Devrimci Özgüven 2002; Devrimci Özgüven ve Sayıl 2003).

Eğitim durumu açısından bakıldığında araştırmaya katılan vakaların çoğunluğu lise ve ilköğretim mezunudur ($n=23$, %71.9). Kadınlarda ortalama eğitim süresinin 10 ± 2.95 yıl, erkeklerde ise 11.3 ± 2.52 yıl olduğu görülmüştür. Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğu eğitim düzeyi düşük kişiler arasında görülmektedir ve bu vakaların yaklaşık yarısını yalnızca temel eğitim görmüş olanlar oluşturmaktadır (Schmidtke ve arkadaşları 1996). Ülkemizde yapılan birçok araştırmada ise intihar girişiminde bulunmuş vakaların çoğunun eğitiminin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Sayıl ve arkadaşları 1995; Devrimci Özgüven ve Sayıl 2003). Bu çalışmada da literatüre uyumlu olarak vakaların %34.4'ünün ilköğretim ve %37.5'inin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Ancak yüksekokul mezunu intihar girişimcilerinin oranı ($n=9$, %28.12), lise ve ilköğretim mezunu girişimcilerin oranı ($n=23$, %71.9) ile karşılaştırıldığında, daha düşük olmakla beraber azımsanmayacak düzeyde olduğu görülmektedir.

Çeşitli çalışmalarda evli ve çocuklu olmanın intihar riski açısından koruyucu etkisi olduğu bildirilmiş olmakla birlikte (Kaplan ve arkadaşları 1994; Schmidtke ve arkadaşları 1994; Welch 2001), intihar girişiminde bulunmuş kişilerde bekâr ya da evli olanların sıklığının benzer olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Diekstra ve arkadaşları 1984). Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğunluğu, bekâr ya da duldur (Schmidtke ve arkadaşları 1996). Bu açıdan çalışmada elde edilen bulguların da literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir çünkü intihar girişiminde bulunan vakaların çoğunluğu bekâr ve ailesiyle yaşayan kişilerdir (%68.8). Kadınların %66.7'si; erkeklerin ise %71.42'si bekârdır.

Genel nüfusa göre parasuisidal kişiler arasında işsizlik oranı belirgin şekilde yüksektir ve intihar davranışı ile işsizlik süresi arasında pozitif korelasyon bulunduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır (Schmidtke ve arkadaşları 1996; Kerkhof 2000; Welch 2001). Bu çalışmaya katılan vakaların çoğunluğunu da ekonomik bakımdan inaktif kişiler (ev hanımı, öğrenci ve emekli) ($n=15$, %46.9) oluşturmuştur. Çalışma grubunda oldukça yüksek olan ekonomik bakımdan inaktif kişilerin oranları; işsizliğin intihar girişiminde riski arttırıcı bir faktör olarak rol oynadığı görüşünü ve Türkiye' de intihar girişimlerinin ekonomik olarak inaktif olan

ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık olduğunu bildiren çalışmaları desteklemektedir (Sayıl ve Devrimci Özgüven 2004).

Alkol bağımlılığı olan kişilerin yaklaşık %15'i intihar girişiminde bulunmaktadır ve %80'i erkektir. Bekâr, yalnız yaşayan, sosyal bakımdan izole olmuş ve orta yaşlı olan bu kişiler çoğunlukla intihar girişimi sırasında alkollü olmaktadır (Hawton ve arkadaşları 1990; Hufford 2001). Bu çalışmadaki intihar girişimcilerinin %18.8'i (n=6) alkol bağımlılığı tedavisi görmüş olan kişilerdir; %12.5'inde (n=4) ise alkol kötüye kullanımı bulunmaktadır. Alkol bağımlılığı bulunanların hepsi, alkol kötüye kullanımı bulunanların ise 2'si (%50) erkektir. Bu bulgu alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımının intihar girişiminde özellikle erkekler için önemli risk faktörü olduğu görüşünü desteklemektedir.

Penn ve arkadaşları (2003) 289 ergenle yaptığı bir çalışmada bu ergenlerin %12.4'ünde kendini yaralayıcı davranışlar olduğunu, Zoroğlu ve arkadaşları (2003) ise kendini yaralama davranışı olan bireylerde intihar girişimlerinin genel topluma göre 2.7 kez arttığını göstermişler. Bu çalışmadaki vakaların %21.9'unda (n=7) ise kendini kesme biçiminde kronik kendini yaralama davranışının bulunması literatürü destekleyen bir bulgudur. Bu bulguda önemli bir nokta da, kendini yaralama davranışı bulunan 7 vakanın 6'sının 21 yaş ve altındaki ergenler olmasıdır. Bu da ergen grubunda kendini yaralama davranışının bulunmasının intihar girişimi riskinin değerlendirilmesinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın örnekleminde saptanan yüksek alkol kullanımı ve kendini kesme oranları, çalışmaya katılmayı kabul eden vakaların, psikiyatrik bakımdan daha çok yardıma gereksinimi olan bireyler olması ile ilişkili olabilir. Bu tür bir yardım gereksinimi olanlar, kendi görüşme ihtiyaçları nedeniyle çalışma örnekleminde daha çok temsil edilmiş olabilirler.

Araştırmada intihar girişiminde bulunan vakaların %6.3'ünde (n=2) ailede intihar girişimi öyküsü; %15.6'sında (n=5) ise ailede psikiyatrik hastalık tespit edilmiştir. Bu bulgu ailede intihar girişimi öyküsü bulunmasının intihar girişimi

riskini arttırdığını söyleyen birçok çalışma sonuçlarıyla benzerdir (Gould 2001; Beautrais 2003).

2005 yılı içinde intihar girişimi ile İbni Sina Hastanesi'nde acil müdahale yapılmış 113 vakadan 32'si ile bir yıl sonrasında yapılan görüşmede, bu 32 vakadan hiçbirinin intihar girişimini yinelemediği görülmüştür. Ancak araştırmaya katılan vakalara İÖÖ uygulanarak yapılan kesitsel intihar olasılığı değerlendirmesinde, bu ölçekten alınabilen maksimum puan (144) düşünüldüğünde, intihar olasılığı riskinin her iki cinsiyette de görece yüksek olduğu görülmüştür (erkekler için 94.71 ± 14.33 ; kadınlar için 93.16 ± 10.43). Çalışmada elde edilen sonuçlar daha önce intihar girişiminde bulunmuş olan kişilerin yaşamlarının sonraki evresinde de intihar düşüncesini çok sık olarak aklından geçirdiği görüşünü desteklemektedir (Schmidtke ve arkadaşları 1996; Kaplan 1994). Bulgularda dikkati çeken bir nokta da erkeklerin İÖÖ alt ölçeği olan "düşmanlık" boyutunda kadınlara göre anlamlı bir fark göstermesidir. Bu bulgudan hareketle, erkeklerin intihar girişimi olasılıklarını değerlendirirken düşmanlık algısının önemli bir faktör olduğunu söyleyebiliriz. Nitekim bu çalışmada intihar girişimi nedenlerinin cinsiyetler açısından değerlendirildiği bulgulara bakıldığında erkeklerin "başkalarının bana yaptıklarının karşılığını ödemelerini istedim", "birilerinin suçluluk duymalarını istedim" (%64.8, n=9) gibi düşmanlık boyutu bulunan nedenleri daha çok belirttikleri görülmektedir.

Mevcut psikiyatrik belirtilerin değerlendirilmesi için vakalara uygulanan KSE sonuçlarına bakıldığında erkek ve kadın hastaların ortalamalarının (sırasıyla 54.35 ± 20.97 ; 58.72 ± 20.38) her iki cinsiyette de görece düşük olduğu görülmektedir. Kadınlar kişilerarası duyarlılık ve depresyon boyutunda; erkekler ise hostilite boyutunda anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almışlardır. İÖÖ Toplam puanı ile KSE-Toplam, KSE-Depresyon, KSE-Anksiyete, KSE-Hostilite ve KSE-Psikotizm alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. İntihar olasılığını yordayan üç değişkenden biri ise KSE-Hostilite puanıdır. Johnson ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada intihar girişimlerinden önce anksiyete, depresyon ve hostilitenin arttığını göstermişlerdir. Bu çalışmadaki bulgular bu açıdan literatürle uyumludur.

Araştırmaya katılan vakalara YOS uygulanarak, son 6 ay içerisinde başlarından geçen yaşam olayları değerlendirilmiştir. Buna göre hastaların en çok maruz kaldıkları yaşam olayları sırasıyla; anne ve baba ile ciddi anlaşmazlık (%43.8), uyku düzeninde büyük değişim (%37.5), ılımlı oranda para sıkıntısı (%34.4), sosyal faaliyetlerde büyük değişim (%28.1), sevgiliden ayrılma (%28.1) ve ılımlı oranda borca girme (%28.1). Ancak yaşam olayları cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde; kadınlarda uyku düzeninde büyük değişim (%38.9, n=7), kişisel alışkanlıklarda büyük değişim (%38.9, n=7) ve yemek alışkanlıklarında büyük değişim (%33.3, n=6) gibi maddelerin sıklıkla görülmesi kadın vakalardaki depresif eğilimi düşündürmektedir. Erkeklerde ise ılımlı oranda borca girme (%35.7, n=5), amir ya da iş arkadaşlarıyla geçimsizlik (%28.6, n=5) ve büyük oranda borca girme (%28.6, n=4) gibi maddelerin sıklıkla görülmesi, ekonomik sorunların ve sosyoekonomik dezavantajların kadınlardan çok erkeklerin intihar davranışını etkilemekte olduğu görüşünü desteklemektedir (Ostamo ve arkadaşları 2002; Devrimci Özgüven 2002).

Karşılaşılan yaşam olaylarının cinsiyetlere göre farklılık göstermesinin yanında vakalara yaşattığı stres açısından kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşam olaylarının genelinde vakaların almış oldukları yüksek stres puanları (erkekler için 54.07 ± 9.18 , kadınlar için 54.61 ± 5.68) düşünüldüğünde, bu çalışmanın, pek çok çalışmada gösterilen, “intihar girişimi öncesi yaşam olaylarının sayısında ve stres verici etkisinde artış vardır” hipotezini (Devrimci Özgüven 2002; Joiner ve Rudd 2000) desteklediği görülmektedir. YOS-Stres puanı ile İÖÖ-Toplam, İÖÖ-İntihar Düşüncesi, İÖÖ-Kendini Olumsuz Değerlendirme ve İÖÖ-Düşmanlık puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ve intihar olasılığını yordayan üç değişkenden biri YOS-Stres puanıdır. Bu da bize zorlayıcı etkisi yüksek olayların yaşanmasının intihar girişimi riskini arttırmakta olduğunu, yani presipitan ve predispozisyon ilişkisinin mevcut olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan vakalara ÇBASDÖ uygulanarak aileden, arkadaşan ve özel bir kişiden aldıkları desteğin derecesi değerlendirilmiştir. Kadın ve erkek

hastaların aileden, arkadaştan ve özel bir insandan algıladıkları sosyal destek dereceleri arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, ölçekten alınan maksimum puan düşünüldüğünde, vakaların sosyal destek algılarının her iki cinsiyette de ortalama düzeyde olduğu görülmektedir. İÖÖ Toplam puanı ile ÇBASDO-Toplam, ÇBASDÖ-Aile, ÇBASDÖ-Arkadaş ve ÇBASDÖ-Özel Bir İnsan alt ölçekleri arasında negatif ilişki görülmesi ve intihar olasılığını yordayan üçüncü değişkenin algılanan sosyal destek düzeyi olması, sosyal destek sistemlerinin yeterli olmasının intihar davranışında koruyucu bir faktör olduğu (Neeleman 2002; Greening 2002) ve sosyal destek algısının düşük olmasının önemli bir yordayıcı olduğu (Devrimci Özgüven ve arkadaşları 2003; Coyne ve Downey 1991) yolundaki bulguları desteklemektedir.

Çalışmada dikkati çeken bir diğer bulgu da, intihar girişimi tetikleyicilerine bakıldığında, her iki cinsiyette de “yalnızlık duyguları”nın ilk sırada gelmesidir (erkekler için %64.3, n=9; kadınlar için %100, n=18). Bu bulgu intihar vakalarında yaşanan yardımsızlık ve yalnızlık duygularının yoğunluğunu ve desteksizlik hissini vurgulayan literatür bilgileriyle uyumlu görünmektedir (Coyne ve Downey 1991).

Vakaların indeks intihar girişiminden bir yıl sonraki intihar olasılıklarını belirleyen risk faktörlerini incelemek için yapılan analizde yaşam olaylarının stres verici etkisi, yetersiz olarak algılanan sosyal destek sistemleri ve hostilite belirtilerinin anlamlı yordayıcılar olduğu saptanmıştır. İntihar girişimlerinden önce yaşam olaylarının stres verici etkisi artmakta, sosyal destek sistemleri daha yetersiz algılanmakta ve hostilite belirtileri ortaya çıkmaktadır.

5- SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada sonuçlar yorumlanırken, örneklem grubunun küçüklüğü, ortalama bir yıl sonra yapılan izlem görüşmesinde araştırılan tüm bilgilerin eksiksiz olarak elde edilebilmesinin güçlüğü, kontrol grubunun yokluğu göz önünde tutulmalıdır.

Çalışmada intihar olasılığı açısından incelenen risk faktörleri, intihar girişimcilerini genel olarak tanımlayan ve literatürde sıkça ilişki varlığı ortaya konulan değişkenlerden olduğundan, çalışmada elde edilen veriler, intihar davranışlarının öngörülmesi için kullanılabilmesinin yanı sıra özellikle intihar girişimlerine müdahale ve intihar girişimi sonrası tedavi açısından hedef oluşturabilecek durumlara da işaret etmektedir.

Bu çalışmadaki vakaların çoğunluğunu, konu ile ilgili literatür ile benzer bir biçimde 15-34 yaş aralığındaki genç erişkinler, ekonomik olarak inaktif kişiler oluşturmaktadır. Yine literatür ile uyumlu olarak, özellikle ergen grubunda kendini yaralayıcı davranışların intihar girişimiyle sıklıkla bir arada bulunduğu, ailede intihar girişimi öyküsü ve özellikle erkeklerde alkol bağımlılığı sıklığının yüksek olduğu, başta hostilite olmak üzere depresyon, anksiyete ve psikotizmin intihar olasılığını değerlendirmede önemli belirtiler olduğu saptanmıştır.

Görüşme yapılan 32 vakadan hiçbirisi indeks girişimden sonraki bir yıl içinde bu davranışlarını yinelememiştir. Ancak vakaların bir yıl sonraki kesitsel intihar olasılığı puanları yüksektir ve bu puanı yordayan üç faktör; algılanan sosyal desteğin düşük olması, hostilite belirtileri ve yaşam olayları-stres puanıdır. Bunlar sosyal destek sistemlerinin yetersiz olarak algılanmasının intihar olasılığını artırdığını, bunun en çok hostilite belirtileri ile kendini gösterdiğini ve intihar girişimlerinden önce yaşam olaylarının stres verici etkilerinin daha fazla hissedildiğini düşündürmektedir.

Bu çalışma intihar girişimi vakaları ile yüz yüze görüşülerek yapılan bir izlem çalışması olması bakımından önemlidir. Çalışmada tekrarlayıcı intihar girişimlerinde etkili olabilecek bazı risk faktörleri ortaya konulmuş ve bu risk faktörlerine ilişkin literatüre katkı sağlayacak bulgulara ulaşılmıştır. Vaka sayısının kısıtlı olması ve evreni temsil etme özelliğinin bulunmaması genelleme yapmayı engellemektedir. Aynı alanda yapılacak yeni çalışmaların daha fazla sayıda vaka içermesi ve bu vakaların ilk başvurularının da araştırma kapsamında ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesi, vakaların izlenmesinde ölçek uygulamanın yanında düzenli ve standardize takip görüşmelerini içeren daha etkili yöntemlerin kullanılması gereklidir. Ayrıca vakalardaki stres düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan skalanın (YOS), özellikle ergenlerle ilgili yaşam olaylarını belirlemede yetersiz olduğu, bu konuyla ilgili yeni ölçeklerin geliştirilmesinin yararlı olacağı izlenimi edinilmiştir.

ÖZET

2005 Yılında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odasına Başvuran İntihar Girişimi Vakalarının Bir Yıl Sonraki Ruhsal Durumları Ve İntihar Davranışını Yineleme Riskleri

Araştırmada, 2005 yılında A.Ü. Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Acil Servisi Kriz Odasına intihar girişimi ile başvuran 113 vakaya 1 yıl sonra ulaşılarak çalışmaya katılmayı kabul eden 32 vaka retrospektif olarak intihar nedenleri ve tetikleyicileri açısından değerlendirilmiş, son zamanlardaki yaşam olayları, şu andaki ruhsal durumları, sosyal destekleri ve bu değişkenler doğrultusunda intihar girişimini yineleme olasılıkları saptanmıştır. Ölçme değerlendirme araçları olarak; Kişisel Bilgi Formu, İntihar Girişiminin Nedenleri Listesi, İntihar Girişimini Tetikleyen Faktörler Listesi, Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Yaşam Olayları Skalası ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmaya davet edilen 113 vakadan 32'si çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Bu 32 vakanın ortalama yaşı 27.81 ± 9.94 (16-55), 18'i kadın (%56.3), 14'ü erkektir (%43.8). Kadın/erkek oranı 1.3'dür. Araştırmaya katılan vakaların 22'si bekâr (%68.8), 9'u evli (%28.1), 1'i boşanmıştır (%3.1) ve 3'ü ilkokul (%9.4), 8'i ortaokul (%25.0), 12'si lise (%37.5) ve 9'u yüksekokul (%28.1) mezunudur. Araştırmaya katılan 32 vakadan 6'sı ev hanımı (%18.8), 7'si öğrenci (%21.9), 6'sı işsiz (%51.8), 2'si emekli (%6.3) ve kalan 11'i (%34.4) ise ücretli olarak bir işte aktif olarak çalışmaktadır. Erkeklerde ücretli çalışanlar, kadınlarda ise ekonomik bakımdan inaktif olanlar çoğunluğu oluşturmaktadır.

Bu çalışmadaki vakaların çoğunluğunu, konu ile ilgili literatür ile benzer bir biçimde 15-34 yaş aralığındaki genç erişkinler, ekonomik olarak inaktif kişiler oluşturmaktadır. Yine literatür ile uyumlu olarak, özellikle ergen grubunda kendini yaralayıcı davranışların intihar girişimiyle sıklıkla bir arada bulunduğu, ailede intihar

girişimi öyküsü ve özellikle erkeklerde alkol bağımlılığı sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur. Başta hostilete olmak üzere depresyon, anksiyete ve psikotizmin intihar olasılığını değerlendirmede önemli belirtiler olduğu saptanmıştır. Görüşme yapılan 32 vakadan hiçbirisi indeks girişimden sonraki 1 yıl içinde bu davranışlarını yinelememiştir. Ancak vakaların 1 yıl sonraki kesitsel intihar olasılığı puanları yüksektir ve bu puanı yordayan en önemli üç faktör, algılanan sosyal desteğin düşük olması, hostilete belirtileri ve yaşam olayları-stres puanıdır. Sosyal destek sistemlerinin yetersiz olarak algılanmasının intihar olasılığını artırdığı, bunun en çok hostilete belirtileri ile kendini gösterdiği ve intihar girişimlerinden önce yaşam olaylarının stres verici etkilerinin daha fazla hissedildiği anlaşılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: İntihar Girişimi, İntihar Olasılığı, Psikiyatrik Belirtiler, Sosyal Destek Algısı, Yaşam Olayları

SUMMARY

The Psychological Conditions Of And The Risks Of Repeating Suicide Behaviours For The Suicide Attempt Cases In The Following Year After They Came To The Crisis Unit Of The Ankara University Ibn-i Sina Hospital Emergency Service In 2005

In the study, 113 cases that came to the Ankara University, Faculty of Medicine, İbni Sina Hospital Emergency Service Crisis Unit for suicide attempt in 2005 have been reached in the following year and 32 cases have accepted to participate in the study. These 32 cases have been retrospectively evaluated for the causes and precipitant factors of the suicide; their recent life events, present psychological conditions, social supports and the probability to repeat the suicide attempt have been determined according to these variables. Personal Information Form, List of the Causes of the Suicide Attempt, List of the Precipitant Factors of the Suicide Attempt, Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support, Brief Symptom Inventory, Life Events Scale and Suicide Probability Scale have been applied as measurement and evaluation instruments.

Thirtytwo cases among 113 cases that were invited to the study have accepted to participate in the study. The average age of these 32 cases is 27.81 ± 9.94 (16-55), of whom 18 are female (%56.3) and 14 are male (%43.8). The female/male ratio is 1.3. Among the cases who participated in the study, 22 of them are single (%68.8), 9 of them are married (%28.1), 1 (%3.1) of them has divorced. Three of them are primary school graduates (%9.4), 8 of them are secondary school graduates (%25.0), 12 of them are high school graduates (%37.5) and 9 of them are university graduates (%28.1). Among 32 cases participating in the study, 6 of them are housewives (%18.8), 7 of them are students (%21.9), 6 of them are unemployed (%51.8), 2 of them are retired (%6.3) and the remaining 11 are working in a job with a wage

(%34.4). Employees with a wage among men and economically inactive individuals among women constitute the majority.

As similar to the literature on this issue, young adults between 15-34 ages and economically inactive people composed the majority of the cases in this study. In conformity with the literature again, it has been determined that self-mutilation behaviours frequently coexist with the suicide attempt especially in the adolescent group; the frequency of the history of suicide attempt in the family, and alcohol addiction especially among men are high in this group. Symptoms of hostility in the first instance, then depression, anxiety and psychotism are significant symptoms to evaluate suicide probability. Within 1 year following the index attempt, none of the 32 cases interviewed has repeated this behaviour. However, the cross-sectional suicide probability scores of the cases in the following year are high and there are three factors that predict this score which are the low level of the perceived social support, hostility symptoms and life events-stress scores. It is understood that when social support systems are perceived as inadequate, suicide probability increases; it shows itself mostly with the hostility symptoms and the stressful effects of the life events are much more felt prior to the suicide attempts.

Keywords: Suicide Attempt, Suicide Probability, Psychiatric Symptoms, Social Support Perception, Life Events

KAYNAKLAR

- ABRAMSON, L.Y.; METALSKY, G.I.; ALLOY, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96: 358-372.
- AĞARGÜN, M.Y. (1993). İntihar teşebbüsünde bulunan alkol bağımlılarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- AKDUR, R. (1996). Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Tez Yapma Rehberi (Projelendirme Uygulama Rapor Yazma). Ankara.
- ARENSMAN, E. & KERKHOF, A. (1996). A: Classification of attempted suicide: A review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26: 46-67.
- ARKUN, N. (1963). İntiharın Psikodinamikleri, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi, s: 743-744.
- ASBERG, A. (1997). Neurotransmitters and suicidal behavior: The evidence from cerebrospinal fluid studies. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: Annals of the New York Academy of Sciences, s: 158-181.
- ASBERG, A.; NORDSTRÖM P.; TRASKMAN-BENZ, L. (1986). Biological factors in suicide. *Suicide*, A Roy (ed), Baltimore: Williams & Wilkins, s: 47-71.
- AYSEV, A. (1992). İntihar girişimi olan çocuklarda yaşam olayları. *Kriz Dergisi*, 1(1): 17-21.
- BEAUTRAIS, A.L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study. *Am Journal Psychiatry*, 160 (6): 1093-1099.
- BECK, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- BILLE BRAHE, U. & JUEL NIELSEN, N. (1986). Trends in attempted suicide in Denmark. 1976-1980. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16: 46-55.

- BILLE BRAHE, U.; SCHMIDTKE, A.; KERKHOF, A.J.F.M.; DE LEO, D.; LÖNNQVIST, J.; PLATT, S. (1994). Background and introduction to the study. In: Attempted suicide in Europe, Chapter 1, Leiden University, The Netherlands: DSWO Press, p: 3-15.
- BILLE BRAHE, U.; SCHMIDTKE, A.; KERKHOF, A.J.F.M.; DE LEO, D.; LÖNNQVIST, J.; PLATT, S.; SAMPAIO FARIA, J. (1995). Background and introduction to the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Crisis*, 16(2): 72-84.
- BILLE BRAHE, U.; EGEBO, H.; CREPET, P.; DE LEO, D.; HJELMELAND, H.; KERKHOF, A.J. F.M.; LÖNNQVIST, J.; MICHEL, K.; SALANDER RENBERG, E.; SCHMIDTKE, A.; WASSERMAN, D. (1999). Social support among European suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 5: 215-231.
- BOYD, J.H. (1983). The increasing rate of suicide by firearms. *New England J Medicine*, 308: 872-874.
- CLAYTON, P.J. (1985). Suicide. *Psychiatric Clinics of North America*, 8(2): 203-214.
- CONNER, K.R.; CONWELL, Y.; DUBERSTEIN, P.R. (2001). The validity of Proxy-based data in suicide research: A study of patients 50 years of age and older who attempted suicide: Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand*, 104 (6): 452-457.
- COOPER, J.; APPLEBY, L.; AMOS, T. (2002). Life events preceding suicide by young people. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 37(6): 271-275.
- COYNE, J.C. & DOWNEY, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42: 401-425.
- CULLI, J.G. & GILL, W.S. (1990). Suicide Probability Scale: Manuel. Los Angeles: Western Psychological Services.
- CURRAN, D.K. (1987). Adolescent Suicidal Behavior. New York: Hemisphere. s: 61-101.
- ÇAKIR, Y. (1993). 12-22 Yaş Grubundaki Gençlerde Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Araştırması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

- DE LEO, D. & ORMSKERK, S.C.R. (1991). Suicide in the elderly: General Characteristics. *Crisis*, 12(2): 3-17.
- DE WILDE, E.J.; KIENHORST, C.W.; DIEKSTRA, R.F.; WOLTERS, W.H. (1994). Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence*, Spring, 29(113): 49-60.
- DEROGATIS, L.R. (1992). The Brief Symptom Inventory (BSI), Administration, Scoring and Procedures Manuel II: Clinical Psychometric Research Inc.
- DEROGATIS, L.R. & LAZARUS, L. (1994). SCL-90R, Brief Syptom Inventory and Matching Clinical Scales. In Maruish ME(Ed.). The use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment. Lawrence E, New Jersey, 217-248.
- DEVİRİMCİ ÖZGÜVEN, H. (2002). İntiharların ve intihar girişimlerinin epidemiyolojisi, (içinde) İntihar, Editör: Sayıl I, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir: Meta Basım.
- DEVİRİMCİ OZGUVEN, H. & SAYIL, I. (1999). Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne Bir Yıl Boyunca Başvuran Yeni Vakaların Sorun Alanları ve Tanılarına Göre Değerlendirilmesi, *Kriz Dergisi*, 6: 1, 7-12.
- DEVİRİMCİ ÖZGÜVEN, H. & SAYIL, I. (2003). Suicide attempts in Turkey: Results of the WHO-EURO multicentre study on suicidal behavior. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (5): 324-329.
- DEVİRİMCİ ÖZGÜVEN, H.; SOYKAN, Ç.; HARAN, S. (2003a). İntihar Girişimlerinde Sorun Alanları ve Tetikleyiciler, *Kriz Dergisi*, 11: 1, 13-24.
- DEVİRİMCİ ÖZGÜVEN, H.; SOYKAN, Ç.; HARAN, S.; GENÇÖZ, T. (2003b). "İntihar Girişimlerinde Depresyon ve Kaygı Belirtilerinin Yanısıra Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi", *Türk Psikoloji Dergisi*, 18: 52, 1-11.
- DİE (T.C. BAŞBAKANLIK DEVLER İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ), (1999). İntihar İstatistikleri, 1997. Ankara:Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.
- DİE (T.C. BAŞBAKANLIK DEVLER İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ), (2006). İntihar istatistikleri, 2003. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

- DIEKSTRA, R.F.W. ; GRAAF, A.C.; VAN EGMOND, M. (1984). On the epidemiology of attempted suicide: A sample-survey study among general practitioners. *Crisis*, 5(2): 108-118.
- DURKHEIM, E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. London: Routledge and Kegan.
- DURKHEIM, E. (1992). İntihar. Çev: Özer Ozankaya, İkinci Baskı, Ankara: İmge Kitabevi, No: 47.
- ESKİN, M. (2003). İntihar-Açıklama, Değerlendirme, Tedavi, Önleme, Birinci Baskı, Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- GİDİŞ, D.; KAYA, N.; ÇİLLİ, A.S.; ÖZKAN, İ.; ŞAHİNOĞLU, U. (1997). Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 5(1): 37-42.
- GOULD, M.S.; KRAMER, R.A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31: 6-31.
- GREENING, L. & STOPPELBEIN, L. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents perceived risk for suicide. *Suicide Life-Threatment Behavior*, 32(4): 404-417.
- HAWTON, K. (1994). Suicide and attempted suicide. In: *Essential Psychiatry*, Ed.: Nicholas D. B. Rose, Bölüm:19, İkinci Baskı, Oxford, Blackwell Scientific Publications, p: 243-254.
- HAWTON, K. & FAGG, J. (1990). Deliberate self-poisoning and self-injury in older people. *Int J. Geriatr Psychiatry*, 5: 367-373.
- HAWTON, K. & FAGG, J. (1995). Repetition of attempted suicide: the performance of the edinburg predictive scales in patients in Oxford. *Archives of Suicide Research*, 1: 261-272.
- HEIKKINEN, M. & ARO, H. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatr Scand*, Supply 377: 65-72.
- HENRY, A.F. & SHORT, J.F. (1954). *Suicide and homicide*. New York: Free Press.

- HOLMES, T.H. & RAHE, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.
- HUFFORD, M.R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychological Review*, 21(5): 797-811.
- ISOMETSA, E.T.; LÖNNQVIST, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173: 531-535.
- JOINER, T.E. & RUDD, M.D. (2000). Parameters of suicidal crisis vary as a function of previous suicide attempts in youth inpatients. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 39: 7.
- KAPLAN, H.I. (1994). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. (1994). *Synopsis of Psychiatry*, 7. Baskı. Baltimore: Williams & Wilkins Publishers.
- KAYA, N. (1999). Neden İntihar Ediyorlar, İstanbul: Nesil Basım Yayım, s: 12-147.
- KERKHOF, J.F.M. (2000). In: *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chapter:3, Ed.: K. Hawton and Van Heeringen, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- KING, C.A.; SEGAL, H.; KAMINSKI, K.; NAYLOR, M.W.; GHAZIUDDIN, N.; RADPOUR, L. (1995). A prospective study of adolescent suicidal behavior following hospitalization. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (3): 327-338.
- KINGDON, D. & JENKINS, R (1995). "The health of the nation": Suicide prevention in England. *Italian J Suicidology*, 5 (1): 9-17.
- LESTER, D. (1987). *Suicide as a learned behavior*. Springfield: Charles C. Thomas.
- LESTER, D. & LINDSLEY, L.K. (1988). Inward and outward irritability in the suicidally inclined. *Journal of General Psychology*, 115: 37-39.
- LINEHAN, M.M.; CAMPER, P.; CHILES J. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 11: 1-12.

- McGUIRE, M.T.; RALEIGH, M.J.; JOHNSON, C. (1983). Social dominance in adult vervet monkeys: Behavior-biochemical relationship. *Social Science Information*, 22: 311-328.
- MENINGER, K. A. (1966). Diagnosis and threathment of adolescent depression. *Clinical Advances in the threathment of Psyhiatric Disorders*, 4: 8-10.
- MITCHELL, J.V. (1985). The Ninth Mental Measurements Yearbook. Nebraska: The University of Nebraska Press.
- MICHEL, K. (1987). Suicide risk factors: A comparison of suicide attempters with suicide completers. *Britian Journal Psychiatry*, 150: 78-82.
- MORGAN, H.G.; BURHS-COX, C.J.; POCOCK, H. & POTTLE, S. (1975). Deliberate self-harm: clinical and socio-economic characteristics of 368 patients. *Britian Journal Psychiatry*, 127: 564-574.
- MURPHY, G. & WETZEL, R. (1982). Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *Journal of Nervous and Mental Diesase*, 170: 86-90.
- NEELAMAN, J. (2002). Beyond risk theory: suicidal behavior in its social and epidemiological context. *Crisis* 23(3): 114-120. Review.
- NORDSTROM, P.; SAMUELSSON, M.; ASBERG, M. (1994). CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24: 1-9.
- ODAĞ, C. (1995). İntihar, İzmir Psikiyatri Derneği, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- OSTAMO, A.; LAHELMA, E.; LONNQVIST, J. (2002). Determinants of attempted suicide in urban environment. *Nord. J. Psychiatry*, 56 (6): 451-456.
- OSVATH, P.; FEKETE, S. & ABRAHAM, I. (2001). Physical illness and suicidal behavior. *Orv Hetil* 142 (3): 127-131.
- OVENSTONE, I.M.K. & KREITMAN, N. (1994). Two Syndromes of Suicide. *British Journal of Psychiatry*, 123: 35-39.
- PALABIYIKOĞLU, R. (1993). İntihar davranışında ailenin rolü ve önemi. *Kriz Dergisi*, 1 (1): 62-68.

- PALABIYIKOĞLU, R.; ORAL, A.; BİNİCİ, S.A.; HARAN, S. (1997). İntihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 5(1): 25-32.
- PANDEY, G.N. (1997). Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *The Neurobiology of Suicide: From the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (ed.), New York: New York Academy of Sciences, 182-200.
- PARACIKOĞLU, V. (2003). İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s: 13.
- PENN, J.V.; ESPOSITO, C.L.; SCHAEFFER, L.E.; FRITZ, G.K & SPIRITO, A. (2003). Suicide attempt and self-mutilative behavior in a Juvenile correctional facility. *Journal Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 42(7): 762-769.
- PFEFFER, C.R.; HURT, S.W.; KAKUMA, T.; PESKIN, J.R.; SIEFKER, C.A. (1994). Suicidal children grown up: Suicidal episodes and effects of treatment during fallow-up. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 33: 225-230.
- PLATT, S.; BILLE-BRAHE, U.; KERKHOF, A.; SCHMIDTKE, A.; BJERKE, T.; CREPET, P.; DE LEO, D.; HARING, C.; LONNQVIST, J. & MICHEL, K. (1992). Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*, 85(2): 97-104.
- RALEIGH, M.J.; McGUIRE, M.T.; BRAMMER, G.L. (1984). Social and environmental influences on blood serotonin concentrations in monkeys. *Archives of General Psychiatry*, 41: 405-410.
- RAO, U.; WEISSMANN, M.M.; MARTIN, J.A.; HAMMOND, R.W. (1993). Childhood depression and risk of suicide: A preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*, 32: 21-27.
- RICH, C.L.; YOUNG, D.; FOWLER, R.C. (1986). San Diego suicide study. *Arc Gen Psychiatry*, 43: 577-582.
- ROSENSTOCK, H.A. (1985). Depression suicidal ideation and suicide attempts in 900 adolescents: An analysis, *Crisis*, 6(2): 89-105.
- ROY, A. (1992). Genetics, biology and suicide in the family. Assessment and Prediction of Suicide, RW Maris ve ark. (Ed.), New York: Guilford Press, s: 574- 588.

- ROY, A. (1994). Recent biological studies on suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24: 10-14.
- ROY, A.; RYLANDER, G.; SARCHIAPONE, M. (1997). Genetics of suicide: family studies and molecular genetics. *The Neurobiology of Suicide: from the Bench to the Clinic*, DM Stoff ve JJ Mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, s: 135-157.
- RUBENOWITZ, E. & WAERN, M. (2001). Life Events and Psychosocial Factors in Elderly Suicides- a case- Control Study. *Psychological Medicine*, 31, 1193-1202.
- SADDOCK B.J. & SADDOCK, V.A. (2002). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- SAKINOFSKY, I. (2000). Repetition of Suicidal Behavior. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 385-404.
- SAYIL, I. (1987). İntiharlar. Acil psikiyatri. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, No: 448, Ankara Üniversitesi Basımevi, s: 81-89.
- SAYIL, I.; ORAL, A.; GÜNEY, S.; AYHAN, N.; AYHAN, Ö.; DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, H. (1993). Ankara'da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma, *Kriz Dergisi*, 1 (2): 56-61.
- SAYIL, I.; BERKSUN, E.O.; PALABIYIKOĞLU, R.; ORAL, A.; HARAN, S.; GÜNEY, S.; BİNİCİ, S.; GEÇİM, S.; BEDER, A.; ÖZAYAR, H.; BÜYÜKÇELİK, D.; DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, H. (1995). Attempted suicides in Ankara in 1995. *Suicide Prevention: The Global Context*. Kosky R, Eskevare HS, Goldney RD, Hassan R (Eds.). Plenum, N.Y. pp: 201-204.
- SAYIL, I.; BERKSUN, E.O.; PALABIYIKOĞLU, R.; ORAL, A.; HARAN, S.; GÜNEY, S.; BİNİCİ, S.; GEÇİM, S.; YÜCAT, T.; BEDER, A.; ÖZAYAR, H.; BÜYÜKÇELİK, D.; OZGUVEN, H.D. (1998). "Attempted Suicides in Ankara in 1995", *Crisis*, 19: 1, 47-48.
- SAYIL, I.; BERKSUN, E.O.; PALABIYIKOĞLU, R.; DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, H.; SOYKAN, Ç.; HARAN, S. (2000a). *Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No:6, Ankara: Damla Matbaacılık, s: 218-226.

SAYIL, I.; BERKSUN, E.O.; PALABIYIKOĞLU, R.; DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, H.; SOYKAN, Ç.; HARAN, S. (2000b). Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No:6, Ankara: Damla Matbaacılık, s: 165-178.

SAYIL, I. & DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, H. (2002). Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behavior. *Crisis*, 23(1): 11-16.

SAYIL, I & DEVRİMCİ, ÖZGÜVEN, H. (2004). Suicidal Behaviour of Turkey, (in) Suicidal Behaviour in Europe, Editors: a. Schmidtke, D. De Leo, U. Bille-Brahe & A. Kerkhof Hogrefe and Huber Publisher, Göttingen, p: 225-232.

SCHMIDTKE, A. (1997). Perspective: suicide in Europe. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 27(1): 127-136.

SCHMIDTKE, A.; BILLE BRAHE, U.; DE LEO, D.; KERKHOF, A.; BJERKE, T.; CREPET, P.; DEISENHAMMER, E.; HAWTON, K.; LONNQVIST, J.; MICHEL, K.; POMMEREAU, X.; QUEREJETA, I.; PHILLIPE, I.; SALANDER RENBERG, E.; TEMESVARY, B.; WASSERMAN, D.; SAMPAIO-FARIA, J.G. & WEINACKER, B. (1994). Rate and trends of attempted suicide in Europe 1989-1992. In: Attempted Suicide in Europe, Chapter 13, Leiden University The Netherlands: DSWO Pres, p: 209-229.

SCHMIDTKE, A.; BILLE BRAHE, U.; DE LEO, D.; KERKHOF, A.; BJERKE, T.; CREPET, P.; HARING, C.; HAWTON K, LONNQVIST, J.; MICHEL, K.; POMMEREAU, X.; QUEREJETA, I.; PHILLIPE, I.; SALANDER RENBERG, E.; TEMESVARY, B.; WASSERMAN, D.; FRICKE, S.; WEINACKER, B.; SAMPAIO FARIA, J.G. (1996). Attempted suicide in europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989- 1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 327-338.

SORIAS, S. (1982). Hasta ve Normallerde Yaşam Olaylarının Stres Verici Etkilerinin Araştırılması.Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

STENAGER, E. N. & STENAGER, E. (2000). In: The International handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chapter: 22, Ed.: K. Hawton and K. Van Heeringen, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

STOCKMEIER, C.A. (1997). Neurobiology of serotonin in depression and suicide. The Neurobiology of Suicide: from the Bench to the Clinic, DM Stoff ve JJ mann (Ed.), New York: New York Academy of Sciences, s: 135-157.

- ŞAHİN, N.H. & DURAK, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk Gençleri İçin Uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31): 44-56.
- VAN PRAG, H.M. (1986). Biological suicide research: Outcome and limitations. *Biological Psychiatry*, 21: 1305-1323.
- WELCH, S.S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52 (5): 369-375.
- WHO (2001). Suicide statistics, World Health Organization, Geneva.
- ZIMET, G.; DAHLEM, N.; ZIMET, S.; FARLEY, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social , Support. *Journal of Personality Assesment*, 52(1): 30-41.
- ZONDA, T. (1991). A longitudinal folow-up study of 583 attempted suicides. Based on Hungarian material. *Crisis*, 12(1): 48-57.
- ZOROĞLU, S.S.; TÜZÜN, U.; SAR, V.; TUTKUN, H.; SAVAŞ, H.A.; ÖZTÜRK, M.; ALYANAK, B.& KORA, M.E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clinical Neurosci*, 57(1): 119-126.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bireysel, sosyal ve ailelere ait bazı özellikler hakkında bilgi toplamak amacıyla hazırlanan bu form çeşitli soruları içermektedir. Bu sorularla kimliğiniz arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Bu nedenle isim gibi tanıtıcı bilgiler vermeden formda bulunan tüm soruları doğru bir şekilde yanıtlamanız çalışmanın amacına yardımcı olacaktır.

1- Yaşınız:

.....

2- Cinsiyetiniz:

a) Kadın

b) Erkek

3- Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekâr

c) Boşanmış

d) Dul

4- Eğitim Düzeyiniz:

a) Okur-yazar değil

b) Okur-yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Yüksekokul

5- Eğitim Süresi:

.....yıl

6- Mesleğiniz:

a) Ev Hanımı

b) Memur / İşçi

c) Öğrenci

d) İşsiz

e) Serbest / Özel

f) Emekli

7- Kimlerle yaşıyorsunuz:

a) Ailemle

b) Arkadaşlarımla

c) Yalnız

d) Diğer.....

8- Alkol, Madde Bağımlılığı ve Kötüye Kullanımı:

- a) Var b) Yok

9- Ailede İntihar Girişimleri:

- a) Var b) Yok

10- Ailede Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Var mı:

- a) Var b) Yok

11- Kendinizi Yaralayıcı Davranışlar:

- a) Var b) Yok

12- İntihar Girişiminizden önce herhangi bir psikiyatrik tedavi gördünüz mü:

- a) Evet b) Hayır

13- İntihar Girişiminizden sonra herhangi bir psikiyatrik tedavi gördünüz mü:

- A) Evet b) Hayır

14- Eğer Tedavi gördü iseniz, nerede:

.....

15- İntihar Girişim Sayısı:

- a) 1 b) 2 ve daha fazla

YAŞAM OLAYLARI SKALASI

Aşağıda insanların yaşantıları boyunca karşılaşılabilecekleri olayların bir listesi vardır. Amacımız yakın zamanda bu olaylardan hangilerinin başınızdan geçtiğini öğrenmektir. Bunun için olayları dikkatle okuyarak her biri için ayrı ayrı belleğinizi yoklamanızı istiyoruz.

Her satırın karşısında yan yana iki sütun vardır. İlk sütuna o satırda yazılı olan olayın, geçtiğimiz 6 ay içinde başınızdan geçip geçmediğinizi kaydediniz. Söz konusu **OLAY son 6 ay içinde başınızdan geçtiyse, “EVET” , başınızdan hiç geçmediyse ya da 6 aydan eski ise “HAYIR” diye belirtiniz.** Listede başınızdan geçme olasılığı hiç bulunmayan olaylar da vardır. Örneğin bir erkek için doğum yapmak, ya da bir ev hanımı için işten çıkarılma hiçbir zaman söz konusu olamaz. Doğal olarak bunları “Hayır” diye işaretleyeceksiniz.

OLAY

Stres Puanı

1- Evlenme	26
2- Amir ya da iş arkadaşları ile geçimsizlik	55
3- Hapse mahkûm olma	86
4- Eşin ölümü	90
5- Uyku düzeninin büyük değişim	50
6- Anne ya da babanın ölümü	87
7- Doğum yapma	47
8- Büyük oranda borca girme	72
9- Yakın bir dostun ölümü	66
10- Çocuk düşürme ya da ölü doğum yapma	68
11- Evlilik dışı hamile kalma	83
12- Eş ile yeniden barışma	36
13- Eşin ailesi ile önemli geçimsizlik	56

OLAY	Stres Puanı
14- Evde yaşlı hasta akrabaya bakma	50
15- Eşin hamile kalması	22
16- Anne baba ile ciddi anlaşmazlık	64
17- Ağır biçimde yaralanma, kaza geçirme, yaralanma	75
18- İlmli para sıkıntısı	50
19- Menopoz	52
20- İstenmeyen gebelik	65
21- Yakın akraba ya da dostun ciddi aile sorunu	52
22- Hakkında kötü söylentiler yüzünden çevre tarafından itilme	72
23- Akrabalarla birlikte oturmak zorunda kalmak	58
24- Emekliye ayrılma	31
25- Olağan dışı kişisel başarı	17
26- Yeni bir işe girme, yeni iş kurma	31
27- Yurt dışına gitme	34
28- Terör ya da anarşi nedeniyle güvensiz ortamda yaşama	72
29- Eş tarafından aldatılma	87
30- Büyük parasal kayıp, büyük ekonomik sıkıntı	76
31- Yemek alışkanlıklarında büyük değişim	40
32- Gözaltına alınma ya da sorguya çekilme	73
33- Görev gereği başka şehre tayin edilme	48
34- Ev yaptırma ya da ev alma	24
35- İşten çıkarılma	76
36- Değerli bir kişisel eşyanın kaybı	60
37- Çocuğun ölümü	92
38- Çocuğun ağır biçimde hastalanması, sakatlanması	85
39- İstemediği bir evlilik yapma	83
40- Sevgiliden ayrılma	65

OLAY	Stres Puanı
41- Anne babanın geçimsizliği ya da ayrılması	78
42- Eğlence ve dinlenme biçim ve miktarında büyük değişim	36
43- Yaşam koşullarında büyük değişim	49
44- Sosyal faaliyetlerde önemli değişim	36
45- Anne ya da babanın ağır biçimde hastalanması kaza geçirmesi, yaralanması	78
46- Ailenin onayı dışında evlenme	58
47- Köyden kente gelme	42
48- Bir aylık işsizlik	54
49- Üniversiteye girememe	60
50- Hukuki anlaşmazlık sonucu birisiyle mahkemelik olma	56
51- Eş ile ciddi anlaşmazlık	77
52- Nişanlanma	16
53- İstenen gebelik	14
54- Çocuğa anne ya da kayınvalidenin bakması	36
55- Çocuğun hafif hastalığı	45
56- Aile onayı dışında nişanlanma	54
57- Eşin ağır biçimde hastalanması, kaza geçirmesi, yaralanması	79
58- Anne ya da babanın çalışmak üzere yurt dışına gitmesi	55
59- Oğlun askere gitmesi	41
60- Kişisel alışkanlıklarda büyük değişim	44
61- Çocuk aldırma (kürtaj)	60
62- Yakın bir akrabanın ölümü	68
63- Ölen ya da çalışan bir akrabanın çocuğuna bakma	48
64- Kendi ailesi ile eşi arasında önemli geçimsizlik	65
65- İşte derece ya da rütbenin indirilmesi	71
66- Okul değiştirme	41

OLAY**Stres****Puanı**

67- Ek iş tutuma ya da hem okuyup hem çalışma	44
68- Kiracı olarak oturulan evden çıkarılma	58
69- Çocuğun sünnet olması	23
70- İşte çalışma koşullarının bozulması	62
71- Boşanma	73
72- Eş ile ılımlı tartışmalar	41
73- Çocuğun nişanlanması	19
74- Eşin doğum yapması	27
75- İş, okul gibi zorunlu nedenlerle anne babadan ayrı düşme	49
76- Askere gitme	40
77- Başka kente göç etme	45
78- Dinsel alışkanlıklarda önemli değişimler	45
79- İş başarısızlığı	66
80- Okul bitirme	15
81- Zor bir sınava hazırlanma, ağır dersler	52
82- Bir aydan daha uzun süre işsiz kalma, iş bulamama	65
83- Ev değiştirme, taşınma	46
84- İş saatlerinin değişmesi	31
85- Anlaşmazlık sonucu eşle ayrı yaşama	67
86- Cinsel sorunlar	65
87- Çocuğun onaylanan evliliği	16
88- Kendi onayı dışında çocuğun evlenmesi	57
89- İstenmeyen doğum	61
90- Ilımlı oranda borca girme	41
91- Yakın akraba ya da arkadaşın önemli hastalığı	54
92- Aile üyelerinin birlikte oluş sayılarında değişiklikler	42
93- Önemli bir kişiden ayrılma	58
94- Tutuklanma ya da mahkemeye verilme	76

OLAY**Stres****Puanı**

95- Yakın bir akraba ile önemli geçimsizlik	56
96- Eve yeni birisinin gelmesi	35
97- Okul başarısızlığı	60
98- İş koşullarının değişmesi	47
99- İş biçiminin değişmesi	45
100- Okulu bırakmak zorunda kalmak	67
101- Okula girme	18
102- Terfi etme	12
103- İstemediği işte çalışma, istemediği göreve verilme	61
104- İstemediği okula girme	57
105- Önemli bir sınava girme	50
106- Tatile çıkma	10
107- Nişanlı ile ciddi anlaşmazlık	58
108- Anlaşmazlık dışında bir nedenle eşten ayrı düşme (çalışma, okuma, askerlik gibi)	63
109- Borç ya da ipotegin haczedilmesi	74
110- Hafif bir biçimde hastalanma, kaza geçirme, yaralanma	49
111- Nişanlıdan ayrılma	58
112- Küçük suçlar nedeniyle ceza görme	37
113- Çocuğun evden ayrılması	67
114- Çocuğun okul başarısızlığı	62
115- Hanımın işe girmesi ya da işi bırakması	41
116- Evlilik dışı ilişkiye girme	68

İNTİHAR OLASILIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırasıyla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkta doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen her cümlelerin sağ tarafındaki seçeneklerden size en uygun olanının altındaki “D” harfini daire içine alarak işaretlemektir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfkelendiğim zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.	D	D	D	D
2	Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.	D	D	D	D
3	Ani ve kontrolsüz (dürtüsel) davrandığımı hissedirim.	D	D	D	D
4	Başkalarıyla paylaşmadığım kadar kötü şeyler düşünürüm.	D	D	D	D
5	Çok fazla sorumluluk yüklendiğimi düşünürüm.	D	D	D	D
6	Yapabileceğim daha bir çok yararlı şey olduğunu hissedirim.	D	D	D	D
7	Başkalarını cezalandırmak için intihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
8	Başkalarına karşı düşmanca duygular beslediğimi düşünürüm.	D	D	D	D
9	İnsanlardan koptuğumu hissedirim.	D	D	D	D
10	İnsanların bana ben olduğum için değer verdiklerini hissedirim.	D	D	D	D
11	Eğer ölürsem birçok insanın üzüleceğini hissedirim.	D	D	D	D
12	Öylesine yalnızlık hissedirim ki buna dayanamam.	D	D	D	D
13	Başkalarının bana karşı düşmanca duygular beslediklerini hissedirim.	D	D	D	D
14	Eğer hayata yeniden başlayabilsem yaşamımda bir çok değişiklik yapacağımı hissedirim.	D	D	D	D

		Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
15	Pek çok şeyi iyi yapamadığımı düşünürüm.	D	D	D	D
16	Beğendiğim bir işi bulmak ve sürdürmekte güçlüğüm var.	D	D	D	D
17	Gittiğim zaman hiç kimsenin beni özlemeyeceğini düşünürüm.	D	D	D	D
18	Benim için işler yolunda gidiyor gibi görünür.	D	D	D	D
19	İnsanların benden çok fazla şeyler beklediklerini hissederim.	D	D	D	D
20	Düşündüğüm ve yaptığım şeyler için kendimi cezalandırmam gerektiğini hissederim.	D	D	D	D
21	Dünyanın yaşamaya değer olmadığını hissederim.	D	D	D	D
22	Gelecek ile ilgili çok titiz bir şekilde plan yaparım.	D	D	D	D
23	Kendisine güvenebileceğim kadar çok arkadaşımın olmadığını düşünürüm.	D	D	D	D
24	Eğer ölmüş olsaydım, insanların daha rahat edeceğini hissederim.	D	D	D	D
25	Bu şekilde yaşamaktansa ölmenin daha az acılı olacağını hissederim.	D	D	D	D
26	Anneme duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissederim. (hissederdim)	D	D	D	D
27	Sevgilime duygusal açıdan daha yakın olduğumu hissederim. (hissederdim)	D	D	D	D
28	İşlerin düzeleceğine ilişkin umutsuzluk hissederim.	D	D	D	D
29	İnsanların beni ve yaptıklarımı onaylamadıklarını hissederim.	D	D	D	D
30	Kendimi nasıl öldüreceğimi düşündüm.	D	D	D	D
31	Para ile ilgili endişelerim var.	D	D	D	D
32	İntihar etmeyi düşünürüm.	D	D	D	D
33	Kendimi yorgun ve bir çok şeye ilgisiz hissederim.	D	D	D	D
34	Çok öfkelenince bazı şeyleri kırıp dökerim.	D	D	D	D
35	Babama duygusal açıdan yakın olduğumu hissederim.	D	D	D	D
36	Nerede olursam olayım mutlu olmadığımı hissederim.	D	D	D	D

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı ifadeler bulunmaktadır; bu ifadeleri okuyup, size en uygun seçeneği işaretleyerek belirleyiniz.

	Tamamen katılıyorum	Çoğunlukla katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Çoğunlukla katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
Yardıma gereksinim duyduğumda çevremde bana yardım edecek biri vardır.	()	()	()	()	()	()
Üzüntü ve sevinçlerimi paylaşılabildiğim biri vardır.	()	()	()	()	()	()
Ailem gerçekten bana yardım etmeye çalışır.	()	()	()	()	()	()
Ailemden gereksinim duyduğum duygusal yardım ve desteği alırım.	()	()	()	()	()	()
Kendimi yanında daima rahat hissettiğim belli biri vardır.	()	()	()	()	()	()
Arkadaşlarım bana gerçekten yardım etmeye çalışır.	()	()	()	()	()	()
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	()	()	()	()	()	()
Ailemle sorunlarımı konuşabilirim.	()	()	()	()	()	()
Üzüntü ve sevinçlerimi paylaştığım arkadaşlarım vardır.	()	()	()	()	()	()
Yaşamımda duygularıma önem veren belli biri vardır.	()	()	()	()	()	()
Alacağım kararda ailem yardımcı olmaya gönüllüdür.	()	()	()	()	()	()
Arkadaşlarımla sorunlarımı konuşabilirim.	()	()	()	()	()	()

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanları bazen yaşadıkları belirtilen yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin **SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

	Hiç			Çok Fazla	
	0	1	2	3	4
1- İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2- Baygınlık, baş dönmesi	0	1	2	3	4
3- Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4- Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı Başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
5- Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6- Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7- Kalp bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8- Meydanlık yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9- Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10- İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	0	1	2	3	4
11- İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4
12- Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13- Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14- Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek	0	1	2	3	4
15- İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4

	Hiç				Çok Fazla
	0	1	2	3	4
16- Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17- Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18- Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19- Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20- Kolayca incinebilme, kırılma	0	1	2	3	4
21- İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanma	0	1	2	3	4
22- Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23- Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
24- Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
25- Uykuya dalmakta güçlük	0	1	2	3	4
26- Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27- Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28- Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
29- Nefes darlığı, nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30- Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31- Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32- Kafanızın "bomboş" kalması	0	1	2	3	4
33- Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, Karıncalanmalar	0	1	2	3	4
34- Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35- Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36- Konsantrasyonda güçlük / zorlanma	0	1	2	3	4
37- Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık hissi	0	1	2	3	4

	Hiç			Çok Fazla	
	0	1	2	3	4
38- Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39- Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40- Birini dövme, zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
41- Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
42- Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43- Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44- Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45- Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46- Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47- Yalnız kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
48- Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49- Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50- Kendini değersiz görmek	0	1	2	3	4
51- Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52- Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53- Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

İNTİHAR GİRİŞİMİNİN NEDENLERİ

Aşağıda bireyin intihar girişimine neden olabilecek 14 durum sıralanmıştır. Lütfen geriye dönüp **intihar girişiminizden önce nasıl hissettiğinizi düşünün** ve bu nedenlerin size ne derece uyduğunu belirtin. Eğer yaptığınızda bir rolü yoksa “HİÇ ETKİSİ YOK” seçeneğini yuvarlak içine alın. Eğer o neden az bir rol oynadıysa “ETKİSİ AZ”, çok rol oynadıysa “ETKİSİ ÇOK” seçeneğini işaretleyin.

- 1- Düşüncelerim o kadar dayanılmazdı ki daha fazla katlanamadım.
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok
- 2- Birine onu ne kadar sevdiğimi göstermek istedim.
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok
- 3- Sanki kontrolümü kaybettim ve niye yaptığımı bilemiyorum.
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok
- 4- Durum o kadar dayanılmazdı ki, başka bir seçenek düşünemedim
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok
- 5- Kabul edilmesi zor bir durumdan bir süre için uzaklaşmak istedim
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok
- 6- Başkalarının benim ne denli çaresiz (kırgın) hissettiğimi bilmelerini istedim
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok
- 7- Ölmek istedim
Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

8- Başka birinden yardım almak istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

9- Birilerinin beni gerçekten önemseyip önemsemediğini anlamak istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

10- Başkalarının bana yaptıklarının karşılığını ödemelerini istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

11- Birilerinin suçluluk hissetmesini istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

12- Birilerini düşüncelerini değiştirmeye ikna etmek istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

13- Başkaları için işleri kolaylaştırmak istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

14- Bir süre için uyumak istedim.

Hiç etkisi yok / Etkisi az / Etkisi çok

İNTİHAR GİRİŞİMİNİ TETİKLEYEN FAKTÖRLER

İnsanların intihar girişiminde bulunmasına yol açan bir çok neden olabilir. Lütfen aşağıda sıralanan nedenleri okuyup, sorunların yaptığınız intihar girişimi davranışına “çok”, ”az”, ya da “hiç” etkisi olup-olmadığını belirtin.

Sorun Listesi

(Size uymayan kategorileri atlayın)

1-	Eşle sorun	Hiç	/	Az	/	Çok
2-	Ana-babayla sorun	Hiç	/	Az	/	Çok
3-	Çocuklarla sorun	Hiç	/	Az	/	Çok
4-	Yalnızlık duyguları	Hiç	/	Az	/	Çok
5-	Arkadaşlık ve sosyal ilişkileri kurma ve sürdürme sorunları	Hiç	/	Az	/	Çok
6-	Sevgili tarafından reddedilme	Hiç	/	Az	/	Çok
7-	Bedensel hastalık ya da yeti kaybı	Hiç	/	Az	/	Çok
8-	Ruhsal hastalık ve psikiyatrik belirtiler	Hiç	/	Az	/	Çok
9-	İşsizlik	Hiç	/	Az	/	Çok
10-	Tutkunluk (Alkole, ilaçlara, uyuşturucu maddelere, kumara vb.)	Hiç	/	Az	/	Çok

ONAM FORMU

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı' na bağılı olarak Seliyha DOLAŞIR tarafından yürütülecek olan "2005 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servis Kriz Odası'na başvuran intihar girişimi vakalarının bir yıl sonraki ruhsal durumları ve intihar davranışını yineleme riskleri" adını taşıyan yüksek lisans tez araştırmasının yapılma amaçları, tarafıma uygulanacak ölçekler hakkında bilgilendirildiğimi ve bu doğrultuda araştırmaya katılmayı kabul ettiğimi bildiririm.

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı(Anne / Baba):

İmza:

İmza:

Tarih:

Tarih: