

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**İZMİR ACİL SAĞLIK AMBULANS
HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ İNTİHAR
OLGULARINA YAKLAŞIMLARI**

DEVİRİM SERTAÇ ÖZKAN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR- 2016

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**İZMİR ACİL SAĞLIK AMBULANS
HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ İNTİHAR
OLGULARINA YAKLAŞIMLARI**

UZMANLIK TEZİ

DEVRİM SERTAÇ ÖZKAN

TEZ DANIŞMANI:

Yard. Doç.Dr. ZEHRA DEMİROĞLU UYANIKER

İZMİR- 2016

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ.....	iv
KISALTMALAR.....	vii
TESEKKÜR.....	viii
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. İntiharın Tarihçesi	7
2.2. İntihar ile İlgili Tanımlar.....	8
2.3. İntihar Davranışlarında Epidemiyolojik, Sosyodemografik Özellikler ve İntihar ile İlişkili Risk Faktörleri.....	10
2.3.1. Sıklık.....	10
2.3.2. İntihar Davranışlarında Yaş ve Cinsiyet.....	15
2.3.3. İntihar Davranışının Eğitim Düzeyi ve Meslek İlişkisi	21
2.3.4. İntihar Davranışları ile Meslek ve İşsizlik İlişkileri	23
2.3.5. Önceden İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma.....	24
2.3.6. İntihar Davranışında Kullanılan Yöntemler	25
2.3.7. İntihar Davranışlarının Bireylerin Medeni Durumu ile İlişkisi	27
2.3.8. İntihar Davranışının Mevsimsel ve Coğrafik Etmenler ile İlişkisi.....	28
2.3.9. İntihar Araçlarına Ulaşılabilirlik	30
2.3.10. İntihar Davranışı Risk Faktörleri	31
2.4. Sağlık Çalışanlarının İntihar ve İntihar Olgularına Yönelik Tutumları	39
2.5. Sağlık Çalışanlarının Adli Olgularda Yasal ve Etik Sorumlulukları	43
2.5.1. Sağlık Çalışanları ve Olay Yeri	43
2.5.2. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme, Sır Saklama, Adli Olgu Tanısı Koyma ve Bildirim Yükümlülüğü	47

2.5.3. Sağlık Çalışanlarının Hastayı Aydınlatma ve Onamını Alma Yükümlülüğü	49
2.5.4. Bilirkişilik ve Kayıt Tutulması	51
2.6. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetleri	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM	56
3.1. Araştırmanın Amacı	56
3.2. Araştırmanın önemi	56
3.3. Araştırmanın Türü	56
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	56
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formunun Hazırlanması	57
3.6. Araştırma önerisinin sunumu	57
3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	58
3.8. Ön Çalışma	58
3.9. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Kullanılması	58
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	58
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	59
4. BULGULAR	60
5. TARTIŞMA.....	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR.....	91
EKLER	108
Ek.1. Anket Formu.....	108
Ek 2. Etik Kurul İzin Belgeleri	112

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	DSÖ'nün dünyada yılda her 100.000 kişiye intihar oranları	12
Tablo 2.	2014 yılı TUİK intihar verilerinin, cinsiyete göre dağılımı.....	16
Tablo 3.	2014 yılı TUİK intihar verilerinin, yaş gruplarına göre dağılımı.	16
Tablo 4.	TUİK 2013 yılı intiharların mevsim ve aylara göre dağılımı	28
Tablo 5.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre, yaş ve meslekte çalışma yıllarının dağılımı	60
Tablo 6.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımı	60
Tablo 7.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre öğrenim durumlarının dağılımı	61
Tablo 8.	Araştırmaya katılanların cinsiyete göre meslek türünün dağılımı.....	61
Tablo 9.	Cinsiyete göre hizmet içi eğitim alma durumun dağılımı	62
Tablo 10.	Meslek türüne göre hizmet içi eğitim alma durumun dağılımı.....	62
Tablo 11.	Katılımcıların “İntihar girişiminde bulunan hastalarda, onların ruhsal durumuna uygun davranmakta yeterli hissediyor musunuz” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	62
Tablo 12.	Katılımcıların “Acil yardımda bulunduğunuz hastada, intihar eğilimi veya intihar fikirleri fark ettiğinizde ne yaparsınız” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	63
Tablo 13.	Katılımcıların “intihar girişiminde bulunmuş hastalarla karşılaştığınızda en sık ne hissedersiniz” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	64
Tablo 14.	Katılımcıların intihar girişimlerinde rol oynadığını düşündükleri en önemli risk faktörlerinin dağılımı.....	64
Tablo 15.	Katılımcıların “öyküde belirtilmemiş olsa da intiharlardan şüphe ettiğim hastalarda, zaman ayırarak, uygun sorularla hastayı değerlendirmeye çalışırım” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	65
Tablo 16.	“Öyküde belirtilmemiş olsa da intihardan şüphe ettiğim hastalarda zaman ayırarak uygun sorularla hastayı değerlendirmeye çalışırım” sorusuna verilen yanıtların katılımcıların hizmet içi eğitim alıp almama durumu ile karşılaştırılması.....	65

Tablo 17.	Uygun sorularla hastayı değerlendirme durumuyla, onların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterli hissetme arasındaki ilişki.....	65
Tablo 18.	Katılımcıların “intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanlarının doğru yaklaşımı, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önlemede etkili olmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	66
Tablo 19.	Hizmet içi eğitimi ile intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımının, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önleme durumu arasındaki ilişki	66
Tablo 20.	İntihar girişiminde bulunan hastalarda onların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterli hissetme durumuyla intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımının, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önleme durumu arasındaki ilişki.	67
Tablo 21.	Katılımcıların “intihar gereçlerine (ateşli silah, tarım ilacı, tıbbi ilaç...) ulaşımın kısıtlanması intihar sonucu ölümleri azaltmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	67
Tablo 22.	Meslekte çalışma yılına göre intihar gereçlerine ulaşımın kısıtlanmasına verilen yanıtların dağılımı.	67
Tablo 23.	İntihar gereçlerine ulaşımın kısıtlanmasına verilen yanıtlara göre hizmet içi eğitim alma durumu	68
Tablo 24.	Katılımcıların “ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı	68
Tablo 25.	Meslekte çalışma süresine göre “ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	68
Tablo 26.	Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir ifadesine verilen yanıtların hizmet içi eğitim alma durumuyla karşılaştırması.....	69
Tablo 27.	Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir ifadesine verilen yanıtların, hastaların ruhsal durumuna uygun davranmada kendini yeterli hissetme durumuyla ilişkisi.....	69

Tablo 28. Katılımcıların “lkemizde, yaşı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümle sonuçlanmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	70
Tablo 29. Ülkemizde, yaşı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümle sonuçlanmaktadır” ifadesine verilen yanıtların katılımcıların hizmet içi eğitim alma durumu arasındaki ilişı.	70
Tablo 30. İntihar girişiminde bulunan hastalarda onların ruhsal durumuna uygun davranmakla, ülkemizde, yaşı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümle sonuçlanmaktadır ifadeleri arasındaki ilişı.....	70
Tablo 31. Katılımcıların “kendine zarar verme davranışının (kendini jiletleme vb.) intihar riski ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.....	71
Tablo 32. Kendine zarar verme davranışının (kendini jiletleme vb.) intihar riski ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir ifadesinin meslekte çalışma süresi ile karşılaştırılması..	71
Tablo 33. Anketin 18-23. sorularına katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı.....	72
Tablo 34. “İntihar girişimi olgularında en sık problem yaşadığınız grup aşağıdakilerden hangisidir” sorusuna katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı.....	73
Tablo 35. “İntihar olgularına müdahalede en çok sorun/güçlük yaşadığınız durumlar” sorusuna katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı	74

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü.
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü.
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri.
TCK	: Türk Ceza Kanunu.
CMK	: Ceza Muhakemeleri Kanunu.
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni.
AABT (PARAMEDİK)	: Ambulans ve Acil bakım Teknikeri.
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu.
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri.
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
OCD	: Obsesif kompulsif bozukluk.
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
TSSB	: Travma Sonrası Stress Bozukluğu.
KVS	: Kardiyo Vasküler Sistem.
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus.
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu.
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi.
DEÜTF	: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.

TESEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarımda danışman öğretim üyesi olarak değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, ayrıca bilgisi ve titiz, özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr Zehra Demiroğlu Uyaniker'e teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve ilgilerini bana aktaran hocalarım Prof. Dr. Erdem Özkara, Prof. Dr. Yücel Arısoy, Prof.Dr. M. Hakan Özdemir, Prof. Dr. Akça Toprak Ergönen ile Doç. Dr. İ. Özgür Can'a teşekkür ederim.

Çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Halis Ulaş'a teşekkür ederim.

Çalışmam için istatistiksel analiz ve verilerin değerlendirilmesinde bilgi ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Emine Avcı'ya teşekkür ederim.

Birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve aileme içtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

İZMİR ACİL SAĞLIK AMBULANS ÇALIŞANLARININ İNTİHAR OLGULARINA YAKLAŞIMLARI.

Giriş ve Amaç: İntiharlar, şiddet sonucu ölümlerin önemli bölümünü oluşturmakta ve önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Sağlık çalışanlarının tümünün intiharların önlenmesinde belirgin rolleri olduğu bilinmekte ve intihar olgularına yaklaşımda kendilerine önemli mesleki, etik ve yasal sorumluluklar düşmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görevli kişiler intihar olguları ile ilk karşılaşan sağlık çalışanı olabilmektedir. İntiharların önlenmesinde bu olgulara doğru tutum ve yaklaşımın önemi pek çok kaynakta vurgulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının intihar ve intihar girişimleri ile ilgili bilgi birikimi ve tutumlarını değerlendirmek, bu olgularda mesleki, etik ve yasal sorumlulukları yerine getirirken yaşadıkları sorunları ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planlanan çalışmamızda T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Şube'sine bağlı İzmir il merkezinde acil yardım istasyonları ve komuta kontrol merkezinde görevli 464 acil yardım sağlık çalışanına 25 soruluk bir anket uygulanmıştır. Yaş, cinsiyet, meslek, çalışma yılı gibi demografik veriler çalışmanın bağımsız değişkenlerini, anket formunda yer alan, intihar ile ilgili bilgi, tutum soruları ve yasal, etik sorumluluklar ile ilgili sorular bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. İstatiksel analizde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15) kullanılmıştır.

Bulgular: Anketi yanıtlayanların %59.9'u kadın, yaş ortalaması 33,3±10,3, çalışma yılı ortalaması 10,9±8,2 yıldır. Katılımcıların % 44'ü ATT (Acil Tıp Teknisyeni), % 19,8'i paramedik, % 14,7'si hekim, geri kalanlar hemşire ve sürücüdür. %81,4'ünün intihar konusunda hizmet içi eğitim almadığı, %53.4'ü intihar girişimi olgularına yaklaşımda kendilerini yeterli hissetmedikleri, %63,5'inin intihar girişiminde bulunmuş hastalar karşısında nötr ve negatif duygulara sahip oldukları gözlemlendi.

İntihar olgularına yaklaşımda katılımcıların % 79.35'inin yasal ve etik sorumluluklarının farkında oldukları gözlemlendi. İntiharla ilgili bilgi, risk etmenleri ve tutumla ilgili önermelere katılımcıların büyük kısmının katılmadığı ya da fikri olmadığı, en sık hasta ve hasta yakınları, polis, jandarma ve olay yeri ekibi ile sorun yaşadıkları gözlemlendi. Hizmet içi eğitim alma, meslekte çalışma yılı uzunluğunun bilgi ve tutum sorularına verilen yanıtlarda istatistiksel anlamlılık yarattığı gözlemlendi ($p < 0,05$).

Tartışma: Yerli ve yabancı araştırmalarla karşılaştırıldığında, bizim çalışmamızda da intihar girişiminde bulunmuş hastalara yaklaşımda, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının nötr yada olumsuz tutumları olabildiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının, intihar girişiminde bulunmuş olgulara yaklaşım ve yönetimde sorunlar yaşandığı, bu sorunların bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sonuç ve öneriler: 112 acil sağlık çalışanlarının intihar girişimi olgularıyla ilk karşılaşabilen sağlık görevlileri olduğu ve intihar sonucu ölümleri önlemede önemli rolleri göz önüne alındığında konuyla ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlere gereksinim olduğu görüşüne varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İntihar, Tutum, Hastane öncesi acil yardım, 112, Yasal sorumluluk.

SUMMARY

THE APPROACHES OF PREHOSPITAL EMERGENCY CARE PROFESSIONALS TO SUICIDE CASES IN İZMİR.

Introduction: Suicides constitute a substantial part of deaths due to violence and are considered as a preventable public health concern. It is known that all health care professionals take a significant part in suicide prevention and they bear important occupational, ethical and legal responsibilities while approaching suicide cases. The staff responsible for prehospital emergency medical services might be the first health care professionals to approach suicide cases. Importance of proper attitude and approach towards these cases in suicide prevention is emphasized in plenty of sources.

This study intends to evaluate the knowledge and attitude of prehospital emergency care professionals on suicides and suicide attempts, seeks to establish the problems they encounter while they are fulfilling their occupational, ethical and legal responsibilities.

Methods: In our cross sectional study, a 25 question survey was delivered hand out by 464 emergency care professionals based in emergency care stations and command & control center in İzmir city centre, under Ministry of Health, İzmir Provincial Directorate of Health, Emergency Medical Services Division. Demographics such as age, gender, occupation and working year were independent variables; survey questions regarding knowledge on suicide, approach towards suicide, legal and ethical responsibilities were dependent variables. Data management and analysis were performed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15).

Results: Average age of survey participants was 33.3 ± 10.3 , 59.9% were female, average working year was 10.9 ± 8.2 years. 44% of respondents were emergency medical technicians, 19.8% paramedics, 14.7% medical doctors, rest were nurses and drivers. It was observed that 81.4% of the participants did not attend any training a continue professional development training on suicide, 53.4% did not feel competent approaching suicide cases, 63.5% had neutral or negative feelings towards patients who attempted suicide.

Regarding approach towards suicide cases, %79.35 of the participants were aware of their legal and ethical responsibilities. It was noted that majority of respondents did not agree with or did not have an opinion on questions concerning knowledge on suicide, risk factors and approach; participants most frequently encountered problems with patient, patient's relatives, police, gendarme and crime scene investigation team. Attending a continue professional development training and a longer work experience caused statistically significant difference in answers to knowledge and attitude questions ($p < 0.05$).

Discussion: Consistent with other local and foreign studies, our study also revealed prehospital emergency care professionals may have neutral or negative attitudes in their approach to patients who attempted suicide. In our study, it is thought that prehospital emergency care professionals experience problems approaching and managing cases who have attempted suicide and these problems stem from lack of knowledge.

Conclusion and suggestions: Considering 112 emergency care professionals might be the first to approach attempted suicide cases and bearing in mind their important roles in preventing deaths due to suicide, we have come to the conclusion that pre-graduate and post-graduate training on this subject is required.

Key Words: Suicide, Attitude, Prehospital emergency care, 112, legal liability

1. GİRİŞ VE AMAC

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamalarına göre; intihar, istemli kendini öldürme, intihar girişimi ise ölümle sonuçlanmayan her türlü intihar davranışı olarak kabul edilmektedir (1).

Dünya genelinde intiharın ilk on ölüm nedenleri içerisinde yer aldığı; 2000 yılında dünyada yaklaşık bir milyon insanın intihar sonucu yaşamını yitirdiği belirtilmektedir. Bu veriye göre dünyada 100.000 kişide ortalama 16 kişinin intihar ettiği, her 40 saniyede bir kişinin intihar sonucu öldüğü ortaya çıkmaktadır (1). Ölümle sonuçlanan intiharların yanında pek çok intihar girişimi de gerçekleşmektedir. Türkiye intihar istatistiklerine bakıldığında intihar hızı açısından orta sıralarda yer almaktadır. Ancak intihar girişimlerinin intiharlardan sayıca çok daha fazla olduğu belirtilmektedir (2-4).

İntiharların günümüzde önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2013 yılının Mayıs ayında gerçekleşen 66. Dünya Sağlık Kongresi'nde ilk defa "Akıl Sağlığı Eylem Planı" kabul edilmiş ve intiharları azaltmak temel hedeflerden biri olarak belirlenmiştir. İntiharları önlemede ulusal stratejilerin belirlenmesinin önemli olduğu görüşüne varılmıştır (1).

Konu ile ilgili ulusal ve uluslararası kaynaklar gözden geçirildiğinde, intihar girişimi ve intihar sonucu ölümlerin azaltılmasında sağlık çalışanlarının önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır. Riskli grupları bilme, intihar düşünceleri ve davranışlarını tanıma, bu olgulara doğru yaklaşımın ve tutumun, hasta takibinin intiharı önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (5).

İntihar olgularında sağlık çalışanlarının tıbbi ve etik sorumlulukları yanında bu olguların adli boyutu olması nedeni ile bazı yasal sorumlulukları da doğmaktadır. İntihar, kişinin kendine yönelik uyguladığı bir şiddet olarak kabul edilmektedir. Ancak bir kişinin intiharında ya da intihar girişiminde başkalarının teşvik edici, kolaylaştırıcı, azmettirici veya ihmali bir davranışının olup olmadığının araştırılması gerekmektedir (6). Sağlık çalışanlarının, hastada öykü, fizik muayene ve tedavi yaklaşımları sırasında hasta ile ilgili edinebileceği bilgiler sınırlı olduğundan yasal makamlara bildirim yükümlülüğü ortaya çıkmaktadır. Olayın adli tahkikatına olanak sağlaması açısından adli olgu bildirimini önem taşımaktadır (7).

Tüm adli olgularda olduğu gibi intiharlarda da olay sırasında ortaya çıkan ya da sonradan ileri sürülebilecek soru ve iddiaların çözümlenmesinde ve gerçeğin ortaya konmasında tıbbi kayıtlar, muayene bulguları ve olay yeri bulgularının değerlendirilmesi, kanıtların korunması, saklanması önemlidir. Bu konularda sağlık kurumlarına ve çalışanlarına düşen sorumluluklar yasal mevzuatlarda belirtilmektedir (8-11).

İntihar olgularında hastayı ilk gören ve tıbbi girişim uygulayan sağlık çalışanlarının sıklıkla acil sağlık ekibi olduğu, yapılan çalışmalarda adli niteliği olan olgulara müdahale ve yönetiminde sorunlar yaşadığı, mesleki ve yasal sorumlulukların birbirleri ile çatışabildiği belirtilmektedir (9, 12-14).

Farklı illerin hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile ilgili istatistiksel çalışmalarına bakıldığında intihar girişiminde bulunmuş hastaların çağrı alınan hasta grubunun az bir bölümünü oluşturduğu gözlenmiştir (15,16). Ancak bir intihar girişiminin, ölümle sonuçlanabilecek intiharın en büyük risk faktörü olduğu göz önüne alındığında adli yönü de bulunan bu olgulara, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının doğru yaklaşımının önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (17-19). Sağlık çalışanlarının intihar ile ilgili yeterli bilgi birikiminin bu olgulara doğru tutum ve etik davranış ile yaklaşımının intiharları önlemede önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının intiharları önlemede önemli rolleri olduğu gözetilerek planlanan bu çalışmanın amacı, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının intihar girişimleri ile ilgili bilgi birikimi ve tutumlarını değerlendirmek, bu olgularda mesleki, etik ve yasal sorumlulukları yerine getirirken yaşadığı sorunları ortaya koymaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntiharın Tarihçesi

Suicide (intihar) Latince kökenli olsa da aslında İngilizce bir kelimedir ve ilk kullanımın 1662 yılı olduğu belirtilmektedir. Ortaçağda “sui homocido” ya da “sui ipisus homosidum” deyimleri kullanılmıştır. İntihar kavramı dilimize ilk olarak Tanzimat dönemi ile girmiştir. Bu dönemde Türkçeye çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmıştır. Arapçada kurban anlamına gelen “nahr” sözcüğünden köken almıştır. Günümüzde ise intihar yerine öz-kıyım veya öze-kıyım tercih edilmeye başlanmıştır (20).

Geçmişteki tanımlamalar incelenerek günümüzde daha doğru bir tanımlama yapılabileceği ve intiharın dönemsel süreçlerinin daha iyi anlaşılabilmesi ileri sürülmektedir. Ünlü sosyolog Durkheim’e göre; intihar bir insanın doğuracağı sonucu bilerek olumlu veya olumsuz eylem ile doğrudan veya dolaylı kendini ölüme sürüklemesidir (21). Buna göre gerçeği değerlendirme bozukluğu olan veya muhakeme gücü olmayan birinin eyleminin intihar olarak kabul edilmeyeceği belirtilmektedir. Dynes, Dinitz gibi araştırmacılar, intihar tanımını yaparken saldırganlık kavramından da söz etmişlerdir (20). Freud saldırganlık kavramını daha detaylı ele almıştır ve “yas ve melankoli” adlı eserinde intihar ile ilgili ilk psikodinamik teoriyi geliştirmiştir. Freud’a göre depresyonun ve intiharın psikodinamiği aynıdır. Freud intiharları, bireyin agresyonunu kendi egosuna yöneltmesi olarak açıklamaktadır (22).

Meninger “Man Against Himself” (Kendine Karşı Olan İnsan) adlı eserinde intiharı, başkasına karşı duyulan öfke ve kızgınlık nedeni ile içselleştirilmiş cinayet olarak tanımlamaktadır (23). İntiharlarda üç bileşen olduğu ifade edilmektedir. Öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölmek isteği (20).

Yapılan birçok antropolojik çalışmalarda ilkel kabilelerde intihar olgusunun olduğu gösterilmiştir. Bu dönemde daha çok yenmesi tabu olan yiyeceklerin yenmesi sonucu intihar gözlenmektedir. İntiharlarla ilgili en eski yazıtlardan birinin Oedipus mitolojisinde, Oedipus’un annesi Jocaste’nin intiharı olduğu kabul edilmektedir (24).

Roma’da intihara yaklaşımda; toplumun çeşitli sınıflardan meydana gelmesinin etkili olduğu belirtilmektedir. Her sınıfın kendisine özgü kanunlara bağlı olduğu, bu nedenle

intiharlarda hür insan, köle ve askerlere uygulanan mevzuatın birbirlerinden farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (25).

Eski Avrupa hukukunda ve kilise hukukunda intihar; hristiyanlık anlayışına göre kişinin kendisine ait olmayan hayatı üzerinde herhangi bir eylem yapma hakkına sahip olmadığı bilinmektedir. Tanrının verdiği Tanrıya ait olduğu düşünülürdü. "İnsan hayatına ancak Tanrı son verebilir" görüşü nedeniyle intihar yasak eylemler içerisinde kabul edilmiştir (25).

İntihar hemen hemen tüm dinlerde günah olarak kabul görmüştür. İslam anlayışı bedenini tanrı tarafından insana emanet edildiğini (26) ve kişinin yaşamına son vermesinin büyük günah (günah-ı kebir) olarak kabul etmektedir (27). İslâm hukukunda intihar ve intihara yardım; adam öldürmeyi yasaklayan İslâm Hukuku, intiharı da yasaklamıştır. Ölümü gerçekleşen intihar eden kişinin cezalandırılmamasına karşılık, intihar etmek isteyen kişi ölmediği takdirde intihar suçuna kalkışmaktan dolayı kendisinin ayrıca intihar eden kişiyi ikna eden, ona yardımda bulunan da kişinin de cezalandırılması gerektiği kabul edilmektedir (25).

2.2. İntihar ile İlgili Tanımlar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamaktadır (28).

19.yüzyılın sosyologlarından Durkheim’a göre; intihar, “bir insanın, doğuracağı sonucu bilerek olumlu veya olumsuz bir eylemle doğrudan veya dolaylı olarak kendini ölüme sürüklemesidir” (21).

İntihar, akli başında bir bireyin, toplumsal değerlerin desteklediği veya karşısında olduğu bir eylemle doğrudan veya dolaylı olarak kendi yaşamına isteyerek son vermesidir (29).

Ferri’ye göre; “bir kimsenin şerefsiz bir durum, mahkumiyet, sefalet, çok sevilen bir kişiyi kaybetme gibi kaçınılmaz olan veya öyle zannedilen bir acıyı (vb.) gidermek niyetiyle hayatına son vermesini intihar olarak tanımlamaktadır (29).

Günümüz yaklaşımlarına göre intihar, bireyin tek başına bir eylemi olmakla birlikte, toplumsal sonuçları olan bir eylem olarak kabul edilmektedir (30).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1974 yılında intihar eylemini “kişinin amacının bilincinde ve değişik derecelerde ölümcül maksatlı olarak kendine zarar vermesi” olarak tanımlamıştır (31). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki grupta ele almaktadır (32-34). İntihar girişimi (parasuisid) üzerine çok merkezli yürüttüğü bir araştırmanın sonuçlarını aktardığı çalışmada; intihar girişimi eylemini, kendine kasıtlı olarak zarar verme, “ bireyin diğerlerinin müdahalesi olmadan olağan üstü davranış ile başlattığı, ölümle sonuçlanmayan, kendine zarar vermeye yönelik davranış olarak ele almaktadır. Bu eylemin kasıtlı bir şekilde, öngörülen ya da kabul edilen terapötik dozu aşan madde alımı ya da fiziksel sonuçlara yol açan hareket” olarak tanımlandığı gözlenmektedir (35).

İntihar davranışı terimi intihar ile ilgili tüm eylemleri içine alan genel bir terim olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Genel bir terim olarak yaygın kullanım görmektedir. İntihar davranışı terimiyle düşünceyle başlayıp ölümle sonuçlanan bir davranış yelpazesi ve süreci anlatılmaktadır. Geniş kapsamlı genel bir terim olup tamamlanmış intihar, intihar girişimi ve intihar düşüncesini içine almaktadır (1,36).

Uluslararası Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) intiharı üç başlık altında sınıflandırmaktadır;

1- Tamamlanmış intihar; bireyin içindeki saldırganlık içgüdülerinin etkisi ile ölümü aradığı, mazohistik bir yan içeren ve intihar ölümle sonuçlanan eylem olarak tanımlanmaktadır.

2- İntihar girişimi; yaşamı tehdit edici olan ve bireyin kendisine yönelen her hareketini kapsayan ölümle sonuçlanmayan eylem olarak tanımlanmaktadır

3- İntihar fikri; bireyin yaşamına son vermek için, çeşitli girişimlerde bulunacağına dair verdiği ipuçları olarak kabul edilmektedir (37).

Yukarıdaki genel tanımlamalara karşın bazı psikiyatrik görüşlere göre; ölümle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, intihar davranışına yaklaşımda intihar ve intihar girişimi ayrımının zor olduğu belirtilmektedir. İntihar girişimi kavramı ile eylemin ölümle sonuçlanmadığı ifade edilmektedir. Ama sadece sonuca bakarak bu iki kavram arasında ayrım yapmanın yeterli olmadığı dikkat çekilmektedir. Bu şekilde ayrım yapılmasının tedavi açısından da sakıncalarının olduğu vurgulanmaktadır (38,39).

2.3..İntihar Davranışlarında Epidemiyolojik, Sosyodemografik Özellikler ve İntihar ile İlişkili Risk Faktörleri

2.3.1. Sıklık

İntihar ile ilgili epidemiyolojik veriler, nüfusa göre intihar oranı, bir yıldaki intihar sayısı, belli bir nüfusa göre intihar hızı, yaş gruplarına göre dağılımı, ölüm nedenleri içindeki oranı belirlenerek elde edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; 2012 yılında tüm dünyada 804 000 intihar ölümleri meydana geldiği, bu rakamın, bir yıllık küresel yaşa standartlaştırılmış oranın nüfus başına 100 000'de 11.4 olduğu belirtilmektedir. (erkekler için 15.0 ve kadınlar için 8.0). Ancak, intiharın hassas bir konu olmasından ve bazı ülkelerde yasadışı olması nedeniyle bu oranın bildirilen sayının altında olduğu düşünülmektedir. Bazı ülkelerde, intiharın, sık sık kaza veya başka bir ölüm nedeni olarak yanlış sınıflandırılabildiği veya güvenilir ölüm kaydı olmadığı belirtilmektedir (1).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bazı çalışmalara göre her gün ortalama 1500 kişinin intihar girişiminde bulunduğu ve bunların yaklaşık 86'sının ölümle sonuçlandığı, bu oranın 15-24 yaş grubu arasında iş kazası ve cinayetlerin arkasından üçüncü sırada ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. ABD'de en az 31 000 kişi bir yılda intihardan ölmektedir (40,41).

Çin'de yapılan bir çalışmada intihara bağlı ölümlerin tüm ölümlerin %3.6'sını oluşturduğu hesaplanmıştır. Hindistan'daki intiharların sayısı 1968'de 40.000 iken, 1999'da 110.000'e çıkmıştır. İngiltere ve Galler'de ortalama yıllık intihar oranı 10/100.000 civarındadır. Yıllık ölüm miktarı yaklaşık 5.000'dir. Japonya dünyada en yüksek intihar oranlarından sahip ülkelerden biridir. Ulusal polis teşkilatının verilerine göre 1998'de 32.863 intihar hesaplanmıştır (26/100.000). Japonya'da 2001 yılında ise yine aynı kaynaklardan alınan verilere göre Japonya'daki intihar sayısı 31.042'dir (42).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 yılında çıkardığı, Asya'da intihar ve intiharı önleme isimli yayınında, Pakistan'da intihar oranlarının 100.000'de 3 ile en düşük olduğu. Tayland'ta 100,000'de 7.3 oranda izlediği, Avustralya, Malezya, Yeni Zelanda ve Singapur'da 100.000 başına 9.9-13.1 arasında değişen oranlarda gözleendiği, Çin, Hong

Kong ve Hindistan'da 100.000'de 15, Japonya, Kore Cumhuriyeti ve Sri Lanka'da ise 100.000'de 20 oranında görüldüğü belirtilmektedir (43).

Dünyada yılda tahmini 10-20 milyon arasında intihar girişimi olduğu bunun 1 milyonun tamamlanmış intihar olduğu belirtilmektedir. Avrupa'da ise yılda yaklaşık 700.000 intihar girişimi ve yaklaşık 45.000 tamamlanmış intihar gözlenmektedir (44).

Dünya Sağlık Örgütü'nün intiharlarla ilgili 2012 verilerine göre; ülkelerin intihar hızlarının çok farklı olduğu gözlenmektedir (Tablo 1). Bu veriler gözden geçirildiğinde ülkemizdeki intihar hızının diğerk birçok ülkeye göre düşük olduğu anlaşılmaktadır.



Tablo 1. DSÖ'nün dünyada yılda her 100.000 kişide intihar oranları (1, 48).

ÜLKE	ERKEK	KADIN	GENEL ORTALAMA	YIL
Estonya	27.3	4.5	14.8	2010
Fransa	22.8	7.4	14.7	2010
Yeni Zellanda	17	6.4	11.5	2010
Finlandiya	16.6	6.2	11.3	2010
Çek Cumhuriyeti			12.8	2010
Grönland	16.9	45	83	2011
Slovenya	34.6	9.4	21.8	2011
Srilenka	34.8	9.24	21.3	2011
Tayvan	20.5	9.7	15.1	2011
Bosna Hersek			13.3	2011
İngiltere	18.1	5.1	11.8	2011
İsviçre	17	5.8	11.2	2011
Avustralya	15.3	4.8	10.0	2011
Sırbistan	24.9	9.0	17,3	2011
Slovakya	17.4	2.8	9.9	2011
Portekiz	15.5	4.1	9.6	2011
Polonya			20.5	2012
Ukranya			19.8	2012
Uruguay			16.5	2012
Danimarka	17.3	6.9	12	2012
Norveç	14.0	5.0	11.9	2012
İspanya	11.8	3.4	7.6	2012
Pakistan	1.45	0.71	1.10	2012
Güney Kore	39.8	17.3	28.5	2013
Macaristan			21.1	2013
İsveç	24.9	8.0	16.3	2013
Amerika	20.2	5.5	12.6	2013
Almanya	18.9	6.4	12.5	2013
İrlanda	17.4	3.4	10.3	2013
Tayland	9.7	2.58	6.03	2013
İran	3.9	2.1	04.8	2013
Türkiye			4.19	2013
Japonya	28.2	12.3	20.1	2014
Rusya			18.2	2014
Çin			9.8	2014
Belarus			17	2015

Ülkemizde ölüm nedenleri gözden geçirildiğinde; TUİK verilerine göre 2013 yılında meydana gelen 372.686 toplam ölümün; 3.252 kişinin intihar nedeni ile öldüğü, 2014 yılında ise 390.121 toplam ölümün 3065'inin intihar nedeni ile öldüğü belirtilmektedir. İntihar nedeniyle ölenlerin 2276'sının erkek, 789'unun kadın olduğu ortaya çıkmıştır. Yıllara göre intihar sonucu ölenlerin sayısına bakıldığında son 10 yılda benzer oranlarla karşılaşılmaktadır (45).

2014 yılında kaba intihar hızının yüz binde 3,97 olduğu, diğer bir ifade ile 2014 yılında her yüz bin kişiden yaklaşık dördünün intihar ettiği belirtilmektedir. Ülkemizde 2014 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu ilin yüz binde 11,63 ile Tunceli olduğu, bu ili Bingöl ve Edirne'nin izlediği, kaba intihar hızının en düşük olduğu ilin ise yüz binde 1,06 ile Bartın olduğu, Bartın ilini Çankırı ve Bayburt'un takip ettiği belirtilmektedir. En yüksek yaşa özel intihar hızının yüz binde 8.07 ile 80-84 yaş grubu olduğu, intihar sayılarının yaş grubu ve cinsiyete göre incelenmesinde, 2013 yılında olduğu gibi 2014 yılında da yaş grupları arasındaki cinsiyet farklılığının belirgin olduğunun görüldüğü, erkek intiharlarının 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında kadın intiharlarından daha fazla olduğunun tespit edildiği, cinsiyetler arasındaki farklılığın en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24, en az olduğu yaş grubunun ise 15 yaş altı ile 85 yaş ve üzerinde olduğunun görüldüğü, intihar eden kişilerin %24,9'unun ilköğretim mezunu olduğu, kişilerin %52,9'unun intihar nedeninin tespit edilemediği, İntihar eden kişilerin %47,7'sinin evli olduğu belirtilmektedir (45).

İntihar girişimleriyle ilgili yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda; İntihar istatistiklerinden, intiharın tanımı ve adli kararlar ile klinik kararlar arasındaki farklılıklardan kaynaklanan sorunlar olduğu belirtilmektedir. İntihar girişimleriyle ilgili geçerli ve güvenilir kayıtların tutulamaması, intihar girişimlerinin farklı isimler altında değerlendirilmesi (zehirlenme, ilaç içmek suretiyle zehirlenme, kendine zarar verme, kimyasal madde kullanma, intihara teşebbüs vb.), kişilerin intihar girişim nedenlerini bildirmemesi ve ailelerin de bu olayların üzerini örtmeye çalışması en önemli sorunları arasında yer almaktadır. Araştırmacıların, intihar girişimlerinde güvenilir veri elde etme imkânlarının sınırlı olması nedeniyle de bu alan eksik kalmakta, iller arası veya bölgesel karşılaştırmalar yapılmasında sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (46).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, bir çalışmada intihar girişiminde bulunan kadınların erkeklerden daha yüksek bir oranına sahip olduğu, intihar girişiminin yaşam boyu

yaygınlık oranının %4.6 olduğu bildirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa verileriyle intihar girişimlerinin incelendiği çok merkezli bir çalışmada intihar girişiminin yaşam boyu yaygınlık oranları kadınlarda yaklaşık % 3 ve erkeklerde % 2 olduğu belirtilmektedir (47).

Çalışmalarda intihar düşüncesinin, intihar ve intihar girişimine göre çok daha yaygın olduğu belirtilmektedir. İntihar düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığının %13.5-35 arasında olduğu belirtilmektedir (48-51).

Aydın'da yapılan bir çalışmada; 1999-2003 yılları arasında otopsisı yapılan 260 olgudan 47'sinin intihar ederek öldüğü belirtilmektedir (52).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda yapılan 3951 adet adli otopside tespit edilen intihar vakaları üzerine yapılan bir araştırmada; 354 adet intihar olgusunun otopsisinin yapıldığı belirtilmektedir (53).

2007 yılı içinde Kayseri il merkez, ilçe, çevre iller ve yurt dışından gönderilen Kayseri Adli Tıp Şube Müdürlüğü ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı çalışanları tarafından ölü muayenesi ve otopsisı yapılan 482 olgudan 22'sinin intihar orijinli olduğu belirtilmektedir (54).

Afyonkarahisar'da sekiz yıllık süre içinde adli ölü muayenesi veya otopsisı yapılan toplam 923 olgunun 108'inin intihar sonucu ölüm olgusu olduğu belirtilmektedir (55).

İntihar biyolojik, psikolojik ve sosyolojik kökenleri olan karmaşık bir insan davranış olarak kabul edilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik kökenleri vardır. İntihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intihar olarak karşımıza çıkabilir ve zorlanma yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden, ağır ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara kadar geniş bir yelpazade görülebilmektedir. Epidemiyolojik özellikler birçok çeşitlilik gösterebilmektedir. İntiharların ve intihar girişimlerinin epidemiyolojik özelliklerini inceleyen çalışmaların sayısı, kapsamı ve güvenilirliğinin birçok başka hastalığa göre daha düşük olduğu ileri sürülmektedir (56).

İntihar davranışlarının epidemiyolojisi araştırılırken karşılaşılan sosyodemografik özelliklerin aynı zamanda birçoğunun intiharların belirleyici etkenleri olduğu gözlenmektedir. İntiharın epidemiyolojik özellikleri, bu davranışın düşünce, girişim ya da ölümle sonuçlanmış olup olmamasına, cinsiyet, yaş grupları, toplum ve coğrafik özelliklerine etnik gruba, dini inanca vb. özelliklere bağlı olarak belirgin değişiklikler gösterebilmektedir (56).

Ülkemizde yapılmış birkaç çalışmada 112 Acil çağrıları içinde intihar olgularının az bir kısmını oluşturduğu gözlenmektedir.

İzmir’de yapılan bir çalışmada İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 ASH kayıtlarında, 2004 ve 2005 yıllarına ait toplam 102.905 başvuru kaydı bulunduğu, bunlardan 1910’nun (%1.9) intihar nedeni ile yapılan başvurular olduğu belirtilmektedir (15). Karabük İl Sağlık Müdürlüğü 112 acil sağlık hizmetleri (ASH) Şube Müdürlüğüne 01 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında 21.878 olgunun 112 acil sağlık hizmetlerinden faydalanmak için başvuruda bulunduğu, bunlardan 277’sinin (% 4.8) intihar girişimi nedeni yapılan başvurular olduğu belirtilmektedir (16).

2.3.2. İntihar Davranışlarında Yaş ve Cinsiyet

İntiharlarda, cinsiyet, yaş ve yaş gruplarının özelliklerini inceleyen pek çok çalışma karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre; intiharların nüfusa göre yaş gruplarına dağılımına bakıldığında dünyanın hemen her bölgesinde, kadın ve erkek için 70 yaş ve üzeri popülasyonda en yüksek oranda olduğu bildirilmektedir. Bazı ülkelerde, intihar oranları gençler arasında en yüksektir ve küresel olarak intihar, 15-29 yaşları arasında ikinci önde gelen ölüm nedenidir (1).

Dünyada 2012 yılında ölümlle sonuçlanan 804 000 intihar olduğu, intihar hızının 100 000 ‘de nüfus başına 11.4 olduğu, erkekler için 15.0 ve kadınlar için 8.0 olarak hesaplandığı bildirilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, intihar sonucunda ölen erkeklerin kadınların 3 katı kadar olduğu belirtilmektedir. Buna karşın düşük ve orta gelirli ülkelerde, erkek-kadın oranının 1.5 ve daha az olduğu belirtilmektedir. Küresel olarak şiddet ölümleri içerisinde intiharların oranına bakıldığında erkeklerde tüm şiddet ölümlerinin %50’sini, kadınlarda ise % 71’ini oluşturduğu belirtilmektedir (1).

Bercz ve arkadaşlarının Macaristan’da yaptıkları çalışmada tamamlanmış intihar oranlarının erkeklerde kadınlardan 3-4 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (57).

Kanchan ve arkadaşlarının yaptığı postmortem 137 intihar vakasının incelendiği bir çalışmada da erkeklerin kadınlara oranı 2.8:1 olarak bulunmuştur (58).

Bu konuda yapılan birçok çalışmalarda genel olarak intiharların erkeklerde, intihar girişimleri ise kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir.

Tablo 2. 2014 yılı TUIK intihar verilerinin, cinsiyete göre dağılımı.

Toplam	Erkek	Kadın
3.065	2276	789

Tablo 3. 2014 yılı TUIK intihar verilerinin, yaş gruplarına göre dağılımı.

Toplam	3065
15 yaş altı	118
15-19 yaş	362
20-24 yaş	394
25-29 yaş	297
30-34 yaş	314
35-39 yaş	251
40-44 yaş	236
45-49 yaş	229
50-54 yaş	189
55-59 yaş	165
60-64 yaş	141
65-69 yaş	101
70-74 yaş	74
75 yaş üzeri	164
Yaşı tespit edilemeyenler	33

Genel olarak bakıldığında intiharların erkeklerde daha fazla olduğu, yaşla birlikte sayısının arttığı görülmektedir (59).

İntihar hızları erkeklerde tüm yaşlarda kadınlara göre üç kat (60), Türkiye’de yaklaşık 2 kat fazladır (45).

ABD’de yapılmış araştırmalara göre intihar girişimlerinde kadın/erkek oranlarının 4/1 olarak bildirilmektedir (60). Türkiye’nin farklı illerinde intihar girişiminde bulunan olgular ile ilgili yapılmış çalışmalarda bu oranın ise 2/1 - 3/1 olduğu bildirilmektedir (61-65) .

Yetişkinlerde olduğu gibi cinsiyetler arasında farklılık olup, erkeklerde gerçekleşmiş intihar, kadınlarda ise intihar girişimi daha yüksek bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalarda çocuklarda intihar girişiminde kız/erkek oranı 4/1- 3/1 olarak saptanmıştır (66).

Ülkemizde değişik illerde yapılmış araştırmalar intihar ve intihar girişimlerinde birbirine yakın yaş ve cinsiyet verilerini ortaya koymaktadır.

Celbiş ve arkadaşlarının 1999-2002 yılları arasında Malatya’da intihar orijinli olduğu bildirilen ve otopsileri yapılan 44 olgunun 25’inin (%56,8) erkek, 19’unun kadın (%43,2) olduğu görülmüştür (67).

Ölümün intihar sonucu meydana geldiği belirlenen 108 olgunun otopsi raporları, keşif ve ölü muayene tutanaklarının incelenmesi ile gerçekleştirilen bir çalışmada; olguların 72’sinin (% 66.7) erkek, 38’inin (%34.3) kadın olduğu belirtilmektedir (55).

Küçüker ve Aksu tarafından yapılan bu çalışmada; intihar girişimi olgularının % 28.4’ünü erkek, % 71.6 kadın olduğu, ölümle sonuçlanan intiharlarda ise % 38.2’sinin erkek, % 61.8’nin kadın olduğu gözlenmiştir (68).

Söğüt ve arkadaşlarının Şanlıurfa’da 01 Haziran 2008-31 Mayıs 2009 tarihleri arasında acil servise özkıym nedeniyle başvuran olguları geriye dönük olarak inceledikleri bir çalışmada; 499 olgunun %83.7’sinin kadın, %16.3’sinin erkek olduğu belirtilmektedir (69).

Manisa’da 4 yıllık süreyi içeren intihar girişimleri kayıt formların geriye dönük inceledikleri çalışmada; toplam 6827 olgunun %77.8’ini kadın olduğu, özkıym girişiminin kadınlarda erkeklerden 3.5 kat fazla olduğu, aynı çalışmada özkıym girişiminde bulunan olguların %57.3’ünün 15-24 yaş grubunda olduğu belirtilmektedir (70).

Çocuk ve ergenlerdeki durum gözden geçirildiğinde;

Son yıllarda gerek dünyada gerekse ülkemizde intihar olaylarının arttığını ve yaş sınırının da giderek daha aşağıya indiği gözlenmektedir. Bu artışta yaşam koşullarının zorlaşmasının yanı sıra, haberleşmenin de yaygınlaşmasının olduğuna dikkat çekilmektedir. Çocukların çok küçük yaşta “ölüm” olgusu ile tanıştığı, savaş, açlık, terörizm haberleri ile yüz yüze geldiği, yine yazılı ve görsel basın aracılığı ile intihar olaylarını yakından izleyebildikleri belirtilmektedir. Tanıma ve taklidin de etkisi ile intiharların çocuk nüfusunda yaygınlaştığı ifade edilmektedir. Genel olarak çocuk ve ergenlerde intiharın ölüm nedenleri arasında ikinci veya üçüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir (71).

Aile yapısının çocuk intiharları üzerinde belirleyici etmenlerden biri olduğuna dikkat çekilmektedir. Ailede babanın yokluğu veya ebeveynlerin ayrı olması, ebeveynlerden birinin eksikliği adölesanlarda intihar girişiminde artış olduğunu göstermiştir (72).

Boşanmış ya da ayrı yaşayan ana-babaların çocuklarında evliliklerdeki uyumsuzluklar, annenin eğitim düzeyi düşükse veya yaşı gençse ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda çocuklar için risk artmaktadır (73).

İntihar sonucu ölümler çocuk yaş grubunda seyrek olmakla birlikte, intihar girişimleri ve düşüncelerinin oldukça sık olduğu belirtilmektedir. Tamamlanmış intiharların erkek çocuklarda, kız çocuklarına oranla daha sık olduğu ortaya çıkmaktadır (74).

2007’de Arslan ve arkadaşlarının otopsileri yapılan 186 intihar olgusunu inceledikleri bir çalışmada; 18 yaş altı ölümlerin %13.4’ünün intihar orijinli olduğunu, bunun % 62.9’u kız çocukların, %70.4’ünün 16-18 yaş arasında kümелendiğini bildirmişlerdir (75).

Çocuklarda dürtüsel bir biçimde yapılan intiharlara çok sık rastlanmadığına dikkat çekilmektedir. Aksine intihar düşüncelerinin uzun zaman öncesinden gelişmeye başladığı ile ilgili kanıtların bulunduğu belirtilmektedir (75).

Yapılan bazı araştırmalarda, intihar girişiminden önce risk altındaki pek çok çocuğun doktor tarafından görülmüş olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir başka çalışmada; intihar sonucu ölen çocukların ölümden önceki 3 aylık sürede %21’inin ruh sağlığı uzmanı tarafından görülmüş olduğu gözlenmiştir (76).

TUİK 2013 verilerine göre Türkiye’de 15 yaşın altında gerçekleşen 85 intiharın 7’sinin aile içi geçimsizlik, 4’ünün hastalık, 3’ünün öğrenim başarısızlığı, 7’sinin ise diğer sebeplerden gerçekleştiği, 64’ünde ise nedenin belirlenemediği saptanmıştır (45).

15-19 yaş grubunda ise; toplamda gerçekleşen 390 intiharın 36’sının hastalık, 34’ünün aile içi geçimsizlik, 12’sinin geçim zorluğu, 1’nin ticari başarısızlık, 19’unun duygusal ilişki ve istediği ile evlenememe, 8’inin öğrenim başarısızlığı, 37’nin diğer nedenlerden gerçekleştiği, 243 olguda ise intihar nedenin bilinmediği saptanmıştır (45).

Ergen yaş grubu incelendiğinde ise; intihar küresel ve yerel önemli bir halk sağlığı sorunu olup, batı dünyasında ergen ölümlerinde 3. sırada yer almaktadır (77).

Ülkemizde intihar sonucu meydana gelen ergen ölümlerinin intiharların ölüm nedenleri içerisinde kaçınıcı sırada olduğu bilinmemekle birlikte 15-25 yaşlarda daima diğer yaş gruplarından yüksek oranda olduğu belirtilmektedir. Türkiye’de her yıl 5-14 yaş grubunda 40-50 çocuğun intihar sonucu öldüğü, 15-24 yaş grubunda ise bu sayının 200-400 kadar olduğu bildirilmektedir (78).

Celbiş ve arkadaşlarının 1999-2002 yılları arasında Malatya’da İntihar orijinli olduğu bildirilen ve otopsisı yapılan 44 olgunun %38,6’sının (17 kişi) 17-24 yaşları arasında olduğu belirlenmiştir (67).

Ergenlerde intihar davranışının bir diğer özelliği de intihara birden bire karar verebilmeleridir ki bu da ergenlerde bu davranışın “dürtüsel” olabileceğini düşündürmektedir (77).

Sosyal yönelimli toplumsal koruyucu programların uygulanmasının geliştirilmesi amacıyla Kastamonu Devlet Hastanesi acil polikliniğine intihar girişimi nedeni ile başvurup psikiyatri polikliniğine yönlendirilen hastalardan çalışmayı kabul eden 70 hasta ile yaptıkları çalışmada; intihar girişimde bulunanların çoğunun ani bir kararla bunu yaptıklarını ifade etmektedirler (79).

Kastamonu ilinde yapılan çalışmada intihar girişiminin öncesindeki tutum ve davranışlar araştırıldığında 57 kişinin ani karar verdiğini, 1 kişi planlayarak girişimde bulunduğunu bildirilmektedir (79).

Yaşlılarda İntihar Davranışları;

Yaşlıları incelediğimizde ise; günümüzde koruyucu ve tedavi edici tıp alanındaki gelişmeler, beslenme, sağlık ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması, bireylerin ortalama yaşam süresinin artmasına, dolayısıyla yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının yükselmesine yol açtığı, yaşlıların güç ve yeti kayıpları, yaşamakta oldukları kronik hastalıklar, toplumdaki rolleri ve bu rollerdeki değişiklikler, ekonomik sıkıntılar ve giderek çevreye bağımlı hale gelmeleri, yaşam süresinin uzamasına koşut olarak büyüyen sorunlar olarak kabul edildiği belirtilmektedir (80).

Dünya genelinde tamamlanmış intiharların erkeklerde 45 yaşın üzerinde, kadınlarda ise 55 yaşın üzerinde pik yaptığı belirtilmektedir. Erkeklerde 65 yaşın üzerinde intihar hızının ortalamanın yaklaşık 4 katına çıktığı, 100.000’de 40’a kadar yükseldiği gözlenmektedir (56).

Uluslararası çalışmalara bakıldığında, 65 yaş üzeri nüfusta genel nüfusa göre intiharların 5 kat fazla gerçekleştiği bildirilmektedir (81).

20.yüzyılın sonlarında ABD ’de ki her 5 intihardan birinin 65 yaş üzerindeki kişiler tarafından yapıldığı bildirilmektedir. (82) Tamamlanmış intiharın hızı yaş ile birlikte artmaktadır. ABD’de her yıl intiharların dörtte birinin (83), Hollanda’da ise üçte birinin

(84) 60 yaş ve üzerindeki kişiler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Bir başka araştırma ise 75 yaşın üstündekilerde intihar oranının gençlerdekinden 3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (81).

TUİK verilerinde yaşa özel intihar hızı göz önüne alındığında 75 yaş üzeri erkekler tamamlanmış intiharlar için en yüksek risk grubunu oluşturmaktadır.

Afyonkarahisar ilinde 1997-2004 yıllarını kapsayan bir çalışmada 923 adli olgudan, ölümün intihar sonucu meydana geldiği belirlenen 108'inin (% 11.7) otopsi raporları, keşif ve ölü muayene tutanakları incelenmiştir; intihar orijinli ölümlerin en sık 33 olgu (% 30.6) ile 15-24 yaş grubunda toplandığı, erkeklerin yaş ortalamasının (39.3 ± 16.5 yıl), kadınlardan (32.6 ± 17.6 yıl) yüksek olduğu, erkeklerin en sık 18 olgu (% 25.0) ile 45-54 yaş grubunda, kadınların ise en sık 18 olgu (% 50.0) ile 15-24 yaş grubunda intihar ettikleri görüldüğü belirtilmektedir (55).

Yine Elazığ'da yapılan başka bir çalışmada Nisan 1997 ile Nisan 2001 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi Acil Servisine intihar girişimi sonucu başvuran 257 adli olgu ile yine bu tarihler arasında intihar girişimi sonucu ölümle sonuçlanan 34 adli olgunun verileri değerlendirildiğinde; ölümle sonuçlanmayan tüm olguların yaş ortalamasının 23.5 ± 8.8 , erkekler için 25.7 ± 10.8 , kadınlar için ise 22.68 ± 7.75 olduğu, ölümle sonuçlanan adli olgularda ise 34 olgunun genel yaş ortalamasının 30.7 ± 17.4 , erkekler için 33.8 ± 19.3 , kadınlar için ise 28.8 ± 16.4 olarak hesaplandığı, ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinin daha çok 11-30 yaş arasında, ölümle sonuçlanmayan olguların ise daha çok 11-20 yaş arasında yoğunlaştığının görüldüğü belirtilmektedir (68).

Şanlıurfa ilindeki Balıklıgöl Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne 2011 yılında intihar girişimi nedeniyle başvuran 227 bireyin geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada; hastaların %57'sinin 15-24 yaş aralığında olduğunun belirlendiği belirtilmektedir. Atlı ve arkadaşlarının bu çalışmasında; başvuranların 177'si (%78) kadın, 78'i (%22) erkek olduğu belirtilmektedir (85).

Söğüt ve ark.'larının Şanlıurfa ilinde Haziran 2008-Mayıs 2009 tarihleri arasında acil servise özkıyım nedeni ile başvuran 499 olgu ile geriye dönük olarak yaptıkları bir çalışmada; yaş ortalamalarının 24.7 ± 6.2 (min:17 - max:65) olduğu, olguların % 60.4 gibi büyük bir çoğunluğunun 20-28 yaş grubunda olduğu, bunu 75 olgu (%15) ile 11-19 yaş grubu, 52 olgu (%10.4) ile 29-37 yaş grubunun takip ettiği belirtilmektedir. Ayrıca olguların 417 (%83.7)'sinin kadın, 82 (%16.3)'sinin ise erkek olduğu belirtilmektedir (69).

Erel ve ark. tarafından 1999-2003 yılları arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda intihar sonucu öldüğü saptanan 47 olgunun otopsilerinin yapıldığı, olgular 15-77 yaşları arasında olduğu, yaş ortalamasının 39.32 ± 16.68 , en fazla intiharın ise 20- 39 yaş aralığında görüldüğü belirtilmektedir. Olguların %72.3'ünün erkek (34 olgu), %27.7'sinin (13 olgu) ise kadın olduğu belirtilmektedir (52).

Şevik ve Özcan'ın Kastamonu ilinde intihar girişimlerini inceleyerek uzun vadeli sosyal yönelimli toplumsal koruyucu programların uygulanmasında yol göstermesi amacıyla Kastamonu Devlet Hastanesi acil polikliniğine intihar girişimi nedeni ile başvurup psikiyatri polikliniğine yönlendirilen hastalardan çalışmayı kabul eden 70 hasta ile yaptıkları çalışmada; kadınlarda yaş ortalamasının 21.0, erkeklerde ise 21.8 olduğu belirtilmektedir (79).

Yüksek gelirli ülkelerde, intihar sonucu ölen erkeklerin kadınların 3 katı kadar fazla olduğu, düşük ve orta gelirli ülkelerde, erkek-kadın oranının ise 1,5/1 olduğu dikkat çekmektedir (1).

Küresel olarak, intiharlar, erkeklerde tüm şiddet ölümlerinin %50'sinin, kadınlarda ise %71'inin nedeni olarak belirtilmektedir. Yaş faktörüne bakıldığında, intihar oranları dünyanın neredeyse tüm bölgelerinde, hem erkek hem de kadınlar için 70 yaş veya üzeri kişilerde en yüksek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı ülkelerde, intihar oranları gençler arasında en yüksektir ve küresel olarak intihar, 15-29 yaşları arasında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Her yıl intihar girişiminde bulunan çok daha fazla insan vardır. Anlamlı bir biçimde, bir önceki intihar girişimi, genel nüfustaki intihar için tek ve en önemli risk faktörüdür. İntihar ve intihar girişimlerinin her ikisi için de, gelişmiş kullanılabilirlik ve hayati kayıtlardan, hastane-tabanlı sistemlerden ve anketlerden elde edilen verilerin kalitesi, etkili intihar önleme için gereklidir. İntihar araçlarına erişimi kısıtlama, intiharı önleme çabalarının önemli bir unsurudur. Ancak, araçları kısıtlama politikaları (örneğin böcek zehirlerine ve ateşli silahlara erişimi kısıtlama veya köprülere engeller koyma gibi), toplumdaki farklı grupların yöntem tercihlerini anlamayı gerektirir ve birçok sektör arasındaki işbirliğine ve dayanışmaya bağlıdır (1).

2.3.3. İntihar Davranışının Eğitim Düzeyi ve Meslek İlişkisi

İntihar davranışlarında bulunan kişilerde sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı pek çok kaynak bulunmaktadır.

İntihar davranışında bulunan kişilerde dünya genelinde eğitim düzeyinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (39,86). Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kadın ve erkeklerin yarıdan fazlasının temel eğitim görmüş olduğu, erkeklerin %38’i, kadınların ise %50’si hiçbir mesleki eğitim almadığı, kadınların %12’sinin, erkeklerin ise %20’sinin işsiz olduğu belirtilmektedir (39,56).

Türkiye’de 2014 verileri gözden geçirildiğinde intihar eden kişilerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Olguların %3.4’ünün okuma yazma bilmediği, %10.6’sının bir okul bitirmediği, %22.5’unun ilkokul, %24.9’unun ilköğretim, %4.8’inin ortaokul ve dengi, 19.9’unun lise ve dengi, %8.3’ün yüksek öğretim olduğu belirtilmektedir (45).

İntihar edenlerin eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, “ilkokul “orta ve dengi okul”, “lise ve dengi okul” ile “yükseköğretim” mezunlarında erkeklerin oranının kadınlardan daha yüksek olduğu, “okuma ve yazma bilmeyen”, “bir okul bitirmeyen” ve “ilköğretim” mezunlarında ise kadınların oranının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. 2012 yılında intihar edenlerin %50’si “evli”, %36,7’si “hiç evlenmemiş”, %5,9’u ise “boşanmış” kişilerdir (87).

Ülkemizde eğitim durumlarına göre intihar girişim ortalamasına bakıldığında, eğitim seviyesi düşüktüğü intihar oranının artmakta olduğu saptanmıştır (88). Ancak bir başka veri en çok lise mezunlarının intihar girişimi nedeniyle acile başvurduğunu söylemektedir (89).

Şimşek ve Arkadaşlarının Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün 2007-2011 yıllarına ilişkin ‘intihar girişimleri kayıt formları geriye dönük inceledikleri çalışmada; toplam 6827 olgunun % 62.2’sinin ilköğretim mezunu olduğu belirtilmektedir (70).

Farklı illerde yapılmış intihar ve intihar girişimi olgularında, eğitim düzeyleri değerlendirildiğinde genellikle yarıya yakınının ilköğretim düzeyinde eğitim aldıkları gözlenmiştir.

Özel ve arkadaşlarının Kütahya ilinde yaptıkları bir çalışmada; intihar ve intihara teşebbüs etmiş olan bireylerin; kadınlarda en yüksek oran ilkokul düzeyinde iken (% 43,1), erkeklerde en yüksek oran lise düzeyinde (%43.2) olduğu belirtilmektedir (90).

Şevik ve Özcan’ın toplumsal koruyucu programların uygulanmasında yol göstermesi amacıyla Kastamonu Devlet Hastanesi acil polikliniğine intihar girişimi nedeni ile başvurup psikiyatri polikliniğine yönlendirilen 70 hasta ile yaptıkları bir çalışmada; intihar girişiminde bulunan 60 kadının 24’ünün ilköğretim, 29’unun lise, 7’sinin üniversite

mezunu olduğu, erkeklerin ise 5'inin ilköğretim, 5'inin ise lise mezunu olduğu belirtilmektedir (79).

Söğüt ve arkadaşlarının Şanlıurfa'da 01 Haziran 2008-31 Mayıs 2009 tarihleri arasında acil servise özkıym nedeniyle başvuran olguları geriye dönük olarak inceledikleri bir çalışmada; %17.8 (n=89)'inin okur yazar olmadığı, %55.5 (n=277)'i ilköğretim, %22.2 (n=111)'si lise ve %4.5 (n=22)'i yüksek öğretim mezunu olduğu belirtilmektedir (69).

2.3.4. İntihar Davranışları ile Meslek ve İşsizlik İlişkileri

İntihar davranışlarında pek çok psikososyal faktörün rol oynadığı bilinmektedir. İşsizlik genel bir ekonomik problem olmasının yanı sıra hem birey hem de toplum üzerinde yarattığı etkiler nedeniyle ayrı bir önem taşımaktadır. İşsizlik, toplumsal huzurun ve gelir dağılımının bozulmasına, suç oranlarının ve bireyin suç eğiliminin artmasına, göçün hızlanmasına ve nüfusun hareketlilik kazanmasına, aile huzurunun bozulmasına ve boşanma riskinin artmasına neden olurken, bireyin intihar eğiliminin artmasına da yol açtığı vurgulanmaktadır (91).

Genel olarak bir işte çalışıyor olmanın intihara karşı koruyucu bir faktör olduğu ve işsizlerde intihar hızının, bir işi olan gruba göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharların arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azaldığına dikkat çekilmektedir (60).

İntihar ve intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorunların yüksek sıklıkta olduğu bildirilmektedir (86,92,93).

TUİK 2012 verilerine göre Türkiye'de intihar sonucu ölen 3.287 olgulara; 476'sının kanun koyucu, üst düzey yönetici ve müdür olduğu, 181'inin profesyonel meslek grubu, 68'inin yardımcı profesyonel meslek grubu, 35'inin büro ve müşteri hizmetleri, 188'inin hizmet ve satış elemanı, 278'inin nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanı olduğu belirtilmektedir (45).

Eskişehir'de 2002 ile 2011 yıllarını içeren dönemde, yapılan bir araştırmada, soruşturma sonucunda ölüm orjininin intihar olduğu belirlenen 399 olgu içinden intihar mektubu, sms veya sosyal paylaşım siteleri aracılığıyla intihar notu bıraktığı saptanan 168 (%42,1) olgu çalışmaya alınmıştır. Bu olguların 53'ünün ev hanımı ve işsiz, 55'inin

öğrenci, 16'sının işçi, 22'sinin memur, 8'inin polis-asker ve 14'ünün serbest meslek sahibi olduğunun belirtilmektedir (94).

Şimşek ve Arkadaşlarının Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 2007-2011 yıllarına ilişkin 'intihar girişimleri kayıt formları geriye dönük inceledikleri çalışmada; toplam 6827 olgunun %18.8'inin aktif çalışma yaşamı içinde olduğu ve çalışanların çoğunluğunun (%41.7) mavi yakalı işçi olduğu belirtilmektedir (70).

Ankara'da 1990 yılında merkezde bulunan 9 hastanenin acil servislerine başvuran 142 intihar girişimi olgusunun % 30'unun öğrenci, % 32'sinin ev hanımı işsiz ve serbest meslek sahiplerinin olduğu geri kalanları ise %18'ini işçilerin ve %17'sini memurların oluşturduğu belirtilmektedir (61).

Acil servise özkıyım nedeniyle başvuran olguların geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada; olguların % 62.4'ünün (n=311) çalışmadığı, % 23.8'inin (119) öğrenci ve %13.8'inin (n=69) bir iş kolunda çalışmakta olduğunun kayıtlı olduğu edildiği belirtilmektedir (69).

Kastamonu'da yapılan bir araştırmada intihar girişiminde bulunmuş ve psikiyatri polikliniği'ne yönlendirilen hastalardan çalışmayı kabul eden Kastamonu'da intihar girişiminde bulunan 70 hasta ile yapılan bir çalışmada; kadınların 51'inin çalıştığı, geri kalan 5'inin çalışmadığı, erkeklerin 9'unun çalıştığı belirtilmektedir (79).

2.3.5. Önceden İntihar Girişiminde Bulunmuş Olma

Bir bireyin önceki intihar girişiminin, tamamlanmış intiharın en önemli risk faktörü olduğu bildirilmektedir.

Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunduğu, intihar girişimlerinin %10'unun 10 yıl içerisinde tamamlanmış intihar ile son bulduğu belirtilmektedir (60).

Gairin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, intihar sonucu ölen 219 insandan 85'inin ölmeden önceki yıl içinde acil servise başvurduğunun belirlendiği, başvuru nedenleri incelendiğinde; %15'inin ölümcül olmayan kendine zarar verme ve genellikle ilaç (zehir) içme ile olduğu belirtilmektedir (95).

Kastamonu Devlet Hastanesi bünyesinde kurulmuş krize müdahale birimine Haziran 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında intihar girişimi nedeni ile başvuran 193 olgu incelendiği

bir çalışmada 49 (%25) olgunun daha önce intihar girişiminde bulunduğu, 49 olgudan 24'ünün son bir yıldan önceki dönemde, 25 olgunun ise son bir yıl içerisinde intihar girişimini tekrarladığı belirtilmektedir (96).

Konuyla ilgili kaynaklar gözden geçirildiğinde; intihar girişiminde bulunan kişilerin %30-60'nın girişimlerini yinelediği ve önemli bir kısmının (%12-25) ise bunu ilk intihar girişiminden sonraki 12 ay içinde gerçekleştirdiğine dikkat çekmektedir (39,97-99). Ayrıca daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde sonraki girişimlerin mortalitesinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (100 -102).

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 2007-2011 yıllarına ilişkin 'intihar girişimleri kayıt formlarının geriye dönük incelendiği çalışmada; toplam 6827 olgunun %18.2'sinde özkıyım girişi öyküsü bulunduğu belirtilmektedir (70).

2012 yılında Kastamonu'da intihar girişiminde bulunan 70 hastayı inceledikleri bir çalışmada; kadın olguların 12'sinin son 12 ay içerisinde, 5'inin ise 12 aydan daha önceki bir zamanda intihar girişi öyküsü olduğu, 10 erkek olgunun 1'inin son 12 ay içerisinde intihar girişi öyküsü olduğunu belirttiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada olguların 17'si ölmüş olmayı dilerken, 42'si kişi pişman olduğunu, 11'i ise tekrar denemeyi düşündüğünü belirtmiştir (79).

Şanlıurfa'da 01 Haziran 2008-31 Mayıs 2009 tarihleri arasında acil servise özkıyım nedeniyle başvuran olguları geriye dönük olarak inceledikleri bir çalışmada; %13.2'sinde (n=66) özgeçmişte özkıyım girişi bulunmakta iken %86.8'inde (n=433) özkıyım girişi tespit edilmediği belirtilmektedir (69).

2.3.6. İntihar Davranışında Kullanılan Yöntemler

İntihar ve intihar girişimlerinde çeşitli yöntemler kullanıldığı, insektisit kullanımı, ası ve ateşli silahların, küresel olarak en yaygın intihar yöntemleri arasında yer aldığı bildirilmektedir. Yöntemler aynı olmakla birlikte ülkelere ve hatta aynı ülke içinde değişen oranlarda karşımıza çıkmaktadır (1).

ABD'de tanımlanmış intiharlarda erkeklerde en sık kullanılan yöntemlerin sırasıyla ateşli silah, ası ve yüksekten atlama olduğu belirtilmektedir (60).

Türkiye'de intihar ve intihar girişimlerinde kullanılan yöntemler ile ilgili, TÜİK genel verilerden ve yerel akademik çalışmalardan fikir edinilebilmektedir. Son 10 yılda

ülkemizde ortalama 3000 kişinin intihar sonucu yaşamını yitirdiği resmi verilerden anlaşılmaktadır.

2014 yılında intihar sonucu ölen 3.065 olgunun; 1460'ının ası, 795'inin ateşli silah, 338'inin yüksekten atlama, 177'sinin kimyevi madde içimi, 58'inin suya atlayarak, 67'sinin kesici alet kullanarak, 12'sinin kendini yakarak, 5'inin doğalgaz ve tüpgaz kullanarak, 11'inin tren ya da başka motorlu araç altına atlayarak ve 142'sinin ise diğer nedenlerden intihar ederek öldüğü belirtilmektedir. Erkeklerin intiharda en sık kullandığı yöntemlerde birinci sırada ası, ikinci sırada ateşli silahlar olduğu, kadınlarda ise birinci sırada ası, ikinci sırada yüksekten atlama olduğu belirlenmiştir. Bu verilere göre erkeklerin intiharda kullandığı yöntemlerin daha agresif olduğu anlaşılmaktadır (45).

Erkek çocuklarda en yaygın intihar yönteminin ası, kız çocuklarda ise, kendini zehirleme olduğunu bildirmişlerdir (75).

Malatya'da 1999-2002 yılları arasında ölümün intihar orijinli olduğu bildirilen 44 olgunun; %54,5'u (24 kişi) ası, %20,5'u (9 kişi) toksik madde, %18,2'si (8 kişi) ateşli silah, %4,5 (2 kişi) yüksekten atlama, %2,3'ü (1 kişi) kesici delici alet ile intihar ettiği belirtilmektedir (67).

Afyonkarahisar ilinde yapılan bir çalışmada 1997-2004 yıllarını kapsayan 923 adli olgudan, ölüm orijini intihar olarak belirlenen 108 olgunun otopsi raporları, keşif ve ölü muayene tutanakları incelenmiştir. Olguların 34'ünün (% 31.5) ateşli silahlar, 32'sinin (% 29.6) ası ve 30'unun (% 27.8) ise kimyevi maddeler ile intihar ettikleri, erkeklerin en sık ateşli silahları (% 38.9), kadınların ise ası yöntemini (% 44.4) kullandıkları belirtilmektedir (55).

İntihar girişimlerinde kullanılan yöntemler, intiharlar ile aynı olmakla birlikte oranları belirgin değişim göstermektedir. En sık kullanılan yöntem hem erkeklerde hem de kadınlarda ilaç ve diğer kimyasallar ile oluşan zehirlenmeler olarak karşımıza çıkmaktadır (39,103).

Kastamonu'da yapılan bir çalışmada; intihar girişimi nedeni ile Devlet Hastanesi Acil Servis'ine başvuran 193 hastanın; 172'sinin ilaç içerek, bu grupta 22 kişinin ise ilaç alımına ek bir yöntem kullanarak, geriye kelenler içinde en sık kesici alet ile intihar girişiminde bulunduğu belirtilmektedir (96).

Elazığ'da yapılan bir çalışmada üniversite hastanesi acil servisine başvuran adli olgular içinden intihar girişiminde bulunanalar ve intihar sonucu ölenler

değerlendirilmiştir. intihar girişimi sonucu başvuran 257 olguda en sık kullanılan yöntemin (% 76.3) ilaç içme olduğu bunu % 14.0 oranı ile tarım ilacı içme olduğu ortaya konmuştur. Ölümle sonuçlanan 34 olguda en fazla kullanılan yöntemin ası (% 58.8) olduğu, bunu % 26.5 oranıyla ateşli silah yaralanmasının takip ettiği anlaşılmaktadır (68).

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nın yaptığı bir çalışmada; ölüm orijini intihar olduğu belirtilen ve otopsileri yapılan 47 olgunun ölüm nedeni ve ölüm mekanizması karşılaştırılmıştır. Ölüm nedeni ası olan 40 olguda ölüm mekanizması mekanik asfiksi olduğu, ateşli silah mermi çekirdeği ile intihar eden 3 olguda ise ölümün beyin doku harabiyeti, av tüfeği ile intihar eden 4 olgudan ikisinde beyin doku harabiyeti, ikisinde de büyük damar yaralanması sonucu meydana geldiği belirtilmektedir (52).

Şanlıurfa ilinde Devlet Hastanesi Acil Servis'ine 2011 yılında intihar girişimi nedeniyle başvuran 227 hastanın geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada; intihar yönteminin en sık yüksek doz ilaç alma (% 93.4) olduğu ortaya konmuştur (85). Aynı ilde üniversite hastanesinde yapılan bir diğer çalışmada, özkıym nedeni ile acil servise başvuran 499 olguyu geriye dönük değerlendirilmiştir. Olguların %96.9'nun yüksek ilaç veya toksik madde alımı, %3.1'nin ateşli silah, delici-kesici alet, yüksekte atlama veya ası yöntemlerini kullandığı, en çok (%45.9) kullanılan ajanın ise antienflamatuvar ilaçlar olduğu, ölümle sonuçlanan olguların çoğunun organik fosfor alınımına (%47.3) bağlı geliştiği belirtilmektedir (69).

Kastamonu'da intihar girişimleri nedeniyle acil servise başvuran hastaların incelenmesi ile yapılan bir çalışmada; 70 hastanın 66'nın ilaç içerek, 1 kişi ise tarım ilacı içerek intihar girişiminde bulunduğu, 7 kişi kesici alet ile kendine zarar verdiği belirtilmektedir (79).

İntihar yöntemlerinin seçiminde bölgesel özelliklerin de belirleyici olduğu anlaşılmaktadır.

2.3.7. İntihar Davranışlarının Bireylerin Medeni Durumu ile İlişkisi

Bireylerin evli olmamasının, yalnız yaşaması ve boşanmış olmasının intiharlarda risk etmeni olduğu pek çok araştırma ile ortaya konmuştur.

ABD'de çiftlerin çocuk sahibi olduğu evliliklerin intihar riskini anlamlı ölçüde azalttığı bildirilmektedir. Evlilerde intihar hızı 100000'de 11 iken, hiç evlenmemiş

kişilerde yaklaşık iki katı, dul olanlarda 100000’de 24, boşanmış kişilerde 100000’de 40 olduğu belirtilmektedir. Bu oranlarda cinsiyetin etkili bir faktör olduğu, boşanmış erkeklerde hızın 100.000’de 69, boşanmış kadınlarda ise 100.000’de 18 olarak değiştiği belirtilmektedir (60).

Ülkemiz 2014 resmi verilerine göre; Türkiye’de intihar sonucu ölen 3065 olgunun; 1199’unun hiç evlenmediği, 1.461’inin evli olduğu, 224’ünün eşinin öldüğü, 136’sının boşandığı, 45’inin medeni durumun bilinmediği belirtilmektedir (45).

Türkiye’de intihar sonucunda ölen olgular ile ilgili Afyonkarahisar ilinde yapılan çalışmada; intihar sonucu ölen olguların medeni durumları değerlendirildiğinde; % 60.1’nin evli, % 31.5’nin bekar, % 5.6 ‘sının dul olduğu, % 2.8’nin ise belirtilmediği gözlenmiştir (55).

Kastamonu’da yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunmuş kadın hastaların 40’nın bekar, 20’sinin evli, 1’inin ise dul olduğu, erkeklerin ise 8’inin bekar, 2’sinin evli olduğu belirtilmektedir (79).

Urfa, Manisa ve Kastamonu illerinde yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunmuş hastalarda benzer sonuçlarla karşılaşıldığı, hastaların yarıdan biraz fazlasının bekar oldukları gözlenmiştir (69,70,96,).

2.3.8. İntihar Davranışının Mevsimsel ve Coğrafi Etmenler ile İlişkisi

Mevsimsel (iklimsel) ve coğrafi etmenlerin intihar davranışı üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de intiharlar ile ilgili yapılmış epidemiyolojik araştırmaların pek çoğunda, intiharların yılın belli zamanlarında yoğunlaştığından söz edilmektedir.

Tablo 4. TÜİK 2013 yılı intiharların mevsim ve aylara göre dağılımı (45).

2013 intihar sayısı	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık
3189	276	252	297	283	300	288	286	259	285	236	219	207

TUİK 2013 verileri incelendiğinde Mayıs ayında en yüksek seviyede olsa da intiharların aylara göre dağılımında anlamlı fark olmadığı gözlenmektedir.

Woo ve arkadaşlarının 1979-2011 yılları arsında yayınlanmış makaleleri inceledikleri bir çalışmada intihar oranlarının ilkbahar ve yaz aylarında pik yaptığı belirtilmektedir. Chew ve Mc Cleary'nin kapsamlı 28 ülke çapında intihar mevsimsel değişimini karşılaştırıldığı bir çalışmada intihar oranlarının bahar mevsimlerinde arttığı belirtilmektedir. Portekiz ve Kanada karşılaştırıldığında; Kanada'da kış/bahar oranın 1.08, Portekiz'de ise kış/bahar oranın 1.7 olduğu belirtilmiştir. Kuzey yarım küre ile uyumlu olarak az gelişmiş ülkelerde de intiharların ilkbahar ve yaz aylarında arttığı, Güney Afrika'da ise sonbaharda düşme olduğu belirtilmektedir. Avusturalya'da yapılan çalışmalar ile intiharın ilkbaharda en yüksek oranda görüldüğü Avrupa, Asya ve Kuzey Yarım küre ile benzer olduğunu göstermiştir (104).

Makris ve arkadaşları tarafından İsveç'te yapılan bir çalışmada intiharların ilkbahar ve yaz aylarında daha sık olduğu, bu durumun mevsimsel serotonin düzeyindeki dalgalanmaya bağlı olabileceği belirtilmektedir (105).

Malatya'da yapılan bir çalışmada 1999-2002 yılları arasında ölü muayenesi ve/veya otopsi yapılmış orijini intihar olarak belirlenmiş 44 olgu incelenmiştir. Olguların %18'inin Şubat ayında görüldüğü gözlenmiştir. Ancak bu oranın istatiksel olarak anlamlı olup olmadığı konusunda yorum yapılmamıştır (67).

Sayıl ve arkadaşlarının Ankara'da intihar girişimi nedeni ile hastaneye başvuran 1901 olguyu (n:1901) araştırdıkları çok merkezli çalışmada; intihar girişimlerinin en çok; Haziran (%10.60) ve Ağustos (%10.48) aylarında birikim yaptığı gözlenmiştir (61). Kastamonu ilinde yapılan çalışmada intihar girişimlerinin mevsimsel olarak en fazla yaz ve sonbahar aylarında gerçekleştiği belirtilmektedir (79). Aynı ilde yapılmış başka bir çalışmada Devlet Hastanesi'ne intihar girişimi nedeni ile başvuran 193 hastanın en fazla temmuz ve Ağustos aylarında yoğunlaştığı belirtilmektedir (96).

2014 yılında Türkiye'de gerçekleşen intiharlar gözden geçirildiğinde; kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 11,63 ile Tunceli olduğu, bu ili Bingöl ve Edirne'nin izlediği, kaba intihar hızının en düşük olduğu ilin ise yüz binde 1,06 ile Bartın olduğu, Bartın ilini Çankırı ve Bayburt'un takip ettiği belirtilmektedir (45).

Türkiye'deki coğrafik bölge dağılımına bakıldığında ise 2014 yılında gerçekleşen 3065 intihar orjinli ölümün; 419'unun İstanbul şehrinde, 149'unun Batı Marmara,

224'ünün Doğu Marmara, 476'sının Ege bölgesinde (196'sının İzmir), 304'ünün Batı Anadolu, 176'sının Ortadoğu Anadolu, 160'ının Orta Anadolu, 468'inin Akdeniz, 164'ünün Batı Karadeniz, 106'sının Doğu Karadeniz ve 297'sinin Güneydoğu Anadolu bölgesinde olduğu bildirilmiştir (45).

2.3.9. İntihar Araçlarına Ulaşılabilirlik

İntihar araçlarına ulaşım kolaylığının, intihar davranışı üzerine etkili olduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün intiharı önleme ile ilgili 2014 tarihli 1. Akıl sağlığı Eylem Planında içeren kitapçıkta; intihar ve intihar girişimlerini önlemek için etkili bir strateji geliştirmenin önemli olduğunu, insektisitler (tarım ilaçları), bazı ilaçlar ve ateşli silahlar gibi en yaygın intihar araçlarına erişimin kısıtlanmasının gerekli olduğunu belirtmektedir (1).

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde silah sahibi olmanın kanunlar ile sınırlandırıldığı, motorlu taşıtlarda katalitik konvertörlerin kullanımının zorunlu tutulduğu, ilaç paketlerinin içerdiği toplam ilaç miktarının toksik olmayan bir düzeye indirildiği yerlerde intihar hızının düştüğü gösterilmiştir (106-109).

ABD'de 7 eyalette toplam 8 bölgede intihar eğilimli hastaların ölümcül yöntemlere erişimlerini azaltma ile ilgili acil serviste çalışan sağlık personeliyle yapılan bir çalışmada, katılımcılardan yarısına yakını intiharların çoğunun ya da tamamının önlenabilir olduğuna inandıklarını, hemşirelerin %67'si, doktorların %44'ü ateşli silah ile intihar edenlerin daha önceden ateşli bir silaha sahip olduklarını düşündüklerini belirtmişlerdir (110).

Özellikle hastanede yatan hastalarda hastanede ortamdaki riskleri en aza indirilmesi kişilerin intihar araçlarına ulaşımını engelleyeceği belirtilmektedir. Bunun için; hastanın kaldığı servisteki tüm pencerelerde güvenlik kilitlerinin olması, pencere açıklıklarının kısıtlı olması, merdivenlerin güvenli olması ve çatıya erişimin olmaması, ası malzemelerinin ortadan kaldırılması, duş perdelerinin, giysi kancalarının, kaldırılması, açıkta boru olmaması ve telefonun kordonsuz olması gibi önlemler alınabileceği belirtilmektedir (111).

Avustralya, Kanada, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri de dahil olmak üzere sekiz ülkede yapılan çalışmada; genel olarak intihar önleme stratejileri köprüler gibi yüksek yerlere, demiryolu hatlarına erişimi, ilaç alımını düzene sokma, araç egzoz

gazlarının kontrolü, ateşli silahlara erişimi engellemeyi hedeflediği, ilaçların düzenlenmesi ve kasıtlı doz aşımını engellemek için farkındalık ve eğitim programları, güvenli ilaç reçeteleme, depolama ve ilaçların imhası; takip ve izleme sistemlerinin geliştirilmesi; ilaçların güvenli depolaması için yeni teknolojilerin geliştirilmesi ve farklı hükümet departmanlar arasında ortaklıklar kurulması gerektiği belirtilmektedir (112).

İntiharlarda bir yöntemin kullanılabilirliğin intihar düşüncelerinin intihara dönüşmesinde etkili olabileceği, özellikle alta dürtüsellik olduğu durumlarda intihar davranışı sergileyen kişinin kendisi için en kolay ulaşılabilir araçları kullanmasının olası olduğu belirtilmektedir. Kolay temin edilebilir araçların sıklıkla en yaygın intihar aracı olarak kullanıldıkları, kadınların ilaçlara daha fazla erişime sahip olma eğiliminde oldukları, erkeklerin ise genellikle belirli şiddet aracını kullanmayı tercih ettikleri belirtilmektedir.

İntiharda tehlikeli yöntemlere kullanılabilirliğin sınırlanması tüm ulusal intihar önleme stratejilerinin ortak bir faktörü olduğu belirtilmektedir (113).

6.3.10. İntihar Davranışı Risk Faktörleri

İntihar riski, kişinin gelecekte kendini öldürme olasılığı olarak tanımlanmaktadır. İntiharın önlenabilir bir ölümler olması nedeniyle, intihar riskinin değerlendirilmesinin çok önemli çok önemli olduğu üzerinde durulmaktadır. Bu riskin yakın, orta ya da uzak gelecek için ayrı özellikler taşıdığı ve özellikle yakın gelecek için değerlendirilmesinin aciliyet taşıdığı vurgulanmaktadır. Bu konuda birçok araştırma yapıldığı, rehberler hazırlandığı, geniş kapsamlı programlar uygulandığı gözlenmektedir. Buna rağmen intihar riskinin tam bir doğrulukla belirlemenin ve tüm intiharların önlenebileceğini ileri sürmenin mümkün olmadığı kabul edilmektedir (114).

Bir bireyin intihar etme olasılığını arttıran, kişisel ya da içinde bulunduğu sosyoekonomik ve kültürel pek çok durumun intihar için risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

Yaş, cinsiyet, medeni durum ve ev halkı, eğitim ve ekonomik durum, sosyal sınıf ve çevre gibi sosyodemografik risk faktörleri yanında ailesel ve klinik etmenler üzerinde durulmaktadır. İntihar düşüncesinin özellikleri, önceki intihar girişimleri, bedensel ve kronik hastalıkların intihar olasılığını arttırdığı belirtilmektedir. Yaşam olayları ve

stresörler, intihar araçlarının ulaşılabilirliği, model alma, intihar motivasyonu gibi etmenler durumsal risk faktörleri içinde kabul edilmektedir (114).

Düzenli bir aile yaşantısı, aile içinde sıkı ve yakın bağların olması, evli ve çocuklu olmak (özellikle kadınlarda 2 yaşın altında bir çocuğunun olması), iyi ve tutarlı sosyal desteklere, yakın arkadaş ilişkilerine sahip olmak ise başlıca koruyucu çevresel faktörler olarak belirtilmektedir (115).

Yapılan bir çok çalışmada; İşsiz, boşanmış, yalnız yaşama, 15-24 yaş aralığında olmanın travmatik yaşam olayları, geçmiş yaşam öyküsü, beden sağlığı, aile öyküsü ve ruhsal hastalıklar intihar için risk faktörleri arasında yer aldığı belirtilirken, yakın zamanda gerçek ya da sembolik anlam taşıyan kayıpların olması, yakın çevre ile iletişim sorunları yaşamak ve başta depresyon olmak üzere bir ruhsal sorunun olması intihar girişimleri için risk faktörleri arasında olduğu belirtilmektedir (48,116, 117).

Dünya Sağlık Örgütü'nün intihar için risk faktörlerini birkaç başlık altında gruplandığı gözlenmektedir. Sağlık bakımına erişmede ve gerekli bakımın alınmasındaki zorluklar, intihar için araçların kolay bulunması, intiharı heyecanlı kılan ve "taklitçi" intihar riskini artıran uygunsuz medya bildirimleri, intihar eğilimi davranışları veya ruh sağlığı ve madde bağımlılığı sorunları için yardım isteyen insanların damgalama endişesi, sağlık sistemleri ve toplumla ilişkili risk faktörleri olarak ele alınmaktadır. Topluma ve ilişkilere bağlı riskler ise, savaş ve felaketi, kültürleşme stresleri (yerli halklar ve yerinden edilmiş insanlardakiler gibi), ayrımcılığı, izolasyon duygusu, tacizi, şiddeti ve çatışma ilişkilerini içermektedir. Bireysel risk faktörleri ise, önceki intihar girişimleri, ruhsal bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, finansal kayıp, kronik ağrı ailede intihar öyküsünü kapsamaktadır (1).

Bir bireyin intiharında birden çok risk faktörünün etkili olabildiği ve bu faktörlerin toplumlara göre değişebildiği ve ortaya konmasının güç olduğu bildirilmektedir. (56,114) Risk faktörlerinin her grup için belirlenmesi stratejilerin oluşturulup intiharları önlemede temel oluşturduğu belirtilmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü çalışmaları, erkeklerin %10'unda kadınların ise %6'sın da intihar girişiminden önce yaşanmış bir durum değişikliği olduğunu göstermektedir (1).

ABD'de evlilerde intihar oranının 11/100.000, hiç evlenmemiş kişilerde yaklaşık iki katı, dullarda 24/100.000, boşanmış kişilerde 40/100.000 olarak bildirildiği, boşanmış erkeklerde oranın 69/100.000, boşanmış kadınlarda ise çok daha düşük 18/100.000 olduğu,

Avrupa’da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunun ABD verilerine benzer şekilde bekar, dul ya da yalnız yaşamakta olduğu belirtilmektedir (42,118).

Aile içinde yaşanan stres yaratan durumların yalnızca erişkinler için değil çocuk intiharlarında da risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir. Anne ve babanın boşanması, evliliklerdeki uyuşmazlıklar, annenin eğitim düzeyinin çok düşük veya yaşının çok genç olması ve ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda adölesan ve çocuklarda riskin arttığı bildirilmektedir (42,72,73,119).

Ekonomide yaşanan krizlerin toplumlar üzerindeki temel sosyoekonomik etkileri, gelirin azalması, işsizlik ve bunların sonucu olarak yaşam standartlarının olumsuz yönde değişmesi, sosyal sınıflar arasındaki gelir eşitsizliğinin ve yoksulluğun artması olduğu belirtilmektedir. Ekonomik krizler bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve bu sonuçların intihar için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir (120).

Durkheim, işsizliğin sosyal izolasyonu artırdığını, sosyal izolasyonun da intihar riskinde artışa sebep olduğunu belirtmiştir (121).

Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişilerin yarısından fazlasının düşük sosyoekonomik grup içinde olduğu, intihar girişiminde bulunan kişilerde sosyal bakımdan instabilite ve fakirliğin genel topluma oranla daha sık gözlemlendiği, işsizlik süresi arttıkça intihar girişimi riskinin de arttığı belirtilmektedir (28,42,122,123).

Bir çalışmada ekonomik kriz ve ruh sağlığı ilişkisi kapsamında Türkiye’de 1990-2008 yılları arasında değişen işsizlik oranlarının kaba intihar hızı ile korelasyonu incelenmiştir. Bu iki değişken arasında pozitif bir ilişki bulunduğu gözlemlenmiştir (120).

1997-98 Güney Doğu Asya krizi sonrasında Hong Kong, Japonya ve Kore’de intihar sıklığının arttığı tespit edilmiştir (124).

Şevik ve arkadaşlarının Kastamonu Devlet Hastanesi bünyesinde kurulmuş olan krize müdahale birimine Haziran 2008-Ocak 2010 tarihleri arasında intihar girişimi nedeni ile başvuran ve psikiyatri polikliniğine yönlendirilmiş olan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden 193 hastayla yapılan çalışmada; bekar (%56) ve evli (%42) bireylerin olması aile içi sorunların intihar girişiminde önemli olabileceğini düşündürmektedir (96).

Çocuk ve adölesan intiharları ile ilgili yapılmış çeşitli derleme çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu çalışmalarda sözü edilen bir araştırmada, intihar düşüncesi, girişimi veya tehdidi ile hastaneye başvuran 8-17 yaş grubunda 5426 çocuğa anket uygulandığı, her iki

cinsiyette madde kullanımının, depresyon ve yetişkinler ile bozulmuş ilişkilerin intihar öncüleri olduğu ortaya çıkmıştır (76).

Çocuklarda ve ergenlerde depresyon, intihar tehditleri, agresif ve isyankar tutumların ayrıca düşük benlik saygısı, aile içi sorunlar ve umutsuzluğun intihar davranışları için öncü belirtiler olabildiğine dikkat çekilmektedir (74,77).

Kansas'ta yapılan bir anket çalışmasında, rehber öğretmenlerin bağlantı kurduğu, intihar girişimi olan 95 erkek, 92 kadın olmak üzere toplam 182 çocuktan %55'in de ailevi sorunlar, %25'inde bozuk akran ilişkileri, %15'in de akademik başarı sorunları, %5'inde madde kullanımı, %3'ün de fiziksel özür, %2'sin de ailesel ve ekonomik sorunlar sonucu intihar girişiminde bulundukları bildirilmiştir (74).

Ağrıtmış ve arkadaşlarının 1996 ve 2000 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulu'na gönderilen 19 yaş altındaki davaları retrospektif olarak değerlendirdiği çalışmada; 43 olgunun (%72), 31'nin kadın, 12'sinin erkek olduğu, ateşli silah ile gerçekleşen intiharların ön planda olduğunu belirtmişlerdir (125).

Arslan ve ark. 2007 yılında Adli Tıp Kurumu Adana Şube Müdürlüğü otopsi kayıtlarının geriye dönük olarak çocuklar ve 1997-2005 yılları arasında (18 yaşın altındaki) ergenlerde intihar olgularının incelendiği, 0-18 yaş arasında bu tarihler arasında 1390 adli ölüm olgusunun 186'sının ölüm orjininin intihar olduğu belirtilmektedir. İntihar olgularının %62.9'unun kadın olduğu, 131 olgu sayısı ile 16-18 yaş aralığının ön planda olduğunun gözlemlendiği, genel olarak en sık kullanılan yöntemin ası olduğu belirtilmektedir (75).

Gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde yürütülen çalışmalarda ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinde ruhsal rahatsızlık yaygınlığı % 80-100 oranında saptandığı, hayat boyu intihar girişiminde bulunma riskinin; duygu durum bozuklukları görülen hastalarda % 6-15, alkoliklerde % 7-15 ve şizofrenilerde % 4-10 olarak saptandığı belirtilmektedir (126).

Depresyon genel nüfusta yaygın görülen bir rahatsızlıktır ve pek çok kişi tarafından bir hastalık olarak görülmemektedir. Hekime başvuran hastaların % 30'unda depresyon olduğu tahmin edilmektedir. Tanı konmamış ve tedavi edilmemiş depresyonun intihar için büyük bir risk oluşturduğu bilinmektedir. Depresyonlu hastada intihar riskini artıran faktörlerin; erkeklerde 25 yaşın altında olmak, hastalığın ilk aşamaları, alkol bağımlılığı, bipolar bozukluğun baskılanmış dönemi, manik-depresif hal ve psikotik bozukluk olduğu belirtilmektedir (126).

Yapılan son çalışmalarda, intihar eden gençlerde yüksek oranda (% 20-50) kişilik bozukluğu bulunduğu belirtilmektedir. İntihara eşlik eden yaygın kişilik bozukluklarının, sınır kişilik ve antisosyal kişilik bozukluğu olduğu, histerik ve narsistik kişilik bozuklukları ve agresyon, saldırganlık gibi ruhsal durumların da intihar davranışında sık görüldüğü bilinmektedir. Anksiyete bozuklukları içinde panik bozukluğun intiharda en sık görüldüğü bunu obsesif-kompulsif bozukluk (OCD) izlediği, somatik rahatsızlıklar ve yeme düzensizliklerinde (anoreksi ve bulumi) intihar eğiliminin arttığı bildirilmektedir (126).

Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 2007-2011 yıllarına ilişkin 'intihar girişimleri kayıt formları geriye dönük inceledikleri çalışmada; toplam 6827 olgudan 1787'sinin (%26.1) daha önce psikiyatrik tanı aldığı, psikiyatrik tanı alan kişilerin 801'inin tanısının belirtilmediği, belirtilenler içerisinde en yaygın psikiyatrik bozukluğun, depresyon (%69.8) olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada; özkıyım nedeninin kadınlarda en çok aile geçimsizliği, evlilik ve çocuklar olduğu, erkeklerde ruhsal hastalığın ön plana çıktığı, ergenlerde ve 15-24 yaş grubunda ebeveyn çatışmaları, 65 yaş ve üzerinde ruhsal ve bedensel hastalık olduğu ortaya çıkmıştır (70).

Kastamonu'da intihar girişiminde bulunmuş 70 hastanın ele alındığı bir çalışmada 21 kişinin çekirdek ailede, 45 kişinin geniş ailede yaşadığı, özgeçmişlerinde 18'inde depresyon, 4'ünde anksiyete bozukluğu ve 1'de uyum bozukluğu tanısı konduğu, 5'inde bedensel kronik bir hastalık olduğu gözlenmiştir. Hastaların en çok ilişkilendirdikleri sorunun karşı cinsle ilişkiler olduğu gözlenmektedir. Kronik ve ruhsal hastalık tanıları olmasına rağmen hiçbirinin bunları temel sorun olarak bildirmemesi dikkat çekici bulunmuştur. Ayrıca cinsel sorunlar, evsiz kalma, okul sorunları, taciz, ruhsal hastalık, alkol madde bağımlılığı intihar girişiminde etkili bir faktör olarak belirtilmemiştir (79).

Şanlıurfa'da 01 Haziran 2008-31 Mayıs 2009 tarihleri arasında Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'na özkıyım nedeniyle başvuran olguların geriye dönük olarak incelendiği araştırmada acil servise intihar girişimi ile başvuran olguların intihar nedenleri olarak ruhsal bunalım (%41.1), aile içi şiddet (%20.8) ve ekonomik sıkıntılar (%13.7) olduğu belirtilmektedir (69).

İntihar düşünce ve davranışı ile psikiyatrik bozukluklar arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik hastalarda intiharların görülme sıklığı diğer gruplardan 5 ile 40 kez daha yüksek olduğu bilinmektedir (127).

Unipolar depresyonun, intihar riskinin arttırdığı depresyon hastalarının yaklaşık %50'sinin hayatının bir döneminde intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir.

Bu konuda yapılan bir çalışmada intihar girişimi öyküsü bulunan bireylerde daha önceden yaşadıkları duygusal istismar - ihmal, toplam çocukluk çağı travma ve agresyon skallarının intihar girişimi olmayanlara göre daha yüksek bulunduğu, ancak sadece duygusal ihmalin artmış intihar riski ile belirgin ilişkisi olduğu belirtilmektedir (127).

Çeşitli örneklemelerde yapılmış olan çalışmalarda, intihar girişimi ile farklı çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve öfke yaşantılarının ilişkili olduğu gözlenmektedir.

Yıldırım ve arkadaşlarının Aralık 2009-Mart 2010 tarihleri arasında Bakırkoy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayaktan tedavi birimine başvuran 106 unipolar depresyon hastası ile yaptıkları bir çalışmada; travmatik çocukluk çağı yaşantılarının uzun dönem etkileri ile erişkinlikte intihar riskini arttırabileceği, depresif yakınmalarla başvuran hastalarda özellikle fiziksel istismar ve cinsel istismarı sorgulamanın oldukça önemli olduğu, bu konudaki çalışmaların, çocukluk çağı istismar yaşantıları ve intihar davranışı arasındaki nedensellik ilişkisini anlaşılmasına ve tedavi planı oluşturulmasına katkı sağlayacağı belirtilmektedir (127).

Brodsky ve Oquendo, çocukluk çağında fiziksel ya da cinsel istismar olan depresyondaki erişkinlerin, travma öyküsü olmayanlara göre intihar girişiminin anlamlı oranda yüksek olduğunu bildirmiştir (128).

Bağımlılık ve madde kullanımı ile intihar riskini incelediğimizde ise; bağımlılık kişinin işini, ailesini, çevresini etkilediği; davranışını ve tutumunu, duygularını kontrol edemez hale getirdiği; beden ve ruh sağlığını tehlikeye soktuğunu; toplumsal hayatını sarstığı, umutların yitimi ve çaresizliğin hayat tarzı haline geldiği ve sonuçta “ intihar” riskini ortaya çıkarabildiği belirtilmektedir (129).

Madde kullanımında impulsif davranış bozukluğu artışının intihar olasılığını yükselttiği bilinmektedir. Madde kullanan 298 kişide; %67 oranında intihar düşüncesinin oluştuğu; %30 oranında en az bir kez ve %25 oranında birçok kez intihar girişiminin olduğunun görüldüğü belirtilmektedir (130). Bir başka çalışmada ise, 392 intihar olgusunun incelendiği ve bunların %10'unun eroin kullandığının belirlendiği belirtilmektedir (131).

Özden ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde bağımlılığı olanların %10'unun kendilerine zarar verdiği belirtilmektedir (132).

Mırsal ve arkadaşlarının Aralık 1998-Mart 1999 tarihleri arasında kliniklerine başvuran ve DSM IV kriterlerine uyan alkol bağımlılığı tanısı ile yatışı yapılmış 25 hasta (24 erkek, 1 kadın) ile yaptıkları çalışmada; 5 hastada (% 20) son bir yıl içinde intihar davranışı/ düşüncesi olduğu belirlenmiştir (133).

Çalışmalarda alkol ile ilişkili bozukluklarda intihar yaygınlığının % 10-15 arasında değiştiği söz edilmektedir. İlk kez alkol bağımlılığı tedavisi için başvuran hastalarda “intihar davranışı-düşüncesinin” oldukça yüksek olduğu, intihar davranışında alkol kullanımının varlığı çok daha yüksek oranlarda olduğu, alkol bağımlılığında intihar riskini arttıran faktörlerin; majör depresif bozukluk, psikososyal destek azlığı, ciddi fiziksel hastalık varlığı, işsizlik ve yalnız yaşamak olduğu, orta yaş, bekarlık, yalnızlık, sosyal izolasyon ve halen içiyor olmak alkol bağımlılığında intihar riskini artıran diğer faktörler olduğu belirtilmektedir (133). Yapılan çalışmalar alkol bağımlılığında intihar riskinin genel popülasyona göre 15 kat daha fazla olduğunu gösterildiği belirtilmektedir (134).

Alkoliklerde intihar riskini yükselten temel faktörlerin ise; erken yaşta alkolizm, uzun alkolizm geçmişi, yüksek bağımlılık derecesi, moral bozukluğu, zayıf beden sağlığı, düşük çalışma performansı, ailede alkolizm hikayesi, yakın geçmişte önemli bir bireyler arası ilişkinin sona ermesi ve bir yakının kaybı olduğu belirtilmektedir (126).

İstismar ve intihar ilişkisine göz attığımızda ise; psikiyatri hastanelerinde yatan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların % 18'inin istismar içeren bir öyküsü olduğunu ve bu hasta grubunda intihar riskinin, maddenin kötüye kullanımının ve sınır kişilik bozukluklarının diğer hastalara oranla anlamlı derecede daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (135).

İmren ve arkadaşlarının Temmuz 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında cinsel istismara uğramış ve adli rapor düzenlenmesi istemi ile çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen 3-17 yaşları arasındaki 157 olgunun dosya bilgileri geriye dönük olarak inceledikleri bir çalışmada; Cinsel istismara uğrayan olguların başvuru sırasında yapılan ruhsal durum değerlendirilmelerinde %87.9 oranında ruhsal bozukluk belirlendiği, olgularda en sık görülen ruhsal bozukluğun travma sonrası stres bozukluğu (%36.9) olduğu, toplam (%14) olguda istismar sonrası intihar girişiminin saptandığı, intihar girişiminde bulunan olguların tamamını kız cinsiyet oluşturduğu, 13 yaş altında

%1.7 oranında intihar girişimi saptanırken, bu oran 13 yaş üzerinde %21.4 olduğu belirtilmektedir (136).

İntihar girişimi için risk faktörleri değerlendirildiğinde zorlama ile vaginal-anal-oral penetrasyon varlığında intihar girişimi riskinin 3.2 kat, travma sonrası stres bozukluğunun varlığında 4 kat, depresif bozukluk varlığında ise 6.7 kat arttığı belirtilmektedir (137).

Aile içi şiddete maruz kalmış kadınlar arasında ruh hastalıklarının yaygınlığı ve eş tarafından uygulanan şiddetin ruh sağlığı sorunları açısından bir risk etmeni oluşturduğu konusu literatürde yer almaktadır. Bir literatür taraması şiddet görmüş kadınların % 47.6'sının depresyon, % 17.9'unun intihar riski taşıdığını belirtmektedir (135).

Güney Asya bölgesinde 208 kadın üzerinde yapılan araştırmada % 21 oranında eşler arasında şiddet yaşandığı görölürken, bu kadınların eşinden şiddet görmeyen kadınlara oranla anlamlı derecede daha fazla fiziksel sağlık sorunları, depresyon, kaygı ve intihar düşünceleri bildirdikleri saptanmıştır (135).

Kronik fiziksel hastalık halinde intihar riskinin yükseldiği, buna ek olarak, fiziksel rahatsızlığı olan insanlarda genellikle artan oranda psikolojik rahatsızlıklar, özellikle depresyon görölüdüğü, kronik, sakatlık ve kötü prognoz (hastalığın seyrine dair negatif öngörü) intiharla neden sonuç ilişkisi içerisinde olduğu belirtilmektedir. Nörolojik rahatsızlıklar içerisinde epilepsinin ilk sıraları aldığı, felç sonrası özellikle sakatlığı ve fiziksel engelliliği artıran sonraki fonksiyon bozukluklarında hastaların %19'unun depresyonda olduğu ve intihara meyilli olduğu belirtilmektedir (126).

Kanser hastalarında; intihar riskinin en yüksek olduğu dönemin ölümcül hastalıkların teşhis edildiği ve tümörün geliştiği ilk iki yıllık dönem olduğu, acı ve ağrının intihar eğilimini tetikleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (126).

Kronik böbrek hastalığı, karaciğer hastalığı, kemik ve eklem hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, mide ve bağırsak hastalıkları gibi bazı kronik tıbbi durumların da intihar riskini artırdığı, hareket yeteneğini engelleyen engellilik, görme ve işitme engelli olmanın da intihara katkıda bulunabileceğinden söz edilmektedir (126).

HIV enfeksiyonu ve AIDS intihar riskini artıran bir faktördür. Riskin tanının doğrulandığı anda ve hastalığın başlangıç aşamalarında daha yüksek olduğu belirtilmektedir (126).

2.4. Sağlık Çalışanlarının İntihar ve İntihar Olgularına Yönelik Tutumları

Epidemiyolojik veriler göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının her yaş grubunda intihar olguları ile karşılaşabildiği bilinmektedir. Sağlık çalışanlarının bu olgularda tedavi sorumluluğu yanında intihar girişimi ve intihar sonucu ölümlerin azaltılmasında önemli rolü olduğu vurgulanmaktadır. Riskli grupları bilme, intihar düşünceleri ve davranışlarını tanıma, bu olgulara doğru yaklaşım, tutum ve hasta takibinin intiharı önlemede etkili olduğu belirtilmektedir (5).

Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda “danışman” ve “model” işlevi gören sağlık çalışanlarının, negatif hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımlarının bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici bir rol oynadıkları belirtilmektedir (138). Olumsuz tutumların hastaları tekrar intihar riski ile karşı karşıya bıraktığı, aynı zamanda bireyin intiharı en iyi çözüm olarak görmesine neden olabileceğine dikkat çekilmektedir (139). Damgalama; çevrede farklı olduğu düşünülen kişiye karşı hissedilen duygu beraberindeki önyargılı davranış olarak da ifade edilmektedir. Bu durum kişiye damgalanma nedeniyle gerçeğe dayanmaksızın, adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklenmektedir (140). Bu önyargılı davranışlar kişide ayrımcılık ve dışlanmaya yol açmaktadır (141).

Acil Servis çalışanlarının intihar girişimlerinde hastalara karşı negatif tutumlarının altında iş stresinin etkisi olabildiği belirtilmektedir. Tekrarlayıcı ve tekrarlayıcı olmayan intihar girişiminde bulunmuş hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, psikiyatrist ve sosyal çalışmacılardan oluşan görüşmecilerin tutumlarında farklılık olduğu belirtilmektedir. Tekrarlayıcı şekilde kendini zehirleyerek intihar girişimi olgular karşısında negatif yada nötr tutum takındıkları bildirilmektedir (142).

Avrupa Bölgeleri Topluğu (Assembly of Europe an Regions) bünyesinde 1999’da kurulan SUPPORT çalışma ağı, Litvanya, Macaristan, Norveç, Rusya, Slovenya ve Türkiye’nin dahil olduğu çeşitli ülkelerde, farklı kültürlerde intihar olgularında meslek gruplarının tutumlarını araştırmaktadır. Stratejik noktalarda çalışanların intihar karşısındaki tutumlarının o toplumda intihar hızında etkisi olduğu, tutum değişikliğinin intiharları önlemede önemli olabileceği belirtilmektedir (143).

Sağlık çalışanlarının intihar olgularına yaklaşımı ve tutumları ile ilgili yapılmış pek çok araştırma bulunmaktadır. Araştırmalar intihar girişiminde bulunan olgulara sağlık

alışanlarının genel olarak önyargılı olabildiği, hastaları stigmatize edebildikleri, olumsuz duygular besleyebildiklerini ortaya koymaktadır. Yine bazı çalışmalarda intihar girişiminde bulunanlarla ilk teması kuran personelde hastalara karşı nötr tutum veya sempati eksikliği gözlemlendiği belirtilmektedir (138,142,144-150).

Sağlık alışanlarının, farklı meslek grubunda olması, meslekteki çalışma süreleri, aynı meslek grubunda olup farklı hizmet veren sağlık kurumlarında çalışmaları gibi etmenlerin hastalara karşı tutumlarında etkili olduğu çalışmalarda bildirilmektedir.

İngiltere’de acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan 81 doktor ve 299 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada sağlık personelinin özkıyım girişiminde bulunmuş hastalara karşı tutumları bir anket çalışmasıyla araştırılmıştır. Hastalarına karşı doktor ve hemşirelerin tutumlarının genellikle negatif olduğunu ve bu hastalarla ilgilenmekten hoşlanmadıklarını, hemşirelerin bu hastalara yanlış bir şey söylemekten doktorlardan daha fazla korktuğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %83’ü, doktorların ise %61’inin intihar için kendilerine verilecek eğitimden yararlanabileceğini ifade etmişlerdir (148).

Glaskow’daki hastanelerde görevli doktor ve hemşireler ile yapılan anket çalışmasında fiziksel hastalık ile başvuran hastalara intihar davranışı sergileyen hastalara göre daha olumlu tutumları olduğu, fiziksel şikayeti olan hastalar hakkında daha fazla endişe ettiklerini ve bu hastalara karşı daha olumlu tutumlara sahip oldukları ortaya konmuştur. İntihar davranışında bulunan hastaların sosyal ve çevresel geçmişı hakkında yeterli bilgi olmadan sorunlarını anlamayı çok zor bulduklarını vurguladıklarını bildirmişlerdir. Patel bu çalışmanın tartışma bölümünde; intihar davranışında bulunan hastaların ihtiyacı olan en son şeyin sağlık personeli tarafından reddedilme, onlarda kaygı ve korku hissi uyandırma olduğunu vurgulamıştır (147).

İngiltere’de travma ve acil servis departmanında çalışan hemşireler ile toplum ruh sağlığı birimlerinde çalışan hemşirelerin, intihar girişimi bulunmuş hastalarda tutumları karşılaştırılmıştır. Önceden yapılmış benzer çalışmaların aksine her iki grup hemşirelerin bu hastalardaki tutumlarının olumlu olduğu istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Tutum üzerine en önemli etkisi olan faktörün mesleki deneyim olduğu, daha deneyimli hemşirelerin intihar eden hastalarına karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğu belirtilmektedir (150).

Samuelsson ve arkadaşları İsveç’de yaptığı bir çalışmada, hastaların somatik bakımı ilgilenen hemşireler ile psikiyatri hemşirelerinin intihar girişiminde bulunmuş hastalara

karşı tutumlarını karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda psikiyatrik hizmetler içinde çalışan hemşirelerin, diğerlerine göre bu hastalara karşı daha anlayışlı ve istekli olduğu, mesleki deneyim süresi ile olumlu davranışların doğru orantılı olduğu ortaya çıkmıştır. Hemşirelerdeki olumsuz davranışın düşmanca bir tutumdan değil daha çok bilgi eksikliğinden kaynaklandığı, intihar davranışıyla ilgili eğitime ihtiyacı duyulduğu sonucuna varılmıştır (151).

Kendine zarar davranışı ve tekrarlayan intihar girişimlerinin, tamamlanmış intiharların önemli bir risk faktörü olmasından yola çıkarak, İnagaki ve arkadaşları bir metaanaliz araştırması yapmışlardır. İntihar girişimi nedeniyle acil servislere başvuran hastalarda girimleri önlemeye yönelik müdahalelerin incelendiği 24 çalışma değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonunda, hastalarla aktif iletişim ve hasta izleminin intiharların 12 ay içinde tekrarlanmasının önlenmesinde en etkili müdahale yöntemi olduğu sonucuna varmışlardır (152).

Suominen ve arkadaşları Helsinki’de psikiyatri konsültasyon olanağı bulunan ve bulunmayan iki hastanenin acil servis çalışanlarının, intihara girişiminde bulunan hastalara karşı davranışlarını karşılaştırdıkları bir araştırma yapmışlardır. Doktor, hemşire ve diğer personele, geliştirdikleri intihar eden hastaları anlama ölçeği uygulanmıştır. Sağlık çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadığı, ancak iki hastane arasında personel tutumları arasında belirgin farklılıklar gözlemlendiği, psikiyatrik konsültasyon ile çalışanlarda intihar davranışlarına karşı tutumların daha olumsuz olduğu gösterilmiştir (144).

Ulusal literatür araştırıldığında ülkemizde de sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan ve psikiyatrik hastalarına karşı tutumları ile ilgili çalışmaların yapıldığı gözlemlenmiştir. Bu çalışmalardan bazıları aşağıda aktarılmıştır.

Arkan ve arkadaşları, ülkemizde sağlık çalışanlarının psikiyatri hastaların karşı tutumlarının araştırıldığı bir literatür derleme çalışması yapmışlardır. Çalışma kapsamına alınmış 2’si niteliksel 18’i ise niceliksel toplam 20 araştırmayı değerlendirmişlerdir. Çalışmalarının sonucunda, öğrenciler ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının son 10 yılda halen psikiyatri hastalarına yönelik reddedici, dışlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı tutumlarının son 10 yılda değişmeden varlığını sürdürdüğü sonucuna varmışlardır (153).

Yüksel ve Taşkın’ın Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada; hastaların özellikle

damgalanma korkusu nedeni ile psikiyatrik sağaltımdan kaçındıkları, hekimlerin ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının aslında toplumun tutumlarının bir yansıması olduğu, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan kişilere ve psikiyatrik sağaltımlara yönelik olumsuz tutumlarının, hastaların sağaltım için başvurmalarını ve sağaltımı surdrmelerini engelleyici bir etkiye bulunduğu belirtilmektedir (138).

Bir hastanenin tıbbi servislerinde çalışan 25 doktor ve 50 hemşire ile yapılan görüşmeler ve anketler, zehirlenme sonucu intihar girişiminde bulunmuş hastalarda hekim ve hemşire tutumları arasındaki farklılığı araştırmış ve genellikle intihar girişimine karşı olumsuz tutumları ortaya koymuştur. Özellikle doktorların intihar girişimlerini “intihar için düşük risk” olarak algıladığını ortaya koymuştur (145).

Sağlık alışanlarının hatta psikiyatri uzmanları arasında bile intihar olgularına yaklaşımda kültürler arası farklar olabildiği bildirilmektedir. nc ve arkadaşları, Avrupa’da intihar hızının yüksek olduğu Slovenya ile Türkiye’de yaşayan psikiyatri uzmanlarının intiharlarla ilgili tutumları arasında fark olup olmadığını ölçek kullanarak araştırmışlardır. Çalışmaya katılan psikiyatristlerde ülkeler arası tutum farklılığı olduğu ortaya çıkmıştır. Türk psikiyatristlerin intihara karşı tutumu daha az onaylayıcı olduğu ancak suçlayıcı olmadıkların belirtildiği, intiharın bir yardım çağırısı olduğunu ve intihar girişiminde bulunanlara yardım edebileceklerini belirtmişlerdir. Sloven psikiyatristlerin ise hem intihara hem de tenaziye Türk meslektaşlarından daha olumlu yaklaştığı, intihar düşüncelerini ve intiharı Türklere göre daha olağan karşıladıkları ve herkesin intihar girişiminde bulunabileceğini düşündükleri gözlenmiştir (154).

zmen ve arkadaşları bir çalışmada, psikiyatri dalı dışında 681 uzman hekimin ruhsal bozukluklarda bilgi ve tutumlarını değerlendirmişlerdir. Bilgi düzeyinin 10 puan üzerinden değerlendirildiği çalışmada hekimler ruhsal hastalık bozukluklarında bilgi düzeyi, tedavi yeterliliği konularında kendilerini ortalamanın altında olarak değerlendirmektedir. Hekimlerin üçte ikisinin yürütmekte oldukları sağlık hizmetlerinde; ruhsal bozukluğu olan hastaya yardımcı olunabileceğini ancak tedavi etmenin kendi işleri olmadığını bildirdikleri belirtilmektedir (155).

Sağlık alışanlarının ruhsal hastalıklarda hastalara karşı tutumlarında sosyodemografik ve diğer pek çok etmenin etkili olduğu bildirilmektedir. Yaşça daha büyük olma, evli olma, yakın çevresinde psikiyatrik hastalıklarla uğraşmanın tutumları olumlu etkileyen değerşkenler olduğu belirtilmektedir. İnançlı olmanın, yüksek eğitim ve

sosyo-ekonomik düzeyi sahip olmanın, meslekte üst düzey görev yapmanın olumlu tutumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (153, 156, 157).

Clark birinci basamak sağlık kuruluşlarında adolosanları araştırmış ve intihar girişiminde bulunmuş adolosan hastaların %83'ünün kendisine ilk bakan doktor tarafından intihar olarak değerlendirilmediğini bulmuştur (149).

2.5. Sağlık Çalışanlarının Adli Olgularda Yasal ve Etik Sorumlulukları

Doğal nedenler dışında bir başka deyişle kaza, ihmal ya da kasıtlı davranışlar sonucunda sağlığı bozulan veya bozulduğu düşünülen tüm olgular adli olgulardır.

Adli olgularda sağlık çalışanlarının tanı tedavi ve koruyucu hizmetler yanında çeşitli yasal ve etik yükümlükleri ortaya çıkmaktadır. İntihar ve intihar girişimi olguları adli olgu kabul edildiğinden aşağıda bu yasal ve etik sorumluluklar başlıklar altında aktarılacak ayrıca bu konuda yaşanan sorunlar ve yapılan çalışmalar paylaşılacaktır.

2.5.1. Sağlık Çalışanları ve Olay Yeri

Olay yeri; olayın işleniş tarzı ya da meydana gelme şeklinin mağdur ve suç sanıkları ile ilişkisinin belirlenebildiği, delilleri barındıran dinamik bir alan olarak tanımlanmaktadır (158,159).

Meydana gelen olayların özellikle suçun aydınlatılmasında böylece hukuk sisteminin sağlıklı işleminde olay yerinden elde edilen kanıtlar temel bir öneme sahiptir. Bu kanıtların toplanması ve değerlendirilmesi ve doğru yorumlanmasında bilimsel yaklaşım esas olarak kabul edilmektedir (158,160).

Olay yerinde sık yapılan hatalar bildirilmektedir. Bunların en çok olayın yakın ve geniş çevresinin tam tespit edilememesi, ilgisiz personelin olay yerine girmesi, olay yerinde gereğinden fazla ve plansız uzman çalışması, çalışmayı engelleyecek ortam koşulları, olay yeri incelemesi ile ilgili bilgi yetersizliği, delillerin yerlerinin tespit edilemeyip korunamaması ve kontaminasyonu, örneklerin uygun şekilde alınıp saklanamaması ve transport sorunları ile kayıt problemlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (161-166).

Cingil'in hastane öncesi sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada katılımcıların adli olgularda olay yerinde en fazla hasta yakınları ve çevredeki vatandaşlar ile sonra sırasıyla hasta, polis ve ambulanstaki diğer personel ile sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Karşılaşılan adli olgularda delillerin saklanması konusunda doktorların %84, hemşirelerin %94'ünün, paramediklerin %96'sının, ATT'lerinin %79'unun ve sürücülerin %88'inin eğitim almadığı belirtilmektedir. Adli olgularda katılımcıların yarısından fazlasının sorun olduğunda polise, çoğunluğunun ise komuta kontrol merkezine ulaşmakta problem yaşamadığını belirtmiştir. Adli olgularda çalışanların %79.75'inin hukuksal yetki ve sorumluluklarını bilmedikleri, adli vakalardaki delillerin korunması ve teslimi" konusunda doktorların %82'inin, hemşirelerin %84'ünün, paramediklerin % 92'sinin, ATT'lerin %80.50'sinin ve sürücülerin ise %92'sinin eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (167).

Yıldız'ın Konya çalışmasında katılımcıların % 42.6'sının adli olaylarda polise ulaşma konusunda zorluk yaşadığını belirtmişlerdir (168).

Pek çok olay yeri acil müdahaleyi gerektiren hastalar içerdiğinden acil sağlık ekipleri olay yerlerine kolluk kuvvetleri ve diğer ekiplerden daha önce ulaşabilmektedir (159,169,170). Olay sırasında ortaya çıkan ya da sonradan ileri sürülebilecek soru ve iddiaların çözümlenmesinde ve gerçeğin ortaya konulmasında tıbbi kayıtlar, muayene bulguları ve olay yeri bulgularının değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (7, 169, 171-174). Bu nedenle sağlık çalışanlarına sorumluluk düştüğü bilinmektedir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin olay yerinde hastalara karşı temel iş tanımları yönetmeliklerle düzenlenmiştir (11, 175, 176). Temel görev acil hasta müdahalesi stabilizasyonu ve nakil işlemleri olmakla birlikte hasta müdahalesi sırasında kanıtların bozulduğu ya da kaybolduğu belirtildiğinden tıbbi ve diğer kanıtların önemi konusunda acil müdahale ekiplerinin duyarlı olması ve bilgi düzeylerinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır (177, 178).

Sağlık ekiplerinin zorunlu kalmadıkça Olay yerinde herhangi bir şeye dokunmamaları ve yerlerini değiştirmemeleri önerilmektedir. Yapıldığı takdirde kayıt altına alınmaları böylece daha sonra olay ile ilgili bilgilerine başvurulduğunda bu kayıtların önemli olduğu belirtilmektedir (170, 179, 180).

Olay yerlerine ilk ulaşacak ekibin hastane öncesi sağlık ekibi olması durumunda bazen delillerin toplanmasında donanımlı olması beklenmektedir. Bu nedenle olay yerine gitmeden önce kayıt ve delil toplamak için malzemelerin önceden hazır bulundurulmasının

gerekliliğinden söz edilmektedir (181). Bunlar yoksa sağlık ekiplerinin uygun bir yol bulması önerilmektedir. Sağlık ekiplerinin delil olabilecek materyelleri kayıt etmek dışında korumak ve etiketlemek uygun zincir ile teslim ve transport gibi sorumlulukları da olduğu da vurgu yapılmaktadır (182,183).

Olay yerlerinde müdahale edilmesi gereken hastaların dışında cesetlerinde bulunabildiği, yaralılara müdahale sırasında cesetlerin yer ve pozisyonlarında değişiklikler yapılması durumunda, ölen kişilere yeniden canlandırma işlemleri yapıldıysa hangi işlemlerin yapıldığı ve süresinin kayıt altına alınması gerektiği belirtilmektedir (177, 184, 185).

Yapılan bazı çalışmalarda adli olgu ile karşılaşan acil servis çalışanlarının, delil niteliği taşıyabilecek biyolojik materyallerin nasıl toplandığı, saklandığı ve delil zincirinin nasıl oluşturulduğu konusunda bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı bildirilmiştir. Adli olgularda sağlık personelinin hukuki sorumluluklarını bilmesi, duyarlılık ve bilgi düzeylerinin yeterli olmasının kanıtların toplanması ve bozulmaması açısından önemli olduğu belirtilmektedir (186,187). Hatta olay yerinde sağlık çalışanlarının istemeden de olsa yapabileceği hatalar ve eksiklikler nedeniyle yasal sorumluluklar doğabileceğine dikkat çekilmektedir (8,9).

Ülkemizde sağlık personelinin adli olguları tanıma, delillerin korunması ve saklanması gibi adli olgularda yasal sorumluluklar ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren birkaç çalışmaya rastlanmıştır ancak 112 sağlık personeli ile ilgili yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır.

İstanbul'da Aşırdizer ve arkadaşları olay yeri incelemesi ile ilgili sorunların ortaya konması amacıyla bir anket çalışması yapmışlardır. Olay yerinde delil toplanmasının yeterli olup olmadığı sorusuna; olay yeri incelemesine katılan farklı meslek gruplarındaki katılımcıların verdikleri yanıtların birbirlerinden farklı olduğu gözlenmiştir. Hakim ve aday hakimlerin %86'sı, savcılarının %97'si, adli tıp uzmanları ve asistanlarının %98'i, olay yeri inceleme ekibindeki polis memurlarının %31'inin delil toplanmasını yetersiz veya çok yetersiz buldukları, polis memurlarının %69'unun çok yeterli veya yeterli buldukları ortaya çıkmıştır.

Yetersiz bulan katılımcılar bunun disiplinler arası koordinasyon eksikliğinden kaynaklandığını belirtmişlerdir (165).

Kımaz ve arkadaşlarının 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görevli 53 hekim ile yaptıkları bir çalışmada; hekimlerin bazı adli sorumluluklar konusundaki bilgileri

değerlendirilmiştir. Acil çağrı üzerine gidilen bilinci açık ve nakil ve tedaviyi reddeden bir hasta açısından yapılması gerekeni bilenlerin 41 kişi (%74) olduğu, travmalı olgularda ihbar yükümlülüğünü bilenler 44 kişi olduğu gözlenmiştir. Ambulans doktoru olarak çağrıldıkları hastanın adli olgu olması durumunda olguya yaklaşım açısından 24 kişinin doğru yanıt verdiği belirtilmektedir (188).

Yıldız'ın Hastane öncesi acil yardım çalışanları ile yaptıkları çalışmada Yaralanma veya Şüpheli Ölümelerde Olay Yerinin Güvenliği, Delillerin Korunması ve Vakaya Müdahale Etme İle İlgili Hukuk Bilgi Varlığı sorgulandığında katılımcıların yarıdan fazlasının adli olaylar ve vakalar ile ilgili hukuki bilgilerinin ve kendilerine verilen kanuni yetki ve sorumlulukları bildiğini belirtmişlerdir (168).

Konya'da 50 hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yapılan bir çalışmada; öğrencilerin adli hemşirelik konusunda bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Öğrencilerin %84.0'nın adli hemşirelik hakkında bilgisinin olmadığı, % 94.0'ünün adli hemşireliğin ayrı bir disiplin olması gerektiğini, %60.0'nın da adli hemşirelik hakkındaki eğitimin temel mesleki eğitim sonrasında verilmesi gerektiğini düşündükleri belirlendi. Öğrencilerin %48.0'ı adli hemşirelerin çalışma alanlarının hastaneler olduğunu, %72.0'ı adli hemşireliğe gereksinim olduğunu ve %58.3'ü ise adli hemşireliğe, adli vakaların daha net aydınlatılması için gereksinim olduğunu belirtmişlerdir (189).

İlçe ve arkadaşlarının Ekim 2008 ile Ocak 2009 tarihleri arasında Bolu il merkezinde acil servisi bulunan hastanelerde, hemşire, sağlık memuru ve acil tıp teknikerlerinden oluşan 44 sağlık bakım personeli ile bir anket çalışması yapmışlardır. Katılımcıların adli olgu ile karşılaşma durumu incelendiğinde; %90,9'unun karşılaştığı, adli olgularla ilgili herhangi bir kongre, sempozyum, seminer veya hizmet içi eğitime katılıp katılmadığı değerlendirildiğinde, %65,9'unun katılmadığı, %52,3'ünün adli olgularla ilgili herhangi bir kitap, dergi, makale okumadığı, ateşli silah yaralanması ile gelen olgularda, delillerin korunması ve gönderilmesi ile ilgili sorulara verilen yanıtların doğruluk oranlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Sorulara doğru yanıt vermeye adli olgular ile ilgili yayınları okumanın ve toplantılara katılmanın doğru orantılı olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ortaya konmuştur (178).

Türkmen ve arkadaşlarının Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis adli protokol defterlerinin 2002-2003 yılları arasındaki kayıtları inceledikleri bir çalışmada; normalde adli olgu tanısı alması gereken 10984 olgu belirledikleri, bunun ancak 8347'nin

adli olgu olarak değerlendirilmiş olduğu, adli nitelik taşımayan 33 dahili hastalığı bulunan olguya da adli olgu kaşesi vurulmuş olduğu gözlenmiştir (190).

Tuğcu ve arkadaşlarının Gülhane Askeri Tıp Fakültesi 2000-2001 Eğitim Öğretim yılında acil servis hizmetine katılan 76 muvazzaf uzmanlık öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada; katılımcıların %52.6'nın adli olguların bildirimi ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler konusunda hiçbir fikrinin olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların Adli Tıp konularında, %36.8'inin darp raporu yazmak, % 13.2'inin ölü defin izni vermek, %7.9'unun alkol muayenesi yapmak konusunda sorun yaşadığı ortaya çıkmıştır. Katılımcıların Adli Tıp bilgi düzeyleri sorulduğunda ise; GATA mezunu olanların % 77.6'nın, diğer fakülte mezunlarının %77.8'inin yetersiz olduklarını belirttikleri, katılımcıların mezuniyet öncesi adli tıp dersleri Hakkındaki Görüşleri Sorulduğunda GATA mezunların %74'ü, diğer fakülte mezunlarının ise %55.6'sının yetersiz olduğunu belirttiği, Katılımcıların Adli Tıp Derslerindeki Yetersizliğin Nedenleri Konusunda Değerlendirmeleri istendiğinde %36.8'in Pratik uygulama imkanının az olması, %29.7'sinin Öğretim üyesi sayısının az olması, %8'inin Müfredatın gelişmekte olan adli bilimler konularına uyarlanmadığı, Adli Tıbbı İlişkin Sorunların Çözümünde Katılımcıların Önerileri ise %48.7 seminerler düzenlenmeli, %28.9 dli tıp uzmanından görüş alınmalı görüşünü bildirdikleri belirtilmektedir (10).

2.5.2. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme, Sır Saklama, Adli Olgu Tanısı Koyma ve Bildirim Yükümlülüğü

Sağlık çalışanlarının, uluslararası bildirdeler, mesleki etik ilkeler ve yasal düzenlemelere göre hastaların mahremiyetine saygı gösterme ve mesleki uygulamaları sırasında hasta ile ilgili öğrendiği bilgileri başkaları ile paylaşmama yükümlülüğü bir başka deyişle sır saklama yükümlülüğü bulunmaktadır (9, 191, 192). Bu yükümlülükler sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda değil aynı zamanda hastane ve hastane öncesi acil hizmetlerden yararlanan tüm hastalarda yerine getirilmesi gerekmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle sorunların azaltılması ve kalitenin artırılması amacıyla ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından standartlar geliştirildiği bilinmektedir. Konu ile ilgili hazırlanmış rehberler ve bu doğrultuda çıkarılmış 112 ambulans hizmetleri talimatlarında acil sağlık hizmetleri yürütülürken hasta mahremiyetine

vurgu yapılmaktadır. Bunda hastanın özel hayatı, bedeni, sağlık durumu, medya karşısındaki mahremiyeti gibi her alana özen gösterilmesine dikkat çekilmektedir (13, 193, 194).

Kişinin sağlık durumu ile ilgili bilgiler hastaya özel bilgiler olup mahremiyetini gerektirmekle birlikte yasal nedenler, toplum sağlığını ilgilendiren durumlar, bazı tıbbi gereklilikler bu bilgilerin sağlık çalışanı tarafından ilgili kurumlarla paylaşılmasını gerektirebilmektedir (9). Hastane öncesi sağlık çalışanları sıklıkla travma veya diğer nedenlerle sağlık yardımı gereken adli olgularla karşılaşmaktadır.

Türk Ceza Kanunu'nda sağlık mesleğinde çalışanlarının görevlerini yaptıkları sırada bir suçun işlendiği yönünde bir bulgu ile karşılaştıklarında, bu durumu yetkili makamlara bildirmeleri gerektiği yer almaktadır. Bildirilmediğinde ya da gecikme gösterildiğinde bunun suç olarak tanımlandığı ve cezai yaptırımlarının olduğu belirtilmiştir (9).

Yıldız'ın Konya'da yaptığı çalışmada görevini Yaptığı Sırada, Bir Suçun İşlendiği Yönünde Bir Belirti İle Karşılaşmasına Rağmen, Durumu Yetkili Makamlara Bildirmeyen veya Bu Hususta Gecikme Gösteren Sağlık Mesleği Mensubuna Ne Kadar Ceza verilebileceğine dair bilgi düzeylerine bakıldığında %12.8 gibi düşük bir oranda bilmediklerini, sağlık çalışanının olgunun adli olgu olup olmadığı konusunda şüphe duyduğunda en fazla komuta kontrol merkezine danışacağını belirtmiştir (168).

Hastane Öncesi Sağlık Çalışanlarının adli olgu tanısı koyma ve bildirim yapma ile ilgili yetersizlikleri olduğu bazı çalışmalar ile de ortaya konmuştur. Tokat ilinde 2010 yılında yapılan bir çalışmada, Hastane öncesi sağlık hizmetlerinde çalışan acil tıp teknisyeni, doktor ve hemşirelerden oluşan 68 katılımcıya adli olgu tanısı koymakla ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren bir anket uygulanmıştır. %50'si adli olgu tanısı koymada ve adli olguya yaklaşımda sorunlar yaşadığını belirtmiştir. Bu sorunlarda %64 hasta ve hasta yakınlarının agresifliği, %12 zaman darlığının etkili olduğunu belirtmiştir. Cinsel saldırı, intihar ve ateşli silah yaralanması gibi olgularda bu tanının %97-100 oranında konulabildiği, diğer bazı adli olgularda bu oranın %25'e kadar düştüğü gözlenmiştir. Katılımcıların % 63.2'sinin olguya müdahale sırasında olgunun adli yönü olabileceğini düşündüğünü belirtmişlerdir. Hastayı adli yönüyle değerlendirmediklerini belirten katılımcılar (%36.8) buna neden olarak acil müdahalenin daha öncelikli olduğunu, zaman kısıtlılığını, bilgi eksikliğini ve ceza yasasının ilgili maddesini bilmediklerini göstermişlerdir (46).

Kaza, ihmal veya kasıtlı davranışlar sonucu yaralanma dışında, kişinin kendine yönelik şiddeti olarak kabul edilen intihar olguları da adli olgu olarak kabul edilmektedir. İntihar ve intihar girişimi olaylarında başka bir kişi/kişilerin teşvik edici, kolaylaştırıcı, azmettirici veya ihmali bir davranışının olup olmadığının araştırılması gerekmektedir (9).

Sağlık çalışanlarının böyle bir araştırmayı yapma yükümlülüğü bulunmadığından edinebileceği bilgiler sınırlıdır. Bu nedenle tüm adli olgularında olduğu gibi intihar olgularında da bildirimde bulunması yasal bir gerekliliktir.

İntihar olgularında, hasta mahremiyeti ile çeliştiğinden ve hatta bazen hastanın sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu bilindiğinden adli olgu bildirimini yapılması bazı çevreler tarafından eleştirilmektedir. Bu bildirimlerin hasta mahremiyetini ortadan kaldırdığı, intihar girişiminde bulunan kişinin sağlığı üzerine olumsuz etkileri olabileceği belirtilmektedir. Ancak yasal yükümlülükler sağlık çalışanlarını istemeseler de bildirim yapmaya zorlamaktadır. Bu nedenle sağlık çevreleri adli bildirimin hastanın rahatlatılması, tıbbi desteklenmesi ve tedaviye işbirliği sağlandıktan sonra yapılmasının uygun olduğu belirtilmektedir (14,195).

Hastane öncesi ve hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının adli olgu tanısında, yaklaşımda ve bildirim yapmakla ilgili sorunlar yaşadığıyla ilgili yapılmış çalışmalar olduğu gözlenmektedir.

Adli bildirim yapılan intihar olgularında savcılıkça soruşturma başlatılmaktadır. Bu soruşturmaların süreçleri ve sonuçları ile ilgili kaynaklarda sınırlı sayıda kaynaklara rastlanmıştır. Özhan ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada 5 aylık bir dönem içindeki raporlarını inceleyerek kayıtlara intihar ve intihar girişimi olarak geçen olguların kararlarını incelemişlerdir. Karara bağlanan 33 intihar ve intihar girişimi olgularının hiçbirinde kimsenin olası bir kusur, kasıt ve ihmali görülmediği, intihara ikna ve yardım etme suçunun unsurlarının bulunmadığı anlaşıldığından bu olaylar için hiç kimse hakkında adli takibat yapılmadığı gözlenmiştir (196).

2.5.3. Sağlık Çalışanlarının Hastayı Aydınlatma ve Onamını Alma Yükümlülüğü

Bireylere yapılacak her türlü tedavi ve tıbbi girişim öncesinde hastanın bilgilendirilerek onamının alınması en temel hasta haklarından biri olup yasal düzenlemelerle de güvence altına alınmıştır. Aydınlatılmış onamın hastanın; mevcut sağlık

durumu, önerilen muayene, tanı, tedavi yöntemi, süresi, sağlığı açısından taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, muayeneyi ya da önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar, alternatif muayene / tedavi seçenekleri gibi pek çok ayrıntıyı içermesi beklenmektedir. Ancak hastanın karar verme yeteneğinin bulunmadığı bilinç bozukluğu, demans, yaş küçüklüğü, zihinsel ve psikiyatrik hastalıklar, veli ya da vasisinin bulunmadığı durumlarda ve en önemlisi hayatı tehdit eden acil durum ya da koşullarda hastanın onamının alınamayacağı alınsa da geçerliliğinin olmadığı bilinmektedir (8,9, 191, 197, 198).

112 acil yardıma telefon ile yardım çağrısında bulunan bir hastanın veya yakının yapılacak sağlık yardımını kabul ettiği düşünülmektedir. Ancak hastanın, yakınları ya da kanuni temsilcisinin önerilen sağlık kurumuna transferi ya da tedaviyi reddetme hakkı bulunmaktadır. Hekimin buradaki sorumluluğu kişinin bu kararı vermede yeterli olup olmadığını değerlendirmek, yeterli bilgi vermek, tedaviyi reddettiğinde olası riskler konusunda bilgilendirmektir. Buna rağmen tedavi ve girişim hasta tarafından kabul edilmiyorsa tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veya yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerektiği belirtilmektedir. Ancak yaşamsal tehlikesi bulunan ya da müdahale edilmediğinde sağlığı olumsuz etkilenecek hastalarda, hasta ya da hasta yakınları tedavi ve transporta onam vermediğinde; mahkeme izni alınması gerektiği yasal düzenlemelerde yer almaktadır.

İzin alınması için yeterli zaman bulunmayan ve hastaya hemen müdahale edilmediğinde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmadığı belirtilmektedir (8,9, 167,168, 191,199).

Yıldız'ın Konya'da yaptığı çalışmada hastanın ambulans çağırmış olmasının, kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelir mi sorusuna katılımcıların %29.3'ünün evet cevabı verdiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada 16 yaşında yaralamalı bir olgunun tedaviyi ve hastaneye gitmeyi reddettiğinde ne yaparsınız sorusuna %51'inin komuta kontrol merkezine bilgi vereceğini, %27'sinin polise haber vereceğini, %8'inin nakil reddi alacağını ve %1'inin ise zorla hastaneye götüreceğini söylediğini belirtmiştir. Adli olaylarda ambulansla yapılan tıbbi tedavi ve uygulamalar hakkında hasta ve hasta yakınına açıklayıcı bilgi verip onayını olanlarının oranının ise %76.6 olduğu belirtilmektedir (168).

Ülkemizde 112 acil Sağlık Hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili yapılmış bazı çalışmalara rastlanmaktadır. 2013 yılında Kayseri’de yapılmış çalışmada sağlık hizmetinin kalitesi alt yapı personelin tutumunu değerlendirmeyi içeren geniş bir çalışma yapıldığı gözlenmiştir. Genel anlamda 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden halkın yarısının memnun olduğu, büyük bir kısmının hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi alabildiği, hasta mahremiyetine özen gösterildiği, personelin tutum ve davranışlarından memnun olduğu gözlenmiştir. Yine %90’a yakın katılımcı acil durumlarda onam alınmasına gerek olmadığını belirtmişlerdir (200).

2.5.4. Bilirkişilik ve Kayıt Tutulması

Tüm sağlık çalışanları yasal makamlar tıbbi konularda görüşlerine başvurulduğunda tıbbi bilirkişi olarak atanmaktadır. Yasalarda belirtilmiş durumlar dışında bilirkişilik görevini kabul etmekle yükümlüdürler (8,9).

Hastane öncesi acil sağlık çalışanları pek çok acil ve travma olgusuna olay yerinde hizmet vermektedir. 112 acil sağlık çalışanlarının gittikleri ve müdahale ettikleri travma, intihar gibi adli olgular daha sonra yasal makam tarafından adli soruşturmaya konu olmaktadır. Bu soruşturmalarda, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının mesleğini uygularken öğrendikleri, tanık oldukları, karşılaştıkları ve tuttuğu ambulans kayıtları önemli bir delil niteliği kazanabilmektedir. Ambulans hizmetleri sırasında kullanılması gereken formlar bakanlıkça hazırlanmış, nasıl kullanılıp saklanacağı yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiştir (175,176,198,201,202).

Hastayı yerinde ve ilk gören ve hastane transferine eşlik eden sağlık ekibinin hastayla ilgili kayıtlara geçirdiği notlar ve tanılar, hastanın sağlık durumunun ağırlığı, olayın türü, zamanı ile ilgili önemli tıbbi deliller olabilmektedir. Bu nedenle doğru kayıt tutulması, bu kayıtların saklanması gerektiği vurgulanmaktadır ve yasal düzenlemelerde de yer almaktadır. Ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmalarda bu kayıtlarda kişisel bilgi, olay yeri, tıbbi durum ile ilgili bilgilerin yetersiz olduğu bildirilmektedir. Yasal makamlar tarafından bir soruşturma kapsamında tıbbi kayıtlar istendiğinde veya sağlık çalışanlarından görüş sorulduğunda on gün içinde yanıt vermesi; yanıt veremiyorsa gerekçesini adli makamlara bildirmesi gerekmektedir. Bu sorumluluklar yerine

getirilmediğinde, eksiklik veya gecikme olduğunda kurumun ve sağlık çalışanının yasal sorumluluğu doğmaktadır (8,193,198,201,202).

Çakır ve arkadaşlarının 01.02.2005 ile 30.06.2007 tarihleri arasında 16 ay boyunca Erzurum Merkezden, Erzurum İlçelerden, ve çevre illerden Acil servise nakledilen 1448 hastaya ait formların retrospektif olarak incelediği çalışmada; formlardan 47'sinin (%3.25) hiçbir şekilde okunamadığı ya da tamamen boş olduğu, kalan 1401 formda mevcut bilgilerinin beş ayrı başlık altında incelendiği, hastaların kişisel bilgilerinin %38.5 ile %69.1 oranında, demografik bilgilerinin %44.2 ile %95.9 oranında, tıbbi bilgilerinin %13.4 ile %98.4 oranında, nakil bilgilerinin %29.3 ile %72.1 oranında, teslim kayıtlarının %3.1 ile %98.6 oranında olmadığı belirtilmektedir (203).

2.6. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetleri

Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ilk defa 1994-95 yıllarında Ankara İzmir ve İstanbul illerinde, büyük hastanelerin acil servislerine entegre olarak ambulans ve personel görevlendirilerek 33 istasyon ile hizmet vermeye başlamıştır. Telefon ile ücretsiz aranan “112” numarası 1995 yılında kullanıma girmiştir. 112 Acil’in ilk kurulduğu yıllarda ambulans ekiplerinde ağırlıklı olarak sağlık memurları, ebeler ve hemşireler görev yaparken hekimlerin azınlıkta olduğu, 2004 yılının Ocak ayında ilk defa 112 ambulanslarına görevli olarak paramedik’ler ve ATT’lerin atandığı belirtilmektedir. 2015 yılı verilerine göre acil sağlık hizmetlerinde karada, havada, denizde 30.400 kişi, 2.155 istasyon 4.568 ambulansla hizmet verildiği belirtilmektedir (204).

İzmir 112 Komuta Kontrol Merkezi yönetiminde 2015 yılında 90 Acil Yardım İstasyonu bulunmaktadır. İl genelinde, 108 ambulans, 2 Yenidoğan (Bebek) Ambulansı, 2 Yoğun Bakım Ambulansı, 2 Travma Ambulansı (4 sedyeli), 2 Arazi Özellikli Ambulans, 1 Helikopter Ambulans ve 6 Motosikletli ekiplerde toplam 1300 çalışan ile hizmet verilmektedir. Güncel verilere göre yılda yaklaşık 200000 hastaya hizmet verildiği, hastaların tanılarına göre dağılımına bakıldığında %75’inin medikal nedenler, %10’unun trafik kazası, %9’unun diğer kazalar, %6’sının diğer hasta grubu olduğu gözlenmektedir (205).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin birinci bölümünde ambulans çalışanlarının tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre; Ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT-Paramedik)

tanımı ile Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişileri, Acil tıp teknisyeni (ATT) tanımı ile Sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişiler ve tıbbi danışman tanımı il komuta kontrol merkezinde çalışan acil hekimliği sertifika programını tamamlamış hekim veya merkez tarafından yönlendirilen ilgili branştaki uzman hekimler olduğu belirtilmektedir (175).

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verileri gözden geçirildiğinde; 112 acil yardım istasyonu başına düşen olgu sayısının 2002 yılında 796 olguyken bu sayının artarak 2013 yılında 1769'a ulaştığı belirtilmektedir. Bu artışın Türkiye'nin her coğrafi bölgesinde anlamlı olarak arttığı anlaşılmaktadır. Yine yıllara göre acil yardım ambulansı başına düşen olgu sayısına bakıldığında 2002 yılında 620 olguyken bu sayının artarak 2013 yılında 1092'ye ulaştığı belirtilmektedir (206).

Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri Ambulans Servislerinin olgu ön tanılarına göz atıldığında 2003 yılında 377.405 hastanın 89.379'unun travma, 79.725'inin kardiovasküler sistem hastalıkları, 40.993'ünün nörolojik hastalıklar, 28.190'nin solunum sistemi, 30.652'sinin psikiyatrik hastalıklar, 16.228'inin gastrointestinal sistem, 15.253'ünün zehirlenme, 12.155'inin metabolik ve endokrin hastalıklar, 7600 obstetri ve jinekolojik hastalıklar olduğu, 2006 verilerine göre Türkiye genelinde acil vaka ön tanıları arasında travma (%25,7) ve KVS hastalıkları (%19,5) ilk iki sırada yer almaktadır (29). Oktay ve ark.'larının (21) yaptığı çalışmada ise birinci sırada travma (%33,1), ikinci sırada KVS hastalıkları (%18,5), üçüncü sırada nörolojik hastalıklar (%14,2) ve dördüncü sırada ise psikiyatrik hastalıklar (%10,5) olduğu belirtilmektedir (207, 208).

Ülkemizde İl bazında 112 Acil Yardım Ambulans Servislerinin karşılaştıkları olguların dağılımı ile ilgili çalışmalara göz atıldığında intihar ile ilgili oranların düşük olduğu gözlenmektedir. Gaziantep ilinde 2006-2008 yılları arasındaki 3 yıllık dönemde ambulans çalışma düzenini inceledikleri bir çalışmada; 2006 ve 2008 yılları arasındaki toplam 14.006 trafik kazası olgusuna, 669 intihar, 347 iş kazası, 47.038 medikal, 10.280 nakil, 3.2335 yaralama, 5.590 diğer kazalar ve 4.941 diğer (Protokol, sağlık tedbiri amaçlı, yangın gibi nedenle) hizmet verildiği belirtilmektedir (209).

Karabük ili 112 Ambulans hizmetlerinden faydalanmada olguların dağılımına bakıldığında ilk sırada travma olduğu bunu sırasıyla kardiyak hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar ve zehirlenmelerin takip ettiği belirtilmektedir (16).

İzmir’de 2004-2005 yıllarını kapsayan 112 Acil Sağlık Hizmetleri’ne gelen acil çağrılarının dağılımlarına bakıldığında; % 69,5’inin tıbbi hastalıklar olduğu bunların içerisinde ilk sırada kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının yer aldığı, trafik kazalarının ikinci sırada yer aldığı, olguların %25’ine ekip tarafından tanı konulmadığı yada bir sınıflama yapılmadığı, acil çağrılarının % 84,8’inde hastaneye nakil, hastaneden hastaneye nakil veya yerinde müdahale yapıldığı belirtilmektedir (15).

Yıldız’ın Konya ilinde yaptığı çalışmada 112 Acil Yardım çağrılarının dağılımına bakıldığında 2011 yılında 1371, 2012 yılında 1559 ve 2013 yılında ise 1585 olguya gidildiği belirtilmektedir (168).

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne 24 Temmuz 2008 ile 24 Ağustos 2008 tarihleri arasındaki bir aylık sürede 17 yaş ve üzeri başvuran toplam 15.796 hastanın 633’ünün ambulans ile acil servise getirildiği, hastaların 339’unun acil servis de izlenip taburcu edilirken, 133’ünün kliniklere ve 120’sinin yoğun bakımlara yatırıldığı, 22’sinin tedaviyi kabul etmedi veya kliniği izinsiz terk ettiği, 15’inin sevk olduğu ve 4’ünün hayatını kaybettiği belirtilmektedir (210).

Sağlık hizmetlerinde yer alan sağlık teknikerlerinin sağlık mevzuatı konusunda sorumluluk ve bilgi düzeylerinin artırılması ve meslek hayatlarında sağlık hizmetlerini yerine getirirken karşılaşacakları yasal durumlar hakkında bilgi sahibi olabilmeleri amacıyla DEÜ bünyesinde sağlık teknikerlerine seçmeli olarak “sağlık çalışanlarının yasal sorumlulukları” ders başlığı altında; sağlık çalışanlarının yasal sorumlulukları açısından sağlık hizmetlerinin etik boyutu, tıbbi etik ilkeleri ve önemi, özerkliğe saygı ilkesi ve aydınlatılmış onam, mahremiyet, sır saklama ve gizlilik, kendi kaderini tayin etme, yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ve adaletli olma ilkesi, hasta haklarının sağlık çalışanları ve hasta yönünden ele alınması, hizmetin yerine getirilmesindeki hatalar ve sorumluluklar ve önemi, tıbbi etik yönünden ötenazi ve organ aktarımları aktarılmaktadır.

Acil Tıp teknikerleri (paramedik) ve teknisyenlerine (ATT) görevleri sırasında Temel Eğitim Desteği, Erişkin İleri Yaşam Desteği, travma İleri Yaşam Desteği, Çocuklarda İleri Yaşam Desteği ve yenidoğan canlandırma programı adı altında hizmet içi eğitimler verilmektedir (205).

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ders programı incelendiğinde Acil Tıp Teknisyenleri’ne sağlık hukuku konu başlığı adı altında Temel Kavramlar, Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinin Tanımı, Unsurları, Tarafları, Teşhis ve Tedavi

Sözleşmesinin Kuruluşu ve Şekli, Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinin Hukuki Niteliği, Özel Sağlık Kuruluşları ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği- Yataklı Teşhis ve Tedavi Hizmeti Sunan Özel Sağlık Kurumları Arasındaki Hukuki İlişkinin Niteliği, Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde tarafların Hak ve Yükümlülükleri, Aydınlatma Yükümlülüğünün İcrası, Hastanın Rızasının Alınması Yükümlülüğü, Sadakat ve Özen Yükümlülüğü, Teşhis ve Tedavi Hizmeti Talep Eden Tarafın Yükümlülüğü, Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi ile Üstlenilen Edimlerin İhlali, Yan Yükümlülüklerin İhlali, Kusur, Meslek Kusuru, Zarar, İliyet Bağı, Birden Çok Sebepden Yalnız Birinin Zararı Doğurması, Sorumsuzluk Anlaşması, Hukuki Sorumluluğun Sonuçları ve Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinin Sona Ermesi derslerinin aktarıldığı belirtilmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

İntiharların önlenmesinde sağlık çalışanlarının önemli rolü gerçeğinden yola çıkarak yapılan araştırmamızın amacı hastalarla ilk karşılaşan hastane öncesi acil sağlık hizmeti verenlerin intihar girişimleri ile ilgili bilgi birikimi ve tutumlarını değerlendirmek, bu olgularda mesleki, etik ve yasal sorumlulukları yerine getirirken yaşadığı sorunları ortaya koymaktır.

3.2. Araştırmanın önemi

Hastane Öncesi Acil Sağlık çalışanları pek çok acil hastada olduğu gibi intihar olguları ile ilk karşılaşan sağlık ekibidir. Bu hastalarda sağlık çalışanlarının tutumlarının, bir halk sağlığı sorunu kabul edilen intiharları önlemede önemli olduğu bildirilmektedir. Ayrıca intihar olgularına yaklaşımda sağlık çalışanlarına önemli mesleki, etik ve yasal sorumluluklar düşmektedir. Bu çalışma, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların intihar ile ilgili bilgi birikimleri, olgulara yaklaşımı, yaşadıkları etik ve yasal sorunları ortaya koyması açısından önemli veriler ortaya çıkarmıştır.

3.3. Araştırmanın Türü

Araştırmamız, Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı intihar kavramı ile bilgi düzeyi, bu olgulara yaklaşımda tutumları ve yaşadıkları etik ve yasal sorunları ortaya koymak amacıyla kesitsel bir anket çalışması olarak yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Şube'sine bağlı İzmir il merkezinde ve yakın ilçelerinde toplam 34 acil sağlık istasyonu ve komuta kontrol merkezinde aktif olarak hizmet veren 464 hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanı oluşturmuştur. Sağlık çalışanları hekim, hemşire, paramedik, acil tıp

teknisyeni ve sürücü olarak belirlenmiştir. Hazırlanan anket formu, çalışmanın evrenini oluşturan tüm sağlık çalışanlarına (n:464) ulaştırılmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırma Hastane Öncesi İzmir Acil Sağlık Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları belirleme amacına yönelik 25 soruluk anket formu oluşturulmuştur. Anket soruları oluşturulurken yabancı ve yerli literatür gözden geçirilmiştir. Ayrıca araştırmanın danışmanı da olan DEÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı uzmanından destek alınmıştır. Sorular, farklı sağlık personelinin intihar eden hastayı anlama ve tutum ölçekleri, yurtiçinde uygulanan hastane öncesi ve diğer sağlık çalışanlarının adli olgularda yasal sorumluluklar konusunda bilgi birikimi ve yaşadıkları sorunların araştırıldığı çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır. Anket formunun ilk bölümü, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek ve meslekteki çalışma yılını içeren demografik bilgileri ortaya koyan 6 sorudan oluşmaktadır. Sonraki 10 soru intihar ve intihar girişimi ile ilgili bilgi birikimi ve bu olgular karşısındaki tutumlarını değerlendirmeyi amaçlanmaktadır. Son 9 soru sağlık çalışanlarının intihar girişimi olgularında etik ve yasal sorumluluklarla ilgili yaklaşımı ve bu konuda yaşadıkları sorunları değerlendirme amacı taşımaktadır.

3.6. Araştırma Önerisinin Sunumu

Araştırma önerisi “Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Yönergesi” çerçevesinde Adli Tıp Anabilim Dalı Akademik Kuruluna sunuldu. Akademik kurul oy birliği ile tez çalışması olarak “İzmir Acil Sağlık Ambulans Hizmetleri Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları Ve İntihar Girişiminde Mesleki Uygulamalarında Yaşadığı Sorunlar” adıyla yapılmasına karar verildi. Araştırmamızın uygulanabilmesi amacıyla İzmir 112 Acil Yardım Ambulans Servisi’nin bağlı bulunduğu T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü ile ön görüşmeler yapıldı, çalışmaya katılma kararları sonrası yazılı izinler alındı. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul izinlerinin de alınmasından sonra çalışmamıza alanda başlandı.

3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Çalışma, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Şube'sine bağlı İzmir il merkezi ve bazı yakın ilçelerinde, 34 acil sağlık istasyonu ve komuta kontrol merkezinde aktif olarak hizmet veren hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları (doktor, hemşire, paramedik, acil tıp teknisyeni ve şoförler) ile Nisan 2015-Mayıs 2015 tarihlerinde yapılmıştır.

3.8. Ön Çalışma

Hazırlanan anket formları Gaziemir Acil yardım İstasyonunda çalışan 10 sağlık görevlisine uygulandı. Ön çalışmanın değerlendirilmesi yapılarak anket formları gözden geçirildi.

3.9. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Kullanılması

Veri toplama formlarının uygulanmasına, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın kabulü ve araştırmanın İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Ve Sağlığın Geliştirilmesi Şube Müdürlüğü'nden çalışma izni alındıktan sonra başlandı.

34 acil yardım istasyonu ve komuta kontrol merkezi farklı nöbet günleri olan ekipler olduğu göz önüne alınarak araştırmacı tarafından birden fazla ziyaret edilmiştir. Her bir ekibe araştırmanın amacı açıklanarak veri toplama formları teslim edildi. Yapılan düzenli ziyaretlerle formlar toplandı.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 for Windows kullanılarak yapıldı. Analiz sonucu elde edilen verilerde parametrik chi-square testi %95 güven aralığında değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılanların verileri yüzde ve dağılım tabloları ile sunuldu.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamızda anketlerimiz İzmir il merkezi ve yakın ilçelerine uygulanmıştır. Uzak İlçelerde çalışan hastane öncesi sağlık çalışanlarına uygulanmamıştır. Dağıtılan anketlerin cevaplanması gönüllülük esasına dayanmaktadır. Dağıtıldıktan sonra toplanan anketlerin çok büyük bir kısmının tam olarak doldurulduğu, az bir kısmında anket sorularının bazılarının eksik doldurulduğu gözlenmiştir.



4. BULGULAR

İzmir 112 komuta kontrol merkezi ve istasyonlarında çalışan 464sağlık çalışanına anket formu dağıtıldı. 339 kişi (%73) anket formunu yanıtladı.

Anket formunun ilk bölümü demografik verilerin ortaya konulmasını içeren sorulardan oluşmaktaydı. Anketi yanıtlayanların %59.9'unun kadın, %40.1'inin erkek, tüm katılımcılar ele alındığında yaş ortalamasının $33,3 \pm 10,3$ (17 - 57) olduğu gözlemlendi. Katılımcıların meslekte çalışma süresinin 1-33 yıl arasında değiştiği, ortalama $10,9 \pm 8,2$ olduğu gözlemlendi (Tablo 5)

Tablo 5. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre, yaş ve meslekte çalışma yıllarının dağılımı.

	N (%) [*]	Yaş (min – max)	Meslekte Çalışma Yılı
Kadın	203 (59,9)	$30,4 \pm 8,3$ (15 – 55)	$9,2 \pm 7,1$ (1 – 28)
Erkek	136 (40,1)	$37,6 \pm 11,4$ (17 – 57)	$13,5 \pm 9,1$ (1 – 33)
Toplam	339 (100)	$33,3 \pm 10,3$ (17 - 57)	$10,9 \pm 8,2$ (1 – 33)

*= Kolon yüzdesi

Katılımcıların medeni durumları değerlendirildiğinde; %58.8'inin evli, %41.2'sinin bekar olduğu, 4 kişinin medeni durumunu belirtmediği gözlemlendi (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımı.

	Erkek N (%) [*]	Kadın N (%) [*]	Toplam N (%) [*]
Medeni Durum			
Evli	94 (70,6)	103 (50,9)	197 (58,8)
Bekar	39 (29,4)	99 (49,1)	138 (41,2)
Toplam	133 (100)	202 (100)	335 (100)

*= Kolon yüzdesi

Öğrenim durumlarını işaretleyen 336 katılımcının daha çok lise (%36,3) ve üniversite (53,6) mezunu oldukları, az bir kısmının (% 4.7) ilk ve orta okul mezunu oldukları gözlemlendi (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre öğrenim durumlarının dağılımı.

	Erkek N (%)*	Kadın N (%)*	Toplam N (%)*
Öğrenim Durumu			
İlkokul	3 (2,2)	-	3 (0,9)
Ortaokul	13 (9,7)	-	13 (3,8)
Lise	47 (35,1)	75 (37,1)	122 (36,3)
Üniversite	64 (47,8)	116 (57,4)	180 (53,6)
Lisansüstü	7 (5,2)	11 (5,5)	18 (5,3)
Toplam	134 (100)	202 (100)	336 (100)

*= Kolon yüzdesi

112 acil yardım istasyonlarında görev yapan katılımcıların meslek türünü, %44'ünün ATT, 19,8'sinin Paramedik, 15,6'sının sürücü, 14,7'sinin doktor ve 5,6'sının hemşire olarak işaretlediği gözlemlendi. Erkeklerin büyük çoğunluğu sürücü (%37,5) ve Acil tıp teknisyeni (%29,4), kadınların büyük çoğunluğu Acil tıp teknisyeni (%53,7) ve paramedik (%26,1) olarak dağılım gösterdi (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre meslek türünün dağılımı.

	Erkek N (%)*	Kadın N (%)*	Toplam N (%)*
Meslek			
Hekim	28 (20,6)	22 (10,8)	50 (14,7)
Hemşire	2 (1,5)	17 (8,4)	19 (5,6)
Paramedik	14 (10,3)	53 (26,1)	67 (19,8)
A.T.T	40 (29,4)	109 (53,7)	149 (44,0)
Sürücü	51 (37,5)	2 (1,0)	53 (15,6)
Toplam	135 (100)	203 (100)	339 (100)

*= Kolon yüzdesi

Katılımcıların anketin ikinci bölümünde yer alan intiharla ilgili bilgi birikimi ve intihar olgularına yaklaşımda tutumlarını ortaya koymaya yönelik sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir.

İntihar ve intihar girişimlerinde bulunmuş hastalara yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim alıp almadıkları ile ilgili soruya yanıt veren 337 katılımcının 61 (%18)'i hizmet içi eğitim almış olduğunu, 236 (%81,4)'sı almadığını belirtti. İki katılımcı bu soruyu yanıtlamadı. Katılımcıların cinsiyeti ile hizmet içi eğitim alıp almama arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p= 0,773$). Meslek türü

ile hizmet içi eğitim alıp almama arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,334$) (Tablo 9-10).

Tablo 9. Cinsiyete göre hizmet içi eğitim alma durumunun dağılımı.

Cinsiyet	Evet n (%)#	Hayır n (%)#	p değeri 0,773
Kadın	35 (17,4)	166 (82,6)	
Erkek	26 (19,1)	110 (80,9)	

#= Satır yüzdesi

Tablo 10. Meslek türüne göre hizmet içi eğitim alma durumunun dağılımı.

Meslek Türü	Evet n (%)#	Hayır n (%)#	p değeri 0,334
Hekim	14 (28,6)	35 (71,4)	
Hemşire	2 (10,5)	17 (89,5)	
Paramedik	13 (19,4)	54 (80,6)	
ATT	22 (14,9)	126 (85,1)	
Sürücü	10 (18,9)	43 (81,1)	

#= Satır yüzdesi

Araştırmamızda katılımcıların %53,4'ü intihar girişiminde bulunan hastalarda, onların ruhsal durumuna uygun davranmakta kendilerini yeterli hissetmediklerini, 154 (% 45,4)'ü kendilerini yeterli hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların “İntihar girişiminde bulunan hastalarda, onların ruhsal durumuna uygun davranmakta yeterli hissediyor musunuz” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 8	N (%)*
Evet	154 (45,4)
Hayır	181 (53,4)
Toplam	335 (100)

*= Kolon yüzdesi

İntihar olguları ile ilgili hizmet içi eğitim almanın ve katılımcıların bu olgularda hastaların ruhsal durumuna uygun davranmakta kendilerini yeterli hissedip hissetmedikleri üzerine etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Hizmet içi eğitim aldıklarını belirten ve bu soruya yanıt veren 60 katılımcı gözlenmiştir. Bu katılımcıların 49'unun intihar olgularında onların ruhsal durumuna uygun davranmakta kendilerini yeterli hissettiğini belirtmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Hizmet içi eğitim almış olan

katılımcılarda cinsiyet ve meslek türünün kendini yeterli hissetme üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı gözlenmiştir ($p=0,101$, $p=0,213$).

Acil yardımda bulundukları hastalarda intihar eğilimi veya intihar fikirleri fark ettiklerinde katılımcıların nasıl davranacakları ve birden çok seçeneği işaretleyebildikleri 9. soruya verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. Katılımcıların %78.8'i hastanede doktora mutlaka bilgi vereceğini, %57.8'i hasta yakınlarına bilgilendireceğini ve %47.2'i komuta kontrol merkezine bilgi vereceğini belirtti (Tablo 12). Hizmet içi eğitim almanın bu soruya verilen yanıtlar üzerine etkisi olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hizmet içi eğitim alanların almayanlardan daha fazla oranda (%23) komuta kontrol merkezine durumu haber vereceğini belirtmesi istatistiksel olarak anlamlı bir fark olarak ortaya çıkarmıştır ($p=0,041$).

Tablo 12. Katılımcıların “Acil yardımda bulunduğunuz hastada, intihar eğilimi veya intihar fikirleri fark ettiğinizde ne yaparsınız” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 9	n (%)
Komuta Kontrol Merkezine bilgi veririm	160 (47,2)
Hastanede doktora mutlaka bilgi veririm	267 (78,8)
Hasta yakınlarına bilgi veririm	196 (57,8)
Sadece gerekli acil müdahalemi yaparım	47 (13,9)
Diğer	31 (9,1)

×= İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

10.soruda, araştırmaya katılanlara intihar girişiminde bulunmuş hastalar karşısında en sık ne hissedecekleri sorulmuştur. Katılımcıların %37,5'u hastaları anlayışla karşılayacağını, 70 katılımcı (%20,6) diğer hastalardan farklı bir duygu hissetmeyeceğini, 68 katılımcı (%20,1) anlamakta zorlanacağını, 48 katılımcı (%14) kızgınlık duyacağını belirtmiştir (Tablo 13). Hizmet içi eğitim almış olmak ve hastaların ruhsal durumuna uygun davranmada kendini yeterli hissetmenin, katılımcıların intihar girişiminde bulunmuş hastalar karşısında hissettikleri duygular üzerine istatistiksel anlamlı bir etkisinin bulunmadığı gözlemlendi ($p=0,248$, $p=0,776$). Ayrıca meslekte deneyim süresinin ve cinsiyetinde bu soruya verilen yanıtlar üzerinde anlamlı istatistiksel fark yaratmadığı anlaşıldı ($p=0,536$, $p=0,064$).

Tablo 13. Katılımcıların “intihar girişiminde bulunmuş hastalarla karşılaştığınızda en sık ne hissedersiniz” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 10	N (%)*
Kızgınlık Duyarım	48 (14,29)
Anlamakta zorlanırım	68 (20,1)
Anlayışla karşılarım	127 (37,5)
Diğer hastalardan farklı bir duygu hissetmem	70 (20,6)
Diğer	18 (5,3)

*= Kolon yüzdesi

Anket içerisinde yer alan 11. Soruda; katılımcıların intihar girişimlerinde rol oynadığını düşündükleri en önemli risk faktörlerinden üçünü yazmaları istenmiştir. Verilen yanıtlar, Tablo 14’de belirtilen başlıklar altında gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar intihar girişiminde rol oynadığını düşündükleri nedenler, sıklık sırasına göre sıralandığında en üst sırada; ekonomik sıkıntılar (%50,7), ailesel sorunlar ve parçalanmış aile (%37,5) ve sosyal ilişkiler ve sosyal baskı (%35,1) yer almıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların intihar girişimlerinde rol oynadığını düşündükleri en önemli risk faktörlerinin dağılımı.

Soru 11	n (%)
Ekonomik sıkıntılar	172 (50,7)
Ailesel sorunlar ve parçalanmış aile	127 (37,5)
Ruhsal durum ve ruhsal hastalıklar	119 (35,1)
Sosyal ilişkiler ve sosyal baskı	111 (32,7)
Aile içi şiddet	28 (8,3)
İşsizlik	16 (4,7)
Alkol ve madde kullanımı	15 (4,4)
Yalnızlık	13 (3,8)
Hastalıklar	11 (3,2)
Ölümler	6 (1,8)
Diğer	39 (11,5)

×= İlgili soruya birden fazla yanıt verilmiştir.

Anketin 12. sorusunda katılımcıların, “hasta öyküsünde belirtmemiş olsa da intihardan şüphe ettikleri durumda zaman ayırarak hastayı uygun sorularla değerlendiririm” ifadesine katılıp katılmadıkları sorulmuştur. 259’unun (%76,4) katıldıklarını, 22’si (%6,5) katılmadıkları, 48’i (%14,2) fikri olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 15). Bu sorunun yanıtlarının, meslek türü, meslekte çalışma yılı ve intiharla ilgili

meslek içi eğitim alma ile değişip değişmediği, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı değerlendirilmiştir.

Bu önermeye verilen yanıtlar, katılımcıların meslek türü ve meslekte çalışma yıllarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hizmet içi eğitim almış olanların bu önermeye daha fazla oranda katılıyorum yanıtını vermesi (%20,6) istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. ($p=0,016$) (Tablo16).

Tablo 15. Katılımcıların “öyküde belirtilmemiş olsa da intiharlardan şüphe ettiğim hastalarda, zaman ayırarak, uygun sorularla hastayı değerlendirmeye çalışırım” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 12	N (%) [*]
Katılıyorum	259 (76,4)
Katılmıyorum	22 (6,5)
Fikrim Yok	48 (14,2)

*= Kolon yüzdesi

Tablo 16. “Öyküde belirtilmemiş olsa da intihardan şüphe ettiğim hastalarda zaman ayırarak uygun sorularla hastayı değerlendirmeye çalışırım” sorusuna verilen yanıtların katılımcıların hizmet içi eğitim alıp almama durumu ile karşılaştırılması.

Hizmet içi eğitim almış olma durumu			p değeri 0,016
Hastalara sorularla zaman ayırma	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	
Katılıyorum	53 (20,6)	204 (79,4)	
Katılmıyorum	1 (4,5)	21 (95,5)	
Fikrim Yok	3 (6,4)	44 (93,6)	

= Satır yüzdesi

İntihar olgularının ruhsal durumuna uygun davranmada kendini yeterli hissedenlerin büyük bir bölümünün hastalarında intihar şüphesi fark ettiğinde onlara zaman ayırıp uygun sorularla değerlendiririm önermesine katılması istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($p=0,004$) (Tablo 17).

Tablo 17. İntihar Uygun sorularla hastayı değerlendirme durumuyla, onların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterli hissetme arasındaki ilişki.

Hastaların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterlilik			
Hastalara sorularla zaman ayırma	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	p değeri 0,004
Katılıyorum	130 (50,6)	127 (49,4)	
Katılmıyorum	8 (36,4)	14 (63,6)	
Fikrim Yok	12 (25,5)	35 (74,5)	

= Satır yüzdesi

Anketin 13. Sorusunda katılımcıların 213'ü (%62,8) "intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımı, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önlemede etkili olmaktadır" ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 18). Katılımcıların bu önermeye verdikleri yanıtlar ile meslek türü, çalışma yılı, konuyla ilgili meslek içi eğitim alma durumları ile ilişkisi olup olmadığı değerlendirilmiştir. İstatistiksel fark aşağıdaki tablolarda belirtildiği gibi sadece meslek içi eğitim alma ile ilgili anlamlı bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 18. Katılımcıların “intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımı, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önlemede etkili olmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 13	N (%) [*]
Katılıyorum	213 (62,8)
Katılmıyorum	64 (18,9)
Fikrim Yok	53 (15,6)

*= Kolon yüzdesi

İntihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımının intiharı önlemede etkili olduğu konusunda fikri olmadığını belirtenlerin % 94,3'ünün hizmet içi eğitim almamış olması, %79,2'sinin bu hastalara yaklaşımda kendilerini yeterli hissetmemesi istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.04$, $p= 0,001$) (Tablo 19-20).

Tablo 19. Hizmet içi eğitimi ile intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımının, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önleme durumu arasındaki ilişki.

Hastaya doğru yaklaşımın intiharları önlemede etkili olması	Hizmet içi eğitim alma durumu		p değeri
	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	
Katılıyorum	43 (20,5)	167 (79,5)	0,04
Katılmıyorum	11 (17,2)	53 (82,8)	
Fikrim Yok	3 (5,7)	50 (94,3)	

= Satır yüzdesi

Tablo 20. İntihar girişiminde bulunan hastalarda onların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterli hissetme durumuyla intihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımının, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önleme durumu arasındaki ilişki.

Hastaya doğru yaklaşımın intiharları önlemede etkili olması	Hastanın ruhsal durumuna uygun davranmada yeterlilik		p değeri 0,001
	Evet n (%)#	Hayır n (%)#	
Katılıyorum	104 (49,5)	106 (50,5)	0,001
Katılmıyorum	35 (54,7)	29 (45,3)	
Fikrim Yok	11 (20,8)	42 (79,2)	

= Satır yüzdesi

İntihar gereçlerine (ateşli silah, tarım ilacı, tıbbi ilaç vb.) ulaşımının kısıtlanması, intihar sonucu ölümleri azalttığı ifadesinin yer aldığı 14. sorusuna katılımcıların 158'i (%46,6) katıldıklarını, 136'sının (%40,1) ise katılmadığını belirtmişlerdir (Tablo 21).

“İntihar gereçlerine (ateşli silah, tarım ilacı, tıbbi ilaç...) ulaşımın kısıtlanması intihar sonucu ölümleri azaltmaktadır” sorusuna verilen yanıtlarda, katılımcıların meslek türünün istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı gözlemlendi. Çalışma süresi 10 yıl ve üstü olanların bu önermeye daha az katıldıkları (Tablo 22), bu önerme konusunda fikri olmayanların çok daha az oranda hizmet içi eğitim almış olduğu (%5,7) bu farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi (p= 0,001, 0.028) (Tablo 23).

Tablo 21. Katılımcıların “intihar gereçlerine (ateşli silah, tarım ilacı, tıbbi ilaç...) ulaşımın kısıtlanması intihar sonucu ölümleri azaltmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 14	N (%)*
Katılıyorum	158 (46,6)
Katılmıyorum	136 (40,1)
Fikrim Yok	35 (10,3)

*= Kolon yüzdesi

Tablo 22. Meslekte çalışma yılına göre intihar gereçlerine ulaşımın kısıtlanmasına verilen yanıtların dağılımı.

Meslekte çalışma yılı	İntihar gereçlerine ulaşımın kısıtlanmasına verilen yanıt			P değeri 0,001
	Katılıyorum n (%)#	Katılmıyorum n (%)#	Fikrim Yok n (%)#	
9 yıl ve altı	108 (%56,3)	62 (%32,3)	22 (%11,5)	0,001
10 yıl ve üstü	50 (%36,5)	74 (%54)	13 (%9,5)	

= Satır yüzdesi

Tablo 23. İntihar gereçlerine ulaşımın kısıtlanmasına verilen yanıtlara göre hizmet içi eğitim alma durumu.

Hizmet içi eğitim alma			
İntihar gereçlerine ulaşımın kısıtlanmasına verilen yanıt	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	p değeri 0,028
Katılıyorum	35 (22,4)	121 (77,6)	
Katılmıyorum	19 (14,1)	116 (85,9)	
Fikrim Yok	2 (5,7)	33 (94,3)	

= Satır yüzdesi

Anketin 15. Sorusunda “Ölümlle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir” ifadesiyle ilgili fikirleri sorulmuştur. Bu soruya yanıt verenlerin 166’sı (%49.0) katıldıklarını, 63’ü (%18.6) katılmadığını belirtmişlerdir (Tablo 24). Bu önermeye verdikleri yanıtlar ile katılımcıların meslek türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlendi.

Meslekte çalışma yılının, hizmet içi eğitim almış olmanın ve intihar olgularına yaklaşımda kendini yeterli hissetmenin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı anlaşıldı. Meslekte çalışma yılı 10 yılın üzerinde olanların ve hizmet içi eğitim almış olanların bu önermeye katılma oranının daha fazla olduğu gözlemlendi ($p=0,019$, $p=0,009$) $p=$ (Tablo 25-26). Bu önermede fikri olmadığını belirtenlerin %65,3’ünün kendilerini intihar olgularının ruhsal durumuna uygun davranmada yeterli hissetmediği gözlemlendi ($p=0,012$) (Tablo 27).

Tablo 24. Katılımcıların “ölümlle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 15	N (%) [*]
Katılıyorum	166 (49,0)
Katılmıyorum	63 (18,6)
Fikrim Yok	101 (29,8)

*= Kolon yüzdesi

Tablo 25. Meslekte çalışma süresine göre “ölümlle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Meslekte çalışma yılı	Ölümlle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir			P değeri 0,001
	Katılıyorum n (%) [#]	Katılmıyorum n (%) [#]	Fikrim Yok n (%) [#]	
9 yıl ve altı	85 (%44,3)	45 (%23,4)	62 (%32,3)	0,001
10 yıl ve üstü	81 (%58,69)	18 (%13,04)	39 (%28,26)	

= Satır yüzdesi

Tablo 26. Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir ifadesine verilen yanıtların hizmet içi eğitim alma durumuyla karşılaştırması.

Katılımcıların intiharla ilgili hizmet içi eğitim alma durumu			
Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	p değeri 0,009
Katılıyorum	34 (20,9)	129 (79,1)	
Katılmıyorum	15 (23,8)	48 (76,2)	
Fikrim Yok	8 (7,9)	93 (92,1)	

= Satır yüzdesi

Tablo 27. Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir ifadesine verilen yanıtların, hastaların ruhsal durumuna uygun davranmada kendini yeterli hissetme durumuyla ilişkisi.

Hastaların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterlilik			
Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	p değeri 0,012
Katılıyorum	79 (48,5)	84 (51,5)	
Katılmıyorum	36 (57,1)	27 (42,9)	
Fikrim Yok	35 (34,7)	66 (65,3)	

= Satır yüzdesi

Anketin 16. Sorusunda "Ülkemizde, yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümle sonuçlanmaktadır" önermesi için fikirleri sorulmuştur. Katılımcıların 116'sı (%34,2) katıldıklarını belirtmiştir (Tablo 28). Bu önermeye verilen yanıtlar ile katılımcıların meslek türü ve çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların hizmet içi eğitim alma ve intihar olgularına yaklaşımda kendilerini yeterli hissetme durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında arasındaki farkın istatistiksel olarak fark olduğu gözlemlendi. Hizmet içi eğitim aldıklarını belirtenlerin büyük bir kısmı bu önermeye katılmışlardır (p= 0,035) (Tablo 29). Bu önerme konusunda fikri olmayanların daha büyük bir kısmının hastanın ruhsal durumuna uygun davranmakta yeterli hissetmediği anlaşılmaktadır (p=0,047) (Tablo 30).

Tablo 28. Katılımcıların “ülkemizde, yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümlle sonuçlanmaktadır” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 16	N (%) [*]
Katılıyorum	116 (34,2)
Katılmıyorum	74 (21,8)
Fikrim Yok	140 (41,3)

*= Kolon yüzdesi

Tablo 29. Ülkemizde, yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümlle sonuçlanmaktadır” ifadesine verilen yanıtların katılımcıların hizmet içi eğitim alma durumu arasındaki ilişki.

Hizmet içi eğitim alma			
Yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümlle sonuçlanmaktadır	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	p değeri 0,035
Katılıyorum	28 (24,6)	86 (75,4)	
Katılmıyorum	12 (16,2)	62 (83,8)	
Fikrim Yok	17 (12,2)	122 (87,8)	

= Satır yüzdesi

Tablo 30. İntihar girişiminde bulunan hastalarda onların ruhsal durumuna uygun davranmakla, ülkemizde, yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümlle sonuçlanmaktadır ifadeleri arasındaki ilişki.

Hastaların ruhsal durumuna uygun davranmada yeterlilik			
Yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümlle sonuçlanmaktadır	Evet n (%) [#]	Hayır n (%) [#]	p değeri 0,047
Katılıyorum	57 (50)	57 (50)	
Katılmıyorum	40 (54,1)	34 (45,9)	
Fikrim Yok	53 (38,1)	86 (61,9)	

= Satır yüzdesi

Anket formumuzun 17. Sorusunda "kendine zarar verme davranışının (kendini jiletleme vb.) intihar riski ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir" ifadesine katılımcıların 149'u (%44) katılırken, 138'i (%40,7) katılmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 31). Katılımcıların meslek türü, meslekte çalışma süresi, intihar olgularına yaklaşımda kendini yeterli hissetmeyle ve hizmet içi eğitim alma durumunun bu önermeye verilen yanıtlar üzerine etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Meslekte çalışma yılıyla arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Meslekte çalışma yılı daha fazla olanların bu önermeye katılmama oranının daha fazla olduğu gözlemlendi (p=0,033) (Tablo 32).

Tablo 31. Katılımcıların “kendine zarar verme davranışının (kendini jiletleme vb.) intihar riski ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı.

Soru 17	N (%) [*]
Katılıyorum	149 (44,0)
Katılmıyorum	138 (40,7)
Fikrim Yok	41 (12,1)

*= Kolon yüzdesi

Tablo 32. Kendine zarar verme davranışının (kendini jiletleme vb.) intihar riski ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir ifadesinin meslekte çalışma süresi ile karşılaştırılması.

Meslekte çalışma yılı	Kendine zarar verme davranışının intihar riski ile ilişkisi			P değeri
	Katılıyorum n (%) [#]	Katılmıyorum n (%) [#]	Fikrim Yok n (%) [#]	
0-9 yıl	96 (%50)	69 (%35,9)	27 (%14,1)	0,033
10-19 yıl	29 (%47,5)	27 (%44,3)	5 (% 8,2)	
20 ve üzeri yıl	24 (%32)	42 (%56)	9 (%12)	

= Satır yüzdesi

Anketimizin 18-23. sorularında sağlık çalışanlarının intihar girişimi olgularında etik ve yasal sorumlulukları konusundaki farkındalıkları ve yaşadıkları sorunları değerlendirme amacı taşıyan sorular yer almaktadır. Katılımcıların verdikleri yanıtlar tablo 33’de belirtilmiştir.

Tablo 33. Anketin 18-23. sorularına katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı

Soru 18- “İntiharlarda sağlık çalışanının adli olgu bildirimi yapma zorunluluğu vardır” ifadesine katılımcıların verdiği yanıtlar.		N (%)*
Katılıyorum		284 (83,8)
Katılmıyorum		9 (2,7)
Fikrim Yok		42 (12,4)
Soru 19- “Hasta transportu kabul etmediğinde, öncelikle hastanın karar vermede yeterli olup olmadığı değerlendirilmelidir” ifadesine katılımcıların verdiği yanıtlar.		
Katılıyorum		258 (76,1)
Katılmıyorum		48 (14,2)
Fikrim Yok		28 (8,3)
Soru 20- “Hasta ve/veya hasta yakını, intihar girişiminin kayıtlara geçmesini istemediğinde olayın intihar olduğu yazılı kayıtlara geçirilmemelidir” ifadesine katılımcıların verdiği yanıtlar.		
Katılıyorum		40 (11,8)
Katılmıyorum		273 (80,5)
Fikrim Yok		19 (5,6)
Soru 21- “112 sağlık yardım çalışanlarının, olay yerinde kanıtların korunması, saklanması, belgelenmesi ile ilgili sorumluluğu vardır” ifadesine katılımcıların verdikleri yanıtlar.		
Katılıyorum		243 (71,7)
Katılmıyorum		54 (15,9)
Fikrim Yok		37 (10,9)
Soru 22- “İstasyonlarda kullanılan formlardaki hasta ile ilgili yazılı kayıtlar, kanıt niteliği taşıyan bir belgedir” ifadesine katılımcıların verdikleri yanıtlar.		
Katılıyorum		304 (89,7)
Katılmıyorum		11 (3,2)
Fikrim Yok		18 (5,3)
Soru 23- “İntihar girişimi nedeni ile müdahale ettiğiniz hastalarla ilgili sonradan yasal makamlar tarafınızdan bilginize başvuruldu mu” sorusuna katılımcıların verdiği yanıtlar.		
Evet		42 (12,4)
Hayır		252 (74,3)
Hatırlamıyorum		39 (11,5)

*= Kolon yüzdesi

Yukarıdaki tabloda yer alan anketin 18-23. Sorularına verilen yanıtlar ile meslek türü, meslekte çalışma süresi ve intiharla ilgili hizmet içi eğitim alma arasında ilişki olup olmadığı istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelere göre, belirtilen etmenler ile arasında istatistiksel anlamlı fark olanlar aşağıda aktarılmıştır.

18. soruda “intihar girişiminde bulunmuş hastalarda yasal olarak bildirim gerekir” önermesine sürücülerin daha yüksek oranda katılmadıklarını belirtmesi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,016$).

20.soruda “intihar girişimi olguları istemediğinde intihar yazılı kayıtlara geçirilmemelidir” önermesine sürücülerin daha fazla katılıyorum seçeneğini işaretlemesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Anketin 22. sorusunda belirtilen önermeye verilen yanıtlar meslek türüyle karşılaştırıldığında sürücülerin diğerlerine göre bu önermeye daha az oranda katılması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,031$).

Araştırmaya katılanlara, intihar olgularına yaklaşımda en çok problem yaşadıkları grupları ortaya koyabilmek için sorulan ve birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri 24.soruya verilen yanıtlar aşağıda aktarılmıştır. En sık hasta ve hasta yakınları, ikinci sıklıkta polis, jandarma ve olay yeri ekibi ile sorun yaşadıkları gözlemlendi (Tablo 34).

Tablo 34. “İntihar girişimi olgularında en sık problem yaşadığınız grup aşağıdakilerden hangisidir” sorusuna katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı.

Soru 24	N (%) [*]
Hasta ve hasta yakınları	247 (72,9)
Polis, jandarma, olay yeri ekibi	93 (27,4)
Hasta naklinin gerçekleştiği hastaneler	28 (8,3)
Hiçbir problem yaşamıyorum	22 (6,5)
Komuta merkezi	14 (4,1)

^{*}= Kolon yüzdesi

Anketin 24. Sorusunda belirtilen gruplar ile meslek türü arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Buna göre Polis, jandarma, olay yeri ekibiyle daha çok Paramedik ve ATT'lerin sorun yaşaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$). Meslekte çalışma yılı ile sorun yaşanan gruplar arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde 10 yıl üzerinde çalışma süresi olanların polis, jandarma, olay yeri ekibi ve sorun yaşama oranının azaldığı, hasta ve hasta yakınlarıyla sorun yaşama oranlarının arttığı bunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi ($P=0,006$, $p=0,029$). Cinsiyetin sorun yaşanan gruplar üzerine etkisi olup olmadığı karşılaştırıldığında, kadınların hiçbir grupla problem yaşamadığını erkeklerden daha yüksek oranda belirtmesi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,035$).

Anketin 25. sorusunda katılımcılardan intihar olgularına müdahale ederken en fazla sorun yaşadıkları durumları serbest olarak belirtmesi istenmiştir. Birbirine yakın olan yanıtlar değerlendirilerek tarafımızca aşağıdaki gibi gruplandırılmıştır (Tablo 35). Buna göre katılımcılar en sık hasta yakınlarının agresifliği (%29,2), daha sonra da kolluk kuvvetlerinin olay yerine geç gelmesi ve yetersizliği (20,6) nedeniyle güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Bazı sorunların bazı meslek grupları tarafından daha az veya daha fazla yaşanması istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Olay yeri güvenliğinin olmamasından paramedik, att ve sürücülerin ($p=0,022$), hastanın transportu kabul etmemesinden paramediklerin ($p=0,026$), hastanın tedaviyi kabul etmemesinden hemşirelerin ($p=0,001$), olay yerinde kanıtların bozulmasıyla ilgili paramediklerin ($p=0,018$) daha fazla sorun yaşaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların belirttiği sorunlarda cinsiyetin etkisi olup olmadığı değerlendirildiğinde, kadınların hasta yakınlarının intihar olayını kabullenmeyip bilinçli olarak yanlış bilgi vermesinden daha fazla rahatsızlık duyduğu istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmıştır ($p=0.007$).

Olay yeri güvenliğinin olmamasını meslekte çalışma yılı 10 yılın altında olan katılımcıların daha fazla sorun yaşanan durum olarak belirtmesi ($p= 0,002$), tedavinin engellenmesi ve/veya tedaviyi kabul etmemeyi ise çalışma yılı 10 yıldan fazla olan katılımcıların sorun yaşanan durum olarak göstermesi ($p=0,022$) istatistiksel olarak anlamlıydı.

Tablo 35. “İntihar olgularına müdahalede en çok sorun/güçlük yaşadığınız durumlar” sorusuna katılımcıların verdiği yanıtların dağılımı.

Soru 25	N (%) [*]
Hasta yakınlarının agresifliği	99 (29,2)
Kolluk kuvvetlerinin olay yerine geç gelmesi ve yetersizliği	70 (20,6)
Hastanın agresifliği	53 (15,6)
Olay yeri güvenliğinin olmaması	50 (14,7)
Tedavinin engellenmesi ve/veya tedaviyi kabul etmeme	25 (7,4)
Hasta yakınlarının olayı kabullenemeyip bilinçli olarak yanlış bilgi vermesi	15 (4,4)
Hastanın transportu kabul etmemesi	14 (4,1)
Kanıtların korunamaması	10 (2,9)
Hasta ile iletişimin kurulamaması	5 (1,5)
Hiçbir sorun yaşamıyorum	7 (2,1)
Savcının olay yerine çok geç gelmesi	1 (0,3)

*= Kolon yüzdesi

5. TARTIŞMA

İntihar davranışı kişinin kendisine yönelttiği saldırganlık olarak kabul edildiğinden intihar sonucu ölümler şiddet ölümleri içinde ele alınmaktadır. Dünyadaki ölüm nedenlerine bakıldığında intiharların şiddet ölümleri içinde ilk sıralarda yer aldığı, ölüm nedenleri içinde ilk 10 sırada bulunduğu belirtilmektedir. İntihar girişimlerinin ise bunun 10-20 katı kadar olduğu bilinmektedir. Önlenebilir bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edildiğinden hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düştüğü tüm kaynaklarda belirtilmektedir (1, 38, 40, 41, 44).

Ülkemiz kaba intihar hızı yönünden pek çok ülkeyle karşılaştırıldığında alt sıralarda yer almaktadır (1, 45, 211).

Umutsuzluk ve çaresizlik duygularıyla kendi çıkış yollarını tükenmiş hisseden bireylerin yaşamına son vermesi olarak tanımlanan intihar yalnızca bireyleri değil tüm toplumu ilgilendirmektedir (38).

İntiharların önlenmesinde hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına belirgin roller düştüğü, bunlar içinde doğru tutumla bu hastalara yaklaşmanın, yasal ve etik sorumluluklarının bilincinde olmanın önemli olduğu pek çok kaynakta vurgulanmaktadır (5, 8, 9, 13, 143, 191-194).

Bilimsel yerli ve yabancı kaynaklar gözden geçirildiğinde hekim, hemşire, acil servis çalışanlarıyla yapılmış çalışmalar olmakla birlikte, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının intihar girişimindeki tutumlarını ve bu konudaki bilgi birikimini değerlendiren az sayıda yabancı araştırmaya rastlanmıştır. Bu çalışma, hastayla genellikle ilk karşılaşan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının, intihar olgularına yaklaşımdaki tutumlarını ve intihar konusundaki bilgi birikimlerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır (138,142-151,153,154).

Çalışmanın amacı doğrultusunda hazırlanan anket formlarının değerlendirilmesinden elde edilen bulgular aşağıda aktarılacak ve ilgili literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Çalışmaya İzmir İl merkezi ve yakın ilçelerindeki 34 acil Sağlık İstasyonu ve komuta kontrol merkezinde görevli 464 sağlık çalışanına uygulanmıştır. 339 sağlık çalışanı anketi yanıtlamıştır. Anketin yanıtlanma oranının %73 olması sağlık çalışanlarının 24 saat nöbet usulü çalışmasından ve gün içerisinde çağrılara gitmeleri ve istasyonlarında az zaman geçirmelerinden kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarıyla

çeşitli konularda yapılmış anket çalışmaları gözden geçirildiğinde anketlerin yanıtlanma oranının %50-75 olduğu gözlenmiştir (164,167,168).

Anketin ilk 6 sorusu katılımcıların demografik özelliklerini koymaya yönelik sorularda oluşmaktaydı.

Çalışmamızdaki katılımcıların yaşlarının 17-57 arasında değişim gösterdiği, yaş ortalamasının $33,3 \pm 10,3$ olduğu, yaklaşık %60'ının kadın, %59'unun evli olduğu gözlemlendi. Cingil ve Doğan'ın İstanbul'da, Yıldız'ın Konya'da hastane öncesi acil yardım çalışanlarıyla yaptığı tez çalışmalarında demografik veriler gözden geçirildiğinde, çalışmamızdaki rakamlara benzer sonuçlarla karşılaşıldı (164,167,168).

Anket çalışmamızı yanıtlayan sağlık çalışanlarının %60'ından fazlasının ATT (%44) ve paramediklerin (%19,8) oluşturduğu belirlendi. Hastane öncesi acil yardım çalışanlarıyla 2007 ve 2015 yılları arasında yapılan çalışmada aynı şekilde ATT ve Paramediklerin çoğunluğu oluşturduğu gözlemlendi (164,167,168).

Güncel rakamlara bakıldığında, Türkiye genelinde yaklaşık 1706 adet 112 istasyonu bulunduğunu, doktor, sağlık memuru, hemşire, şoför, ATT ve paramedikler dahil yaklaşık 25 bin personelin görev yaptığı, mevcut sistem içinde paramedik sayısının 2700, ATT'lerin sayısının ise 10 bin dolayında olduğu belirtilmektedir (212). Çalışmamızda meslek türü dağılımının Türkiye'deki güncel kadro dağılımıyla uyumlu olduğu anlaşıldı. 112 Acil Sağlık İstasyonlarında giderek daha düşük oranda hekim ve hemşire görevlendirilmesi yürürlüğe giren yasal düzenleme doğrultusunda 2005 yılından sonra işleyiş sistemine ağırlıklı olarak ATT ve Paramediklerin katılmasıyla açıklanabilmektedir (175, 176).

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu ATT ve Paramedikler oluşturduğundan, eğitim düzeyinin %36'nın lise, %54'ünün üniversite olması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Çalışmamıza katılanların %16'sını sürücülerin oluşturmalarına rağmen eğitim düzeyi en az ilkokul olarak karşımıza çıkmıştır. Cingil'in çalışmasında eğitim düzeyi dağılımında şoförlerin %4'ünün okuryazar olmaması dikkat çekici bulunmuştur (167).

Araştırmamızdaki katılımcıların meslekte çalışma yıllarını (ort:10,9 $\pm$ 8,2) ülkemizde bu konuda yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırdığımızda Doğan'ın 2012 İstanbul çalışmasında toplam 236 çalışanın 190'ının 0-5 yıldır, 35'inin 6-10 yıldır, 10'unun 11-15 yıldır ve 1 çalışanın 15 yılın üzerinde çalışma süresi olduğu, Yıldız'ın araştırmasında ise 72'sinin 0-1 yıldır, 205'inin 2-5 yıldır, 130'unun 5-10 yıldır, 21'inin 11-15 yıldır, 7'sinin 16-20 yıldır ve 2'sinin 21 yılın üzerinde mesleklerini yürüttükleri belirtilmektedir.

Çalışmamıza katılanların ortalama meslekte çalışma süresinin yaş ortalamışında olduğu gibi yukarıdaki çalışmalara göre daha fazla olduğu gözlemlendi. Meslekte çalışma yılının ve deneyiminin, katılımcıların anket sorularına verdikleri yanıtlar üzerine etkileri, tartışmanın ileriki bölümlerinde aktarılacaktır (164,167,168).

Anketin sonuçlarına göre katılımcıların sadece %18'i intihar ve intihar girişimlerinde bulunmuş hastalara yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Acil servis hekimlerinin acil servis hastalarında psikiyatrik semptomları kaçırabileceği veya bu semptomları organik, psikiyatrik olmayan etyolojilere dayandırabileceği, acil hekimlerinin psiko davranışsal bozukluklar konusunda kendilerini eğitilmiş hissetmedikleri, acil tıp ihtisas dönemlerinin çoğunluğunun psikiyatride usulüne uygun deneyim içermediği belirtilmektedir. Kaynaklarda intihar risk değerlendirme konusunda daha önce eğitim almış kişilerin intiharı önlemeye yönelik daha olumlu tutumlar sergilediği belirtilmektedir (5).

Arkan ve arkadaşlarının son 10 yılda Türkiye’de sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını inceledikleri 2011 yılı çalışmasında; ülkemizdeki tıp ve hemşirelik eğitiminin tekrar gözden geçirilerek, psikiyatri eğitim programlarına bilgi, inanç, tutum ve davranış değiştirmeye yönelik konuların eklenmesi ve ruh sağlığı, ruhsal hastalıklar ve damgalanma konularında sağlık personelinin eğitim gereksinimlerinin karşılanmasını zorunlu olduğunu belirtmiştir (153). Yetiş’in “Dünyada ve Türkiye’de intiharla mücadelede çözüm yolları” çalışmasında duyarlı risk gruplarına yönelik önleme stratejileri içerisinde birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları, ruh sağlığı hizmetleri çalışanları, acil servis çalışanları, öğretmenler ve diğer okul görevlileri, topluluk liderleri, polis memurları, askeri görevliler, sosyal çalışmacıların intihara yol açan risk faktörleri konusunda eğitilmeleri gerektiğini belirtmiştir (213). Sayıl’ın çalışmasının da sağlık alanında çalışanların; intihar, intihar girişimleri, intihar riski ve intihar girişimlerinde ilkyardım konularında eğitilmesi gerektiği, ayrıca intihar davranışı ile karşılaşma olasılığı bulunan tüm profesyoneller (öğretmenler, polisler, jandarma, din adamları vb) intihar ve intihar davranışı konusunda bilgilendirilmesinin intiharı önleme konusunda önemli olduğu belirtilmektedir (214).

Tartışmanın ileriki bölümlerinde, katılımcıların intihar kavramı, intihar olgularına yaklaşım ve tutum sorularına verdikleri yanıtlar üzerine, konuyla ilgili hizmet içi eğitim almanın olumlu etkisinin olduğu, bunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu verileriyle aktarılacaktır.

Ülkemizdeki acil yardım çalışanlarının büyük çoğunluğunu oluşturan ATT ve Paramediklerin eğitim müfredatı ve hizmet içi eğitim konuları dikkate alındığında intihar konusuyla ilgili yeterince çalışma ve eğitim yapılmadığı gözlenmiştir. Bu konuda yapılmış diğer çalışmaların da gösterdiği gibi diğer pek çok meslek grubunun intihar davranışları konusunda eğitim almasının intiharları önlemede etkili olduğu görüşüne bizde katılıyoruz (5, 153,213,214).

Sağlık alanında çalışanların intihar girişiminde bulunan hastalarda kendilerini nasıl hissettikleri ve bu hastalara yaklaşımda tutum ve önyargıları ile yapılmış çalışmalar gözden geçirilmiştir. Çalışmaların hemen hepsinde sağlık çalışanlarının bu hastalara yaklaşımda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, kendilerini yeterli hissetmedikleri, bu konuda yapılacak eğitimlerden yarara sağladıklarını belirtmişlerdir (5,143,147,148,150,153).

Araştırmamızda, intihar girişiminde bulunan hastaların, ruhsal durumuna uygun davranmakta kendilerini yeterli hissedip hissetmedikleri sorusuna katılımcıların; %53.4'ü kendilerini yeterli hissetmediklerini belirtmişlerdir. Hastalara yaklaşımda kendini yeterli hissetme üzerine meslek türü ve cinsiyetin anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Buna karşın hizmet içi eğitim almış olanların belirgin bir farkla intihar girişimi olgularına yaklaşımda kendini yeterli hissettiği çalışmamızda ortaya çıkmıştır. Çalışmamızın bulgularını göz önüne bulundurduğumuzda, tekrarlayan intihar girişimlerini ve intihar sonucu ölümleri engellemede, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının, diğer acil sağlık çalışanları gibi konuyla ilgili eğitimlere gereksinimleri olduğu görüşüne katılmaktayız.

Sağlık çalışanları hatta toplumda depresyonun intihar girişimleri için öncül bir etmen olduğu bilinmektedir. Oysa intihar fikirleri ve bazı davranışlar intihar habercisi olduğu bilinmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarının bu intihar eğilimi göstergesi olan durumlardan haberdar olmasının intiharları önlemede önemli olduğu vurgulanmaktadır (1,213, 214). Anketimizin 9. sorusunda sağlık çalışanlarına, acil yardımda bulundukları bir hastada, intihar eğilimi veya intihar fikirleri fark ettiklerinde ne yapacakları sorulmuştur. Katılımcıların %14'ü hastaya sadece hastaya gereksinimi olan acil tıbbi müdahalesini yapacağını belirtmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu intihar eğilimi fark ettiklerinde bu durumu komuta kontrol merkezine, hastayı naklettikleri hastanedeki hekime ve hasta yakınlarına bilgi vereceklerini belirtmişlerdir. %78,8'inin hastayı götördükleri hastanedeki doktora bilgi vereceğini belirtmesi olası intihar girişimleri ve bunların önlenmesi konusunda hassas olmalarından çok 112 iş akışlarına uymaları nedeniyle olduğu

düşünülmüştür. Çünkü ileride aktarılacağı gibi intihar eğilimini ortaya koyan risk etmenleri, intiharın öncül habercileri ve epidemiyolojik verileriyle ilgili konuların bazılarında sınırlı bilgiye sahip oldukları ankete verdikleri yanıtlarda ortaya çıkmıştır.

Konunun profesyonelleri dışında, intihar olguları ile karşılaşan pek çok sağlık çalışanının bu olgulara olumsuz duygular taşıdıkları yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Hatta kültürel etkilerin tutumlar üzerine etkili olabildiğinden yola çıkılarak yapılmış bir çalışmada değişik ülkelerin psikiyatristlerinin tutumlarında farklar olduğu ortaya çıkmıştır (154). Hastalara yönelik duygulanımın onlara sergilenecek tutumlar üzerinde etkili olduğu özellikle intihar olgularında vurgulanmaktadır. Çalışmalar ağırlıklı olarak acil servis, yoğun bakım, intihar girişimiyle karşılaşma olasılığı yüksek diğer kliniklerin sağlık çalışanları ve tıp öğrencileriyle yapılmıştır (142, 147-152,154). Bu nedenle hastane öncesi sağlık çalışanları ile yaptığımız anketimize intihar girişimlerinde olgular karşısında ne hissettiklerini sormayı uygun bulduk.

Katılımcılar intihar girişiminde bulunmuş hastalar karşısında neler hissettiği sorusuna %37.5'i anlayışla karşılayacağını ancak yarıdan fazlasının anlamakta zorluk çektiği, kızgınlık duyduğu ya da bir şey hissetmediği (nötr) gibi olumsuz duygular taşıdığını belirtmiştir.

Pompili ve arkadaşları acil servis sağlık çalışanlarının, intihar girişimi ve kendine zarar davranışında bulunan hastalar karşısındaki tutumlarını değerlendiren çalışmaları derlemişlerdir. Yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunan hastalarda sağlık çalışanlarının hekim ve hemşirelerin genel olarak tutumlarının olumsuz olduğu, hastalara kızgınlık duydukları, hastalarla iletişim ve empati kurma güçlüğü yaşadığı, onları anlamakta zorlandığı belirtilmektedir. İntihar girişiminde bulunmuş hastaların, sağlık çalışanlarında korku uyandırdığı, damgalanma dışlanma ve reddedilme yaşadığı kaynaklarda belirtilmektedir (5,144).

Sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunmuş hastalara karşı olumsuz tutumlarında bilgi eksikliği, yorgunluk ve stres faktörü, intihar girişiminin tekrarlayıcı olmasının, deneyimsizliğin etkili olduğu vurgulanmaktadır. Deneyim yılı uzunluğu, kadın olma, psikiyatr, konsültasyon desteğinin varlığı, hastanın klinik durumun ağır olması, bu hastalara yaklaşımda olumlu etki yarattığı vurgulanmaktadır (144,147, 151).

Ülkemizde intihar olgularına değil ancak ruhsal hastalıklara yönelik sağlık çalışanları ve tıp öğrencilerinin bilgi ve tutumlarını değerlendiren araştırmalar gözden geçirilmiştir.

Psikiyatri dalı dışındaki sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik tutumlarının toplumun bir yansıması olduğu onlara karşı olumsuz, diğer hastalardan daha az onaylayıcı oldukları belirtilmektedir (138,145,153,155). Sağlık çalışanları dışında tıp fakültesi öğrencileri ile yapılmış bazı çalışmalara da rastlanmıştır. Bu çalışmalar ruhsal hastalıklar karşısında öğrencilerin stigmatizasyon ve negatif tutumları olduğu bu nedenle tıp eğitiminde bu konunun yapılandırılarak ele alınması gerekmektedir (138,215).

Çalışmamızda katılımcıların az bir kısmı bu hastaları anlayışla karşıladığını belirtmiştir. Bu soruya verilen yanıtlar hizmet içi eğitim alma, cinsiyet, deneyim yılı ile anlamlı bir fark yaratmamıştır. Hastane öncesi sağlık çalışanlarının intihar girişimi olgularındaki daha çok olumsuz ve nötr duygular taşıması, bizim çalışmamızda bilgi eksikliği ve deneyim süresiyle değil, iş yoğunluğu ve yukarıdaki çalışmalarda belirtildiği gibi toplumsal tutumun bir yansımasıyla ilgili olduğu düşünülmüştür.

İntihar ve intihar girişimlerinin altında biyolojik, psikolojik ve toplumsal nedenler yattığı bilinmektedir. Temel olarak literatürlerde intihar risk faktörleri olarak; depresyonun başı çektiği gözlenmektedir. Depresyonun intiharlardaki rolü sağlık çalışanlarınca bilinmekle birlikte psikiyatri dışı hekimler ve birinci basamak sağlık kurumlarında tanının atlanabildiği, hastaların her zaman psikiyatriste ulaşma olanağı olmadığı, sağaltımın yapılamadığı belirtilmektedir (216,217). Ruhsal hastalıklardan sonra aile içi problemler, kişinin sosyal çevresiyle yaşadığı sorunlar ve baş edemediği güçlükler, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olma, ekonomik sıkıntılar, işsizlik, yalnız yaşama, bekar veya hiç evlenmemiş olma, göç, kronik hastalıklar, yakınına kaybetme, alkol ve madde kötüye kullanımı, cezaevinde olma, geçmiş travmatik deneyimler intiharda risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (42,73,76, 115,119,218). İntihar girişiminde bulunmuş hastalarda yapılmış çalışmalarda risk faktörleri benzer olmakla birlikte bazı değişiklikler göstermektedir. İntihar girişimlerinin kadınlarda daha fazla olduğu, ülkemizde yapılmış bir çalışmada evli kişilerde daha fazla görüldüğü, hastaların neden olarak evlilik ve partner sorunlarını daha fazla gösterdiği anlaşılmıştır (96).

Adelosaan yaş grubundaki intiharların sıklıkla dürtüsel olduğu belirtilmektedir. Ancak yapılan bir çalışmada; intihar sonucu ölen çocukların ölümden önceki 3 aylık sürede %21'inin ruh sağlığı uzmanı tarafından görülmüş olduğu belirtilmektedir (76). Ailede boşanma, çocuğun fiziksel ve cinsel istismarı, sevdiği birinin kaybı, ebeveynin psikiyatrik

sorunları adolosan intiharlarında risk oluşturduğu kaynaklarda belirtilmiştir (72, 73, 75, 76, 135).

Göçmen ve sığınmacı popülasyonunda intihar oranının yaşadıkları ülkenin halkından daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Göç ettiği ülkede maruz kaldığı ve statü kaybının yeni çevre edinme güçlüğü, yalnızlık, sosyal izolasyonun bunda rol oynadığı belirtilmektedir (219, 220). Yakın komşulukları nedeniyle dış göç, bölgesel sorunlar nedeniyle de iç göç sorunu yaşanan ülkemizde, sağlık çalışanlarının depresyon olasılığı daha yüksek olan bu grubunun nüfus olarak günümüzde giderek arttığı kaçınılmaz bir gerçektir.

Katılımcıların çalışmamızda intihar için risk etmenlerinin önemli olanlarını belirttikleri ancak ekonomik, sosyal ve ailesel sorunlar ön plana çıktığı gözlenmiştir. Yanıtların konuyla ilgili bilgi birikiminden çok yaşam tecrübesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Depresyonun intihar için en önemli risk etmeni olduğu ancak şizofreni ve bipolar bozukluk gibi diğer önemli hastalıkların göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (221). Ruh sağlığı birimlerinde bile hastaların intihar riskini tam olarak değerlendirecek bir ölçek bulunmadığı belirtilmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarında yapılan hasta takiplerinde kolayca atlanabildiği göz önünde bulundurulduğunda, 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarından hastayı bu yönde değerlendirmesi beklemek gerçekçi bir yaklaşım değildir. Riskli grupları belirleme ve intiharı önlemek için aile hekimlerine çok daha fazla sorumluluk düştüğü kanısındayız.

Çalışmamızda hastane öncesi sağlık çalışanlarının öyküde belirtilmemiş olsa da intihar girişimlerinden şüphe edilen hastalarda yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün hastayı uygun sorularla değerlendirdiğini belirmişlerdir (%76,4). Anketin bir diğer sorusunda sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan hastaya doğru yaklaşımı bir sonraki intiharları önlemede önemli olduğu önermesine katılımcıların %63'ü katıldığını belirtmiştir. Kaynaklarda intihar sonucu ölümlerin önlenmesinde, intihar girişimlerine bağlı morbidite, bunun yarattığı sosyal ve mali sorunların azaltılmasında sağlık çalışanlarının intihar fikirleri, intihar davranışları gibi intihar şüphesi doğuran durumlar konusunda haberli olmalarının önemli olduğu vurgulanmaktadır (1,56, 96, 139, 141, 147, 148, 150, 153,155, 214, 215, 222). Hastaları dışlamadan basit intihar girişimlerini de ciddiye alarak doğru tutumla yaklaşımın intiharları önlemede özellikle hastayla ilk karşılaşan ekibe büyük sorumluluklar düştüğü belirtilmektedir (139, 140, 141, 215, 222,). Sağlık çalışanları arasında intiharı

önlemenin kendi sorumluluğu olmadığını düşünenler bulunduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada intiharı önlemede sorumluluk almakta en olumlu yaklaşım gösterenlerin psikiyatri alanındaki sağlık çalışanları olduğu gözlenmiştir (223).

İntihar şüphesinde hastaya daha duyarlı davrandıklarını ve doğru tutumla yaklaşımın intiharları önlemede etkili olduğuna inananların, hizmet içi eğitim almış alma ve intihar olgularına yaklaşımda kendini yeterli hissetme durumun daha fazla olduğu çalışmamızda ortaya çıkmıştır. Bu göz önüne alındığında, Paramedik ve ATT'lerin, intihar olgularına yaklaşım konusunun mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle desteklenmesinin önemli olduğu görüşünderiz.

İntiharların önlenmesinde, riskli grupların tanınması ve izlenmesi yanında intihar araçlarına ulaşımın kısıtlanmasında bir o kadar önemli olduğu kaynaklarda belirtilmektedir (214). Köprüler gibi yüksek yerlere ve demiryolu hatlarına, ateşli silahlara erişimin engellenmesi, ev gazları ve araç egzoz gazlarının kontrolü, tarım ilaçlarına erişimin zorlaştırılması, ilaçların düzenlenmesi ve kasıtlı doz aşımını engellemek için farkındalık ve eğitim programları, güvenli ilaç reçeteleme, depolama ve ilaçların imhasının önemli olduğu belirtilmektedir. Yalnızca toplumsal alanlarda değil intihar davranışı olan hastaların izlendiği hastanelerde de intihar araçlarına ulaşımın kısıtlanması gerektiği belirtilmektedir. (106-109, 112- 113, 214).

İntihar araçlarına ulaşımın kısıtlanmasıyla, bölgesel hatta ülke düzeyinde intihar hızlarının düştüğü pek çok çalışmayla ortaya konmuştur (114).

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının intihar gereçlerine ulaşımın kısıtlandığı durumlarda ölümleri azaltıp azaltmadığıyla ilgili soruya %50,4'ü katılmadığı veya fikri olmadığını belirtmiştir. İntiharla ilgili eğitim almamış olanların bu konuda çok daha fazla oranda fikri olmaması konuyla ilgili farkındalık eğitimlerine gereksinim olduğunu göstermiştir.

Kaynaklarda intiharların erkeklerde, kadınlardan 3-4 kat fazla olduğu yer almaktadır. Ülkemiz verilerinin de aynı şekilde olduğu gözlenmektedir (45,55,57-59,67-69). Çalışmamızda anketimizin 15. Sorusunda intiharların erkeklerde daha fazla görüldüğü önermesine katılımcıların yaklaşık %50'si katılmıştır. Diğer yarısının bu konu hakkında fikri olmadığı ya da bu önermeye katılmadıkları gözlenmiştir. Meslekte çalışma yılı ve konuyla ilgili eğitimin, intiharın risk etmenlerini bilmeleri üzerine olumlu etkisinin olduğu bizim çalışmamızda da ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların intiharın risk etmenlerinden olan yaş faktörü ile ilgili haberlilik düzeyini değerlendirmek için anketimizde, “yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümle sonuçlanmaktadır” önermesine yer verilmiştir. Katılımcıların ancak 1/3’ünün bu önermeye katıldığı, hizmet içi eğitim almanın istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı gözlemlendi.

Amerika ve Avrupa’da olduğu gibi ülkemizde de son 30 yıl istatistiksel verilere bakıldığında intihar hızının 75-85 yaş üzerinde en fazla olduğu kaynaklarda belirtilmektedir (45,56, 81-84). Yapılan nüfus projeksiyonlarında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun artacağı bilindiğinden, yaşlı intiharlarıyla daha fazla karşılaşılması beklenmektedir. (45). Katılımcıların, yaşlı intiharlarının daha fazla ölümle sonuçlanması, intihar hızının kendi yaş grubu içinde daha fazla olması konusunda haberlilik düzeyinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bunun intiharda riskli gruplar konusunda bilgi eksikliği yanı sıra günlük çalışma hayatlarında sayıca genç yaş grubu intiharlarıyla daha fazla karşılaşmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Kaynaklarda kasıtlı kendine zarar vermenin birçok tanımı olmakla beraber, intihar niyetine bakılmadan, her türlü kendini yaralayıcı davranış olarak tanımlanmıştır. Ancak tüm yapılmış araştırmalar kendine zarar davranışının depresif hastalarda, çocukluk çağı örselenmelerinde çok daha fazla olduğu, intiharla hem davranışsal hem biyolojik bilimsel olarak kanıtlanmış anlamlı bir ilişkisi olduğu, bu nedenle adolesan ve genç yaş grubunda sık görüldüğünü belirtmektedir. Kendine zarar davranışının yardım arama ve iletişim kurma yolu olduğu kabul edilmektedir. Sağlık çalışanları, bu kişilerin kendine zarar verme yoluyla iletişim kurduğu kişilerdir (224,225). İntihar davranışını erken tanıma, bir kişinin yaşamına son vermesini önlemede önemli bir araç olarak kabul edilmektedir. Kasıtlı olarak kendine zarar veren hastalara karşı sağlık personelinin olumsuz tutumları olabildiği, bu hastaların tam değerlendirilemeden kısa sürede acil servislerden taburcu edildiği hatta hastalara yönelik dışlama ve düşmanca tutumun bir sonraki olası intihar girişimini hızlandırdığı belirtilmektedir (5).

Çalışmamızda, “kendine zarara verme davranışının intihar riski ile ilişkilidir” önermesine katılımcıların %44’ünün katıldığı, hizmet içi eğitim alma ile meslek türünün bu yanıtta etkili olmadığı ancak meslekte çalışma yılı arttıkça bu düşünceye katılmayanların oranının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Kendine zarar davranışının intihar girişimlerinde bir risk etmeni olmasının az bilinmesi, deneyim yılı fazla olanların

buna daha az katılması, konunun meslek içi eğitimlerinde ele alınmamış olduğunu düşündürmüştür. Bu nedenle risk etmenlerinin farkında olup, intiharların önlenmesinde kilit rolleri olduğuna eğitimlerle dikkat çekilmelidir.

Çalışmada kullandığımız anketin 18-23. soruları intihar girişimi hastalarında yasal ve etik sorumlulukları konusunda bilgi birikimlerine değerlendirme amacı taşımaktadır. Bu sorulara verilen yanıtlar aşağıda tartışılmıştır.

İntihar ve intihar girişimi kişinin kendine yönelik şiddeti kabul edilmektedir. Ancak bu olaylarda intiharı azmettiren, kolaylaştıran, yardım eden kişi ya da kurumların bulunup bulunmadığı, belirtilen olayın kaza, başkasının kasıtlı davranışı ya da gerçekten intihar olup olmadığının ortaya konulabilmesi için adli yönüyle araştırılması gerekmektedir. İntihar sonucu olduğu belirtilen ölümler adli makamlara yansırken, intihar girişiminde bulunmuş hastaların kendileri ya da sağlık çalışanları bu durumu adli makamlara bildirme konusunda ikilem yaşamaktadırlar (8,9, 171 – 174, 191, 192,196, 226-230). Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının intihar olgularını adli olgu olarak değerlendirip değerlendirmedigini anlamak için anketimize soru eklenmiştir. “İntihar girişiminde bulunmuş hastalar adli olgu olarak kabul edildiğinden sağlık çalışanlarının yasal olarak bildirim yapmak zorunluğu vardır” önermesine katılımcıların büyük çoğunluğunun evet yanıtı verdiği (%84), meslek türüyle arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sürücülerin bu önermeye çok daha az katıldığı gözlenmiştir. Bu sonuç 112 çalışanlarının intihar girişimlerini adli olgu olarak değerlendirdiği ve bildirim yapmayı düşündüklerini ortaya çıkarmaktadır.

Yasal düzenlemeler, mesleki etik ilkeler ve uluslararası sözleşmeler her hastada, mahremiyeti ön planda tutmaktadır. Bununla birlikte TCK’nun 279 ve 280. maddeleri adli niteliği olan hastalarda adli makamlara bildirim yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Her ne kadar yapılmış çalışmalar intihar girişimi olgularının çok az bir kısmının savcılık araştırmasına konu olduğunu ve çoğunda takipsizlik ve kovuşturmayla yer olmadığı kararı verildiğini gösterse de (14,196) sağlık çalışanlarının bildirim yükümlülüğünü kaldırmamaktadır. Ancak hasta hakları ve etik platformda tartışıldığı gibi hastaya yardım ve tedavinin sağlık çalışanının önceliği olması ilkesine biz de katılıyoruz. İntihar girişiminde bulunmuş hastalara doğru tutumla yaklaşmanın önemi pek çok kaynakta vurgulanmaktadır. Adli olgu bildiriminin hastayı örselemeden ve hastaya tıbbi yaklaşıma öncelik vererek doğru zamanda yapılmasının önemli olduğu fikrindeyiz. Tüm intihar girişimlerinin

bildirilmesi hastaya zarar verici bir eylem olabilmekte, psikiyatri çevrelerine göre tıbbi malpraktis olarak da nitelendirilebilmektedir. İntihar girişimi olaylarının aydınlatılmasında sağlık çalışanlarının ayrıntılı anamnez ve muayene bulgularını değerlendirmek gibi sınırlı rolleri bulunmaktadır. Bu nedenle intihar ve intihar girişimlerinde TCK 84. maddesi gereği, olayın aydınlatılmasında sosyal hizmetler ve adli makamlar gibi ilişkili diğer disiplinlerin yapacağı araştırmaların önemli olduğuna inanıyoruz.

Sağlık çalışanlarının hastalarında yasal ve etik yaptırımlar arasında kalarak çatışma yaşamasına neden olan diğer iki konuda yaklaşımlarını değerlendirmek için anketimizde iki soruya daha yer verilmiştir. Hastaların tedaviyi reddettiği ve hastalıklarıyla ilgili bilgilerin kayıtlara geçmesini istemediği durumlar sağlık çalışanlarını çifte yükümlülükle karşı karşıya getirmektedir. İntihar girişimleri kişinin yaşamdan vazgeçmeyi göze aldığı, toplumun hassas olduğu, sağlık çalışanlarını zorlayan olgular olduğundan yasal, mesleki ve etik sorumluluklar daha fazla çatışma yaratmaktadır (228-233).

“İntihar girişiminde bulunan hasta, uygulanacak tedaviyi ve/ veya hastaneye transportu kabul etmediğinde öncelikle hastanın karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi gerekmektedir” önermesine katılımcıların 3/4’ünün iştirak ettikleri ancak meslekte kıdem yılı, hizmet içi eğitim alıp almama durumu ve çalışma sürelerinin bu sonuçta etkili olmadığı belirlendi.

Acil müdahale gerektirmeyen hastalarda hasta otonomisini karar verme kapasitesini değerlendirmek için yapılabilecek muayene, kullanılabilecek enstrüman ve konsültasyona baş vurma gibi yararlanılacak pek çok yöntem bilinmektedir. Ancak acil servislerde ve hastane öncesi acil müdahalelerde sağlık çalışanının tedaviyi reddeden hastayı karar verme kapasitesi yönünden değerlendirebilmesinin, süre azlığı ve ortam koşulları nedeniyle çok kısıtlı olduğu bilinmektedir (232). Mesleki etik ve hasta hakları platformunda çokça tartışılan bu konuda ülkemizde 112 Acil Yardım çalışanlarıyla yapılmış çok az çalışmaya rastlanmıştır. Yıldız’ın çalışmasında 16 yaşında yaralanan tedavi ve hastaneye gitmeyi reddeden bir hasta karşısında 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının ne yapacakları sorulmuştur. %51’inin komuta kontrol merkezine, %10’unun polise, %8’inin nakil reddi alacağı, %1’inin ise hastayı zorla hastaneye götüreceğini belirtmiştir (168). İntihar girişiminde bulunmuş hastaların da kendi tedavisiyle ilgili özerkliği olabileceği vurgulanmakla birlikte içinde bulunulan ruhsal durum nedeniyle bu kararın sağlıklı olmayabileceği belirtilmektedir (232). Acil koşullarda hastaların tedaviyi reddetmesinin

karar verme kapasitesinin yetersizliğinden çok iletişim problemlerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (233).

Acil sağlık hizmetlerinde hasta özerkliğini değerlendirmenin kısıtlı yapılabileceği göz önüne alındığında tedavi reddi veya hastaneye transportu engellendiğinde bu durumun kayıtlara geçirilmesi önerilmektedir. Yaşamsal risk söz konusu olduğunda, hastanın sağlık kurumuna ulaşımının sağlanabilmesi için en kısa yoldan adli makam ve emniyet güçlerinden yardım istenilmesi hasta yararı açısından önemlidir.

Sağlık çalışanlarının çifte yükümlülüğünün tartışıldığı bir başka alan meslek sırrı ve yasal yükümlülüklerdir. Anketimizin 20. Sorusunda “hasta ve hasta yakını intihar girişiminin kayıtlara geçmesini istemediğinde olayın intihar olduğu yazılı kayıtlarda belirtilmemelidir” önermesine sağlık çalışanlarının %81’i katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu soruda meslek türünün anlamlı bir fark yarattığı, sürücülerin daha fazla katılıyorum seçeneğini işaretlediği gözlenmiştir. Bu durumun sağlık mesleği ve etik yasal sorumluluklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündürmüştür.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görev yapan hekimlerle yapılan bir çalışmada yasalarla tıbbi etik ilkelerin çeliştiğini düşündükleri durumlarda %62’sinin yasalara uygun hareket ettiği gözlenmiştir (234).

Ülkemizdeki yasal düzenlemeler, mesleki etik ilkeler ve uluslararası hasta haklarıyla ilgili sözleşmeler, herkesin kendi sağlığıyla ilgili özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme ve onamı olmadan bilgilerinin paylaşılmamasını isteme hakkı olduğunu belirtmektedir. (8,9, 191, 198, 192,) Hasta yararı ve yasal yaptırımların etik ilkelerinin hasta mahremiyetinin önüne geçebildiği, intihar olgularında konunun farklı çevrelerde hala tartışmalı olduğu anlaşılmaktadır (14). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının etik ve yasal çatışma yaşanan alanların birinde yasalara uygun davrandıkları anlaşılmaktadır.

Adli olayların aydınlatılmasında, olay yeri incelemesi, olay yerindeki kanıtların toplanmasının önemi olduğu, bu sorumluluğun temel olarak kolluk kuvvetlerinde olduğu bilinmektedir.

Hastane öncesi sağlık çalışanların öncelikli görevi hastanın hayatını kurtarmaya yönelik tüm tıbbi girişimleri yapması olarak kabul edilmektedir, Ancak hastane öncesi sağlık çalışanlarının intihar olguları ve diğer adli olgularda olay yerindeki kanıtları

tanınması, toplanması, saklanması ve transportu ile ilgili işleyişi bilmeleri gerekmektedir (10,11,79,158, 160,161, 177,178).

Çalışmamızda “intihar girişim olgularında 112 acil yardım çalışanlarının olay yerindeki kanıtların saklanması korunması ve belgelenmesi ile ilgili sorumlulukları vardır” önermeye katılımcıların %72’sinin katıldığı gözlenmiştir. Hizmet içi eğitim alıp almama durumu ve çalışma sürelerinin bu konudaki yaklaşımı değiştirmedeği belirlenmiştir. İstanbul’da 112 acil yardım çalışanlarıyla yapılmış iki çalışmada ambulans çalışanlarının olay yerinde delillerin toplanması, saklanması ve teslimi konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları belirtilmektedir (164,167). Çalışmamızın devam ettiği sürede 2015 yılında Sağlık bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı arasında "Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Adli Vakalarda Maddi Delillere Yaklaşımı Eğitim ve İşbirliği” protokolü imzalanmış ve tüm illerde eğitimlere başlanmıştır. Bu eğitim projesinin uygulanmasının, acil sağlık çalışanlarının adli olgularda kanıtların önemine daha çok dikkati çekeceği, adli olayların çözümünde yarar sağlayacağı görüşündeyiz.

Kamu ya da özel sağlık kurum ve kuruluşları, hasta hakkındaki bilgi ve kayıtları düzgün bir biçimde tutmak, bunları bir dosya halinde saklamakla yükümlüdür. Tıbbi kayıtların tutulması zorunluluğu, acil ve adli olguların kayıt edilmesi gerektiği mevzuatımızda farklı yönetmelik, tüzük ve yönergeler ile düzenlenmiş bulunmaktadır (175,193,198, 201, 202, 235).

Anketimizin bir sorusunda “112 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarında kullanılan formlardaki hasta ile ilgili yazılı kayıtlar kanıt niteliğindedir” yönündeki önermeye katılımcıların % 90’ı katılmaktadır. Meslek türünün bu soruya verilen yanıtlar üzerinde etkisi olduğu, sürülerin bu önermeye az oranda katıldığı gözlemlendi. Katılımcıların yüksek oranda katılımı, konuyu teorik olarak bildiklerini göstermektedir. Ancak ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmalarda bu kayıtlarda kişisel bilgi, olay yeri, tıbbi durum ile ilgili bilgilerin yetersiz olduğu da bildirilmektedir (203).

Sağlık çalışanlarının mesleklerini uyguladıkları sırada hastalarıyla ilgili tıbbi konularda görüşlerine yasal makamlar tarafından başvurulabilmekte, bu durum hekimlerin bilirkişilik sorumluluğu olarak tanımlanmaktadır (8,9). 112 acil sağlık çalışanlarının müdahale ettikleri kaza, intihar ve diğer travmalar gibi adli olgular daha sonra yasal makam tarafından adli soruşturmaya konu olabilmektedir.

İzmir ili ve merkez ilçelerinde yürüttüğümüz çalışmada hastane öncesi acil yardım çalışanlarının müdahale ettikleri hastalarla ilgili yasal makamlar tarafından bilgilerine başvurulup başvurulmadığı sorusuna katılımcıların yaklaşık 2/3'ü ifadelerine başvurulmadığını belirtmiştir. Meslek türü ve deneyim yılıyla istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastane ve hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının hasta, hasta yakınları, birlikte çalıştıkları diğer disiplinler ile mesleklerini uygularken çeşitli sorunlar yaşadığı bilinmektedir (164,167,168). Çalışmamızda 112 acil sağlık çalışanlarının intihar olgularında en çok hasta, hasta yakınları, daha az sıklıkta polis, jandarma ve olay yeri ekibiyle sorun yaşadığını belirtmişlerdir. Meslekte deneyim yılı arttıkça adli kolluk ve olay yeri ekibiyle daha az sorun yaşanması, deneyimin işbirliğini geliştirdiğini desteklemektedir. Aksine meslekte çalışma yılı arttıkça hasta ve hasta yakınlarıyla sorunların artması, sağlık çalışanlarında bu zorlu alanda mesleki tükenmişliğin bir işareti olduğunu göstermektedir. İntihar girişimi olgularına doğru tutumla yaklaşma intiharı önlemedeki önemi göz önüne alındığında, yaşanacak sorunların hasta üzerine olumsuz etkileri olabileceğine dikkat çekmek istiyoruz.

Çalışmamızda anketimizin son sorusunda katılımcıların intihar ve intihar girişimi olgularında en çok güçlük yaşadığı durumları serbestçe belirtmesi istenmiştir. %45'i hasta ve hasta yakınlarının agresivliği, %21'i kolluk kuvvetlerinin olay yerine geç gelmesi ve yetersizliği, %15 olay yeri güvenliğinin olmaması, %12'sinin tedaviyi ve transportu kabul etmemesi nedeniyle güçlük yaşadığını ancak %2'si hiçbir güçlük yaşamadığını belirtmiştir.

İstanbul ve Konya'da yapılmış araştırmalar bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde 112 çalışanlarının hasta yakınları, çevredeki vatandaşlar, kolluk kuvvetleriyle sorunlar yaşadığını belirtmektedirler (167,168). Yıldız'ın Konya'da yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık %72'si adli olgularda hasta ve hasta yakınları tarafından saldırıya maruz kaldıklarını, Cingil'in İstanbul'da yaptığı çalışmasında bu saldırıların sözlü tehdit, rehin alınma, hatta fiziksel şiddet şeklinde olabildiği belirtilmektedir (167,168). Çalışmamızda meslekte çalışma yılı 10 yılın altında olanların olay yeri güvenliğinden daha fazla endişe etmesi günümüzde sağlık çalışanına yönelik şiddetin tırmanmış olmasının sonucu olarak düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1- Literatürler gözden geçirildiğinde, şiddet sonucu ölümlerin önemli bölümünü oluşturan intiharların önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edildiği, intiharların önlenmesinde sağlık çalışanlarının önemli belirgin rolleri olduğu anlaşılmaktadır.

2- Biyolojik, ruhsal ve sosyal risk etmenlerini bilmenin, intihar davranışlarını tanımda önemli olduğu, bu davranışların ölümle sonuçlanabilecek bir sonraki intihar girişiminin habercisi olabildiği öğrenilmiştir.

3- İntihar girişiminde bulunmuş hastaların özellikle acil sağlık hizmetlerinde çalışanlar tarafından reddedilme, dışlanma, damgalanma, ciddiye alınmama ve kendilerine nötr yada olumsuz tutumla yaklaşıldığı algısını yaşadıkları, yapılan çalışmalarda gösterilmiştir.

4- Ruh sağlığı profesyonelleri dışında sağlık çalışanlarının intihar olguları karşısında öfke, çekinme, umutsuzluk, korku ve bu hastalarla uğraşma istememe gibi olumsuz duygulanım yaşayabildikleri anlaşılmıştır.

5- Ülkemizde acil sağlık çalışanlarının intihar ve diğer adli olgularda olay yerinde, hasta ve hasta yakınları, polis ve olay ekibi başta olmak üzere birlikte çalıştıkları diğer disiplinlerle iletişim, mesleki, yasal ve etik sorunlar yaşadığı yerli kaynaklardan öğrenilmiştir.

6- Çalışmamızda İzmir’de diğer pek çok ilde olduğu gibi hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ATT ve Paramedik tarafından yürütüldüğü, az bir kısmını hekimlerin oluşturduğu, katılımcıların çok büyük bir kısmının intihar konusunda hizmet içi eğitim almadığı gözlenmiştir.

7- Çalışmamıza katılanların yarıdan fazlasının intihar girişimi olgularına yaklaşımda kendilerini yeterli hissetmedikleri, bu hastalara karşı nötr veya olumsuz duygulanımları olduğu anlaşılmıştır.

8- Anketimizin sonuçlarına göre, intiharın risk etmenleri, intihar davranışlarını tanıma, intiharların önlenmesinde sağlık çalışanının rolü konusunda bilgi birikiminin sınırlı olduğu, mesleki deneyim süresinin konuyla ilgili doğru bilgiye sahip olmayla her zaman doğru orantılı olmadığı gözlenmiştir.

9- Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının, intihar girişimi olgularının diğer hastalarla aynı haklara sahip oldukları, adli olgu olması nedeniyle çeşitli yasal

sorumluluklar yüklendiklerinin farkında oldukları, etik ve yasal ikilemler yaşadıklarında yasal yaptırımlar yönünde karar verdikleri çalışmamızda gözlenmiştir.

10- Çalışmamızın bulguları, hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının, intihar girişiminde bulunmuş olgulara yaklaşım ve yönetimde sorunlar yaşandığını göstermiş ve bu sorunların bilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

11- Hastane öncesi acil sağlık hizmetini yürütenlerin, intihar girişiminde bulunmuş hastalarla ilk karşılaşabilen ekip olabilmesi ve intihar sonucu ölümleri önlemede önemli rolleri olmasını göz önünde bulundurduğumuzda, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde intihar ve bu olgulara yaklaşım konusuna yer verilmesinin önemli olduğuna inanıyoruz.



KAYNAKLAR

- 1- Preventing suicide; a global imperative, World Health Organization, Editing: Bramley D, Luxembourg, 2014.
- 2- Küçüker H, Aksu A. Elazığ'da görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2002;15(1):16-20.
- 3- Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi, 2014;7(3):176-183.
- 4- Türkiye İstatistik Kurumu. İntihar istatistikleri 2011.Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara, 2012;16-4.
- 5- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R, Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. Eur J Emerg Med, 2005;12(4):169-178.
- 6- Özhan HH, Sayıl I, Devrimci H. İntihar Olgusunun Adli Yönü Üzerine Bir Çalışma. Düşünen Adam,1994;7 (1-2): 21-23.
- 7- Adli Tıp Ders Notları. www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html. (Erişim tarihi: 09.05.2015).
- 8- Ceza Muhakemesi Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/>. (Erişim tarihi: 09.08.2015).
- 9- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/>. (Erişim tarihi: 09.08.2015).
- 10- Tuğcu H, Yorulmaz C, Ceylan S, Baykal B, Celasun B, Koç S. Acil servis hizmetine katılan hekimlerin, acil olgularda hekim sorumluluğu ve adli tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi 2003;45(2):175-179.
- 11- Gültekin Ö. Olay yeri incelemesinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri. TAAD, 2011;2(4):473-508.
- 12- Çalışkan N, Karadağ M, Yıldırım N, Bingöl U. Determination of the knowledge level of health care staff working in pre-hospital emergency health services on the recognition of a forensic case. Australian Journal of Forensic Sciences, 2014;46(1):64-72.
- 13- Alan S, Erbay H. Tıp etiği açısından ambulans hizmetlerinde hasta mahremiyeti. JAEM, 2011;33-38.

- 14- Gündoğmuş ÜN, Özbek VÖ, Özkara E. Biçer Ü, Yıldız M. İntihar girişimlerinde sağlık personelinin adli ihbar yükümlülüğü. Adli Tıp Dergisi, 2004; 18(2): 38-44.
- 15- Kıdak L, Keskinoglu P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z. İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 2009;19(3):113-119.
- 16- Benli AR, Koyuncu M, Cesur Ö, Karakaya E ve ark. Evaluation of use of the 112 emergency ambulance service in Karabuk city. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 2015;6(3): 271-274.
- 17- Blumenthal SJ. Suicide: A guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patterns. Med. Clin. North Am.1988;72(4):937-971.
- 18- Borges G, Nock MK, Haro Abad JM ve ark. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. J Clin Psychiatry, 2010;71(12):1617-28.
- 19- Maris RW. Suicide. Lancet, 2002;360:319-26.
- 20- Ekinci S, Özsan H. İntihar davranışının adli yönü. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2008;1(3):40-2.
- 21- Durkheim E. İntihar. Çev: Ozankaya Ö. 2. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara 1992;s:7.
- 22- Freud S. Mourning and Melancholia. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XIV on the history of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 1917;s:237-258.
- 23- Meninger K. Man against himself. Edition: A. Harverst. Newyork, Harcount Brace Inc., 1938.
- 24- Homeros. Odyseia. Erhat A, Kadir A. 27. Baskı, İstanbul, Can Yayınları,1998.
- 25- Odağ C. İntihar (Özkıyım)-Tanım, kuram, sağaltım. İzmir Psikiyatri Derneği Yayınları, İzmir, 1985;s:5-95.
- 26- Zuhayli V. İslam fikhı ansiklopedisi. Zaman yayınları, 1994;s:270.
- 27- Akgün N. Kişinin yaşamına son vermesi, kendine kıyması sorunu. Adli Psikiyatri, Ankara,1987:100-105.
- 28- Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. Psychiatr Serv., 2001;52(3):368-75.
- 29- www.intihar.de/nedir.htm. (erişim tarihi:13.07.2015).

- 30- Şen E. Batı düşünce tarihinde intiharın algısal inşası. *Kaygı Dergisi*, 2008;11:191-203.
- 31- Weis, M, Arieti ES. Suicide. In: *A handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books Inc.Publishers,1974;s:743-765.
- 32- Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000;1:78-82.
- 33- Fish KB. Suicide awareness at the elementary school level. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 2000;38(7):20-3.
- 34- Üstün B. Özkıyım ve hemşirelik yaklaşımı. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1992;42: 9-11.
- 35- Schnyder U,Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted Suiside, do we understand the Patients Reasons. *General Hospital Psychiatry*,1999;21(1):62-69.
- 36- Eskin M. İntihar- açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. HBY yayınları, Ankara; 2003;s:3-28.
- 37- Bulut ER, Küçüker H, Bulut NS. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2012;34:128-137.
- 38- Bauer M, Bosch G, Freyberger H. Psikiyatri, psikosomatik-psikoterapi, Çev: Prof. Dr. Günsel Koptagel-İlal, 3.Baskı, Sermet Matbaası, Kırklareli 1985;s:144-153.
- 39- Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A et all. Attempted suicide in Europe:rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.*, 1996;93(5):327-38.
- 40- Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ et. all. National study of us emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury,1997-2001. *Ann Emerg Med.*, 2005;46(4):369-375.
- 41- Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J et. al. Is attempted suicide different İn adolescent and adults?. *Psychiatry Res.*, 2008;157(1-3):131.
- 42- Harmancı P. Dünya'daki ve Türkiye'deki intihar vakalarının sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi. *Hacettepe University Faculty of Healtyh Sciences Journal*, 2015;1(1):1-15.
- 43- Hendin H, Phillips M R, Vijayakumar L, Pirkis J, et all.. Suicide and suicide prevention in Asia.World Health Organization. Genova, 2008;s:7-18.

- 44- David DH, Chishti P, Roulston C, Corcoran P, et all. Final report of the European Review Of Suicide And Violence Epidemiology (Eurosavé) Project. Glaskow, 2002;s: 5
- 45- <http://tuikapp.tuik.gov.tr/demografiapp/intihar.zul> (Erişim tarihi: 08.09.2015).
- 46- Poyraz R. İntihara teşebbüs vakalarının çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenler açısından ayrıntılı çözüm odaklı incelenmesi: Tokat il örneği (2010 ve 2011 yılları). Doktora tezi, Tokat, 2014.
- 47- Linehan M M, Comtois K A, Brown MZ, Heard H L et all. Suicide attempt self-injury interview (SASII): Development, reliability and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. Psychol Assess, 2006;18(3):303-312.
- 48- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry,1999;56:617-626.
- 49- Zimmerman M, Lish JD, Lush DT, Farber NJ, Plescia G, Kuzma MA. Suicidal ideation among urban medical outpatients. J Gen Intern Med,1995;10:573-6.
- 50- Ramsay R, Bagley C. The prevalance of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. Suicide Life Threat Behav,1985;15:151-67.
- 51- Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. Br J Psychiatry, 1974;124:460-9.
- 52- Erel Ö, Katkıcı U, Dirlik M, Özkök MS. Anabilim dalımız tarafından otopsileri yapılan intihar olgularının değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2003;4(3):13-15
- 53- Kendi Ö, Bilge Y, Tümer AR, Tunalı İ. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda yapılan 3951 adli otopside tespit edilen intihar vakaları üzerine bir araştırma. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2000;47(1-4):153-161.
- 54- Yağmur F, Din H. Kayseri ilinde 2007 yılında adli ölü muayenesi ve otopsileri yapılan olguların değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi, 2009; 23(2): 18-24
- 55- Yavuz Y, Yürümez Y, Küçüker H, Demirel R ve ark. İntihar sonucu meydana gelen ölümlerin incelenmesi. Genel tıp dergisi, 2006;16(4):181-185.
- 56- Devrimci Özgüven H. İntihar davranışının epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2008;1(3):1-7.
- 57- Berecz, R, Caceres M, Szlivka A, Dorado P et all. Reduced completed suicide rate in Hungary from1990 to 2001: Relation to suicide methods. J Affect Disord., 2005;88(2):235-8.

- 58- Kanchan T, Menezes RG, Suicidal poisoning in Southern. India: Gender differences. J Forensic Leg Med., 2009;16(6):365
- 59- Mgaya E, Kazaura MR, Outwoter A, Kinabo L. Suicide in the dar es salaam region,Tanzania, 2005. J Forensic Leg Med., 2008;15(3):172-6.
- 60- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. 7. Baskı, Baltimore:1994.
- 61- Sayıl I, Oral A, Güney S, Ayhan N, Ayhan Ö, Devrimci H. Ankara’da intihar girişimleri üzerine bir çalışma. Kriz Dergisi, 1993;1:56-61
- 62- Sayıl I, Berksun O, Palabıyıkoglu R, Oral A ve ark. Attempted suicides in Ankara in 1995. Crisis, 1998;19:47-48.
- 63- Bitlis V, Tüzer T, Bayam G, Dilbaz N ve ark. Genel bir hastanede acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran hastaların retrospektif incelenmesi. Kriz Dergisi, 1994; 2(2): 323-6.
- 64- Çayköylü A, Coşkun İ, Kırkpınar İ, Özer H. Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. Kriz dergisi 1997; 5:37-42.
- 65- Dilsiz A, Dilsiz F. Çocuk ve gençlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma. Kriz Dergisi, 1996;4:1-6.
- 66- Çuhadaroglu F. Adolesan intiharları: Risk faktörleri üzerine bir inceleme. Türk Psikiyatri Dergisi, 1992;3: 222-6.
- 67- Celbiş O, Özdemir B. Malatya Adli Tıp Grup Başkanlığı’nda 1999-2002 yılları arasında ölü muayene ve otopsileri yapılan intihar olguları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;12(3):173-176.
- 68- Küçürer H, Aksu A. Elazığ’da görülen intihar olgularının adli tıp açısından incelenmesi. Düşünen adam, 2002;15(1):16-20.
- 69- Söğüt Ö, Sayhan MB, Gökdemir MT, Kaya H ve ark. Türkiye’nin güneydoğusunda, Şanlıurfa ve çevresinde özkıyım girişimlerinin değerlendirilmesi. JAEM, 2011;8-13.
- 70- Şimşek H, Dönmez G, Binbay T, Erkoyun E ve ark. Manisa İli’nde beş yıllık dönemde gerçekleşen özkıyım girişimlerinin özellikleri. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013.
- 71- Nelson R, Crawford B. Suicide among elementary school-aged children. Elementary School Guidance and Counselling, 1990;25: 123-128.
- 72- Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience Research, 2001;1:310–323
- 73- Skegg K. Self-harm. Lancet, 2005;366:1471-1483

- 74- Kerimoğlu E, Kartal Özalp O. Özel gruplarda intihar: Çocukluk intiharları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2008;1(3):28-30.
- 75- Arslan M, Akçan R, Hilal A, Batuk H ve ark. Suicide among children and adolescents: Data from Çukurova, Turkey. Child Psychiatry and Human Development, 2007; 38(4):271-277.
- 76- Wannan G, Fombonne E. Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour amongst child psychiatric outpatients. J Adolescence, 1998;21: 371-81.
- 77- Canat S. Özel gruplarda intihar: Ergenlerde intihar davranışı. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2008;1(3):31-3.
- 78- Bayam G, Dilbaz N, Holat H. Genel bir hastanede intihar girişimi nedenleriyle başvuran ergenlerin sosyodemografik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 1995;2:57-62.
- 79- Şevik E.A, Özcan H. Kastamonu ilinde intihar Girişimlerinin Psikososyal değerlendirmesi: Krizi Önleme ve Müdahale Yöntemleri Nasıl Olmalı. Klinik Psikiyatri, 2012;15:153-165.
- 80- Turan E. Özel gruplarda intihar: Yaşlı İntiharları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics, 2008;1(3):34-9.
- 81- Sadock BJ, Sadock VA. Suicide. Synopsis of Psychiatry, 9.basım, Philadelphia, 2003; s:914.
- 82- Edelstein B, Kalish KD, Drozdick LW. Assesment of Depression and Bereaement in Older Adults. Editör: Lichtenberg PA, Handbook of Assesment in Clinical Gerontology, 2.baskı, NewYork, 2010;s:3-43.
- 83- Richardson R, Lowenstein S, Weissberg M. Coping with the suicidal elderly: A physician's guide. Geriatrics, 1989;44(9):43-7.
- 84- De Leo D, Ormskerk SCR. Suicide in the elderly: General characteristics. Crisis, 1991;12: 3-17.
- 85- Atli A, Uysal C, Kaya M C, Bulut M ve ark. Acil ünitesinde intihar girişimi nedeni ile başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örnekleme. Journal of mood disorders, 2014;4(3):110-4
- 86- Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people:nestedcase-control study. BMJ, 2002; 325:7355-74.

- 87- Atasoy N, Saraçlı Ö, Sankır H. Zonguldak il merkezinde intihar davranışının yaygınlığı, sosyodemografik, klinik ve ailesel risk etkenleri. Bülent Ecevit Üniversitesi yayınları, 1. Baskı, Ziraat grup matbaacılık, Zonguldak, 2014;s:4.
- 88- Asoğlu M. Şanlıurfa’da intihar girişimlerinin ilişkili olduğu risk faktörleri. Uzmanlık tezi, Şanlıurfa, 2007.
- 89- Acar A. Acil Servise Gelen İntihar Vakalarının Sosyodemografik açıdan İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2009.
- 90- Özel A, Keser N, Köksal E. İntihar ve intihara tesebbüs eden bireylerin cinsiyeti, eğitim düzeyleri ve coğrafi dağılımları: Kütahya şehri örneği. Doğu Coğrafya Dergisi,2008;13(19):231-250.
- 91- Topbaş F. İşsizlik ve intihar ilişkisi: 1975–2005 var analizi. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 2007;1:162-172.
- 92- Cheng ATA, Chen THH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide; Case control psychological autopsy study. The British Journal of Psychiatry, 2000;177(4):360-365.
- 93- Monk M. Epidemiology of suicide. Epidemiol Rev, 1987;9:51-69.
- 94- Karbeyaz K, Harun Akkaya H, Balcı Y, Urazel B. İntihar notlarının analizi: Eskişehir deneyimi. Noropsikiyatri Arşivi, 2014; 51: 275-279.
- 95- Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry, 2003;183:28–33.
- 96- Şevik E A, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. Klinik psikiyatri, 2012;15:218-225.
- 97- Platt S. Suicide trends in 24 European Countries 1972–1984. Current Issues of Suicidology, Editör: Möller HJ, Schmidtke A,Welz R, Berlin 1988;s:3-13
- 98- Kreitman N, Casey P. Repetition of parasuicide: An epidemiological and clinical study. BrJ Psychiatry, 1988;153:792-800.
- 99- Bille-Brahe U, Jessen G. Repeated suicidal behavior: A two-year follow-up. Crisis,1994;15:77-82.
- 100- Farmer R. Deliberate self-poisoning. Br J Hospital Medicine,1986;36:437-42.
- 101- Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt. Acta Psychiatrica Scandinavica,1988;77:598-603.

- 102- Rygnestad T. A prospective 5-year follow-up study of self-poisoned patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1988;72:389-94.
- 103- Diekstra RFW, Graaf AC de, Van Egmond M. On the epidemiology of attempted suicide: A sample-survey study among general practitioners. *Crisis*, 1984;5:108-18.
- 104- Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of Suicidal Behavior. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2012;9:531-547.
- 105- Makris GD, Reutfors J, Osby U, Isacson G et al. (2012) Suicide seasonality and antidepressants: a register-based study in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(2):117-25.
- 106- Carrington PJ, Moyer S. Gun control and suicide in Ontario. *Am J Psychiatry*, 1994;151:606-8.
- 107- Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ. Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England J Medicine*, 1991; 325:1615-20.
- 108- Sloan JH, Rivara FP, Reay DT, Ferris JA, Kellermann AL. Firearm regulations and rates of suicide: A comparison of two metropolitan areas. *New England J Medicine*, 1990;322:369-73.
- 109- Kingdon D, Jenkins R. "The health of the nation": Suicide prevention in England. *Italian J Suicidology*, 1995;5:9-17.
- 110- Betz ME, Miller M, Barber C, Ivan Miller et al. Lethal means restriction for suicide prevention: beliefs and behaviors of emergency department providers. *Depression and anxiety*, 2013;30(10):1013-20.
- 111- Suicide prevention and assessment. CAMH, editor: Ballon D, Walle J, Canada. 2011;s:29.
- 112- Guo B, Christa Harstall C, Chatterley P. Means restriction for suicide prevention. *Institute Health Economics*, Canada, 2010;s:7.
- 113- Hawton K. Restriction of access to methods of suicide as a means of suicide prevention. In *Prevention and treatment of suicidal behavior: from science to practice*. Oxford University Press, Oxford, 2005;s:279-291.
- 114- Özgüven Devrimci H. İntihar davranışı riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics*, 2008;1(3):8-14.

- 115- Qin P, Aqerbo E, Westergard Nielsen N, Eriksson T et all. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 2000;177:546-50.
- 116- Favvcett J. Suicide risk factors in depressive disorder s and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 1992;53:9-13.
- 117- Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr NortAm*, 1997;20:499-517.
- 118- Yüksel N. İntiharın nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001;4 5-15.
- 119- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing suicide a national imperative, the national academies press. Washington, 2003.
- 120- Karadağ Çaman Ö, Çilingiroğlu N. Ekonomik krizler ve sağlığa etkisi. *Toplum Hekimlik Bülteni*, 2009;28(2):1-11.
- 121- Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. *BMJ*, 2009;338:1891.
- 122- Deveci A, Aydemir O, Mızrak S. İntihar girişiminde bulunanlarda sosyo demografik özellikler, stres etmenleri ve ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 2005;13:1-98.
- 123- Yalvaç D H. İntihar girişiminde bulunan bireylerde psikiyatrik morbidite, kişilik bozukluğu ve bazı sosyo-demografik ve klinik etkenlerle ilişkisi. Uzmanlık tezi, Malatya, 2006.
- 124- Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, Lu TH et all. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*, 2009; 68(7):1322-31.
- 125- Ağrıtmış H, Yayıcı N, Çolak B, Aksoy E. Suicidal deaths in childhood and adolescence. *Forensic Science International*, 2004;142(1):25-31.
- 126- İntiharların önlenmesi için hekimler için kaynak. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre 2000, çeviri: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
- 127- Yıldırım F, Küçükgöncü S, Beştepe EE, Yıldırım MS. Erişkin unipolar depresyon örnekleminde çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının intihar girişimi ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2014;51:133-140.
- 128- Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, et all. The relationship of childhood abuse to suicidal behavior in adults with major depression. *Am J Psychiatry*, 2001;158:1871-1877.

- 129- Balcıoğlu İ, Abanoz Y. Madde bağımlılığı, intihar, sanık psikolojisi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2009;84(1):15-20.
- 130- Sulik LR, Garfinkel BD. Adolescent suicidal behaviour understanding the breadth of the problem. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1992;1:197-227.
- 131- Leconte D, Formes P. Suicide among youth and adults 15 through 24 years of age. *J Forensic Sci*, 1998;43(5):964-8.
- 132- Yaşar O S. Adolesan dönemi ve madde kullanımı. *Düşünen Adam*, 1985;4-5:668-72.
- 133- Mırsal H, Pektaş Ö, Kalyoncu A, Mırsal N ve ark. Alkol bağımlılığında intihar davranışının araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 2001;2(1).
- 134- Roy A. Psychiatric emergencies. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7.basım, editör: Sadock BJ, Virginia A Sadock VA, Lippincott Williams and Wilkins, Washington, 2000:s;2031-2040.
- 135- Zara Page A, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2008;11(22):81-94.
- 136- Gökçe İmren S, Ayaz A B, Yusufoglu C, Rodopman Arman A. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*, 2013;26:11-16.
- 137- Bebbington PE, Cooper C, Minot S, et al. Suicide attempts, gender and sexual abuse: data from the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 2009; 166:1135–1140.
- 138- Gürlek Yüksel E, Taşkın EO. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005;6:113-121.
- 139- Pompili M, Mancinelli I, Tatarelli R. Stigma as a cause of suicide. *Br J Psychiatry*, 2003;183:173–174.
- 140- Soygür H, Özalp DE. Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi*, 2005;1(12):74-80.
- 141- Raingruber, B. Client and provider perspectives regarding the stigma of and nonstigmatizing interventions for depression. *Arch Psychiatr Nurs*, 2002;16:201-204.

- 142- Ojehagen A, Regnell G, Traskman Bendz L. Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *ActaPsychiatr Scand*, 1991;84:266–271.
- 143- Öncü B. İntihar davranışına yönelik tutumlar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2008;1(3):23-7.
- 144- Suominen K, Suokas J, Lönnqvist J. Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nord J Psyhiatr*, 2007;61(5):387-92
- 145- Ramon S, Bancroft J, Skrimshire A. Attitudes towards self poisoning among physicians and nurses in a general hospital. *Br J Psychiatry*, 1975;127:257-64.
- 146- Goldney R, Botrill A. Attitudes to patients who attempted suicide. *Med J Aust* 1980;2:717-720.
- 147- Patel A. Attitudes towards self-poisoning. *Br Med J*, 1975;2:426-430.
- 148- Bailey S. Critical care nurses'and doctors'attitudes to parasuicide patients. *Aust J Adv Nurs*, 1994;11(3):11-17.
- 149- Clark D. Suicidal behavior in childhood and adolescence: recent studies and clinical implications. *Psychiatr Ann*, 1993;23(5):271–283.
- 150- Anderson M. Nurses'attitudes towards suicidal behaviour a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *J Adv Nurs*, 1997;25(6):1283-91
- 151- Samuelsson M, Sunbring Y, Winell I, Asberg M. Nurses'Attitudes to Attempted Suicide Patients. *Scand J Caring Sci*, 1997;11(4):232-7.
- 152- Inagaki M, Kawashima Y, Kawanishi C, Yonemoto N et all. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2015;1;175:66-7.
- 153- Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current Approaches in Psychiatry*, 2011; 3(2):214-23.
- 154- Öncü B, Zadravec T, Zavasnik A, Grad O, Sayıl I. Psikiyatri uzmanlarının intihara yönelik tutumları: Türkiye ve Slovenya'nın karşılaştırılması. *Kriz Dergisi* 2005;13(3):1-8.

- 155- Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4:5-12.
- 156- Özyiğit EŞ, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. Yeni Symposium, 2004;42:105-112.
- 157- Özmen E, Taşkın EO. Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 2004; 12(3):83-92.
- 158- Adlitip.blogspot.com/2006/10/6-olay-yeri-incelemesi-keif.html (Erişim tarihi 09.07.2015)
- 159- Fisher BAJ, Block S. Techniques of Crime Scene Investigation. CRC Press, Raton B, Arbor A, London,1991;S:25-84.
- 160- Aşirdizer M, Gürpınar K, Berber G, Olay yeri incelemesinden sanık profili tanımlaması. Yıllık Adli Tıp Toplantıları el kitabı, Antalya, 2002;s:184-188.
- 161- Smith DB. Crime Scene Confidential: Documenting assessment & management crime victims. JEMS, 2009;34(4):44-46,49,51-53.
- 162- Cihangiroğlu B. Jandarma Genel Komutanlığı'nın Olay Yeri inceleme Faaliyetlerindeki Yapılanması ve Etkinliği. Yıllık Adli Tıp Toplantıları el kitabı, Antalya, 2001;s:77-9.
- 163- Kaygısız M. Suç Soruşturmasında olay yerinde personel ve işlevleri. Polis Bilimleri Dergisi, 2003;5(3):13-22.
- 164- Doğan M B. Adli vakalarda olay yerine müdahaleye giden sağlık ekiplerinin olay yerine ve delillere yaklaşımı. Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2012.
- 165- Aşirdizer M, Cantürk G, Sarı H, Büken B, İşler H. Ölüm olaylarında, olay yeri incelemesindeki aksaklıkların belirlenmesi ve çözümü için öneriler (anket çalışması). Adli Tıp Dergisi, 2001;5(1):45 – 54
- 166- Yükseloğlu EH, Özcan ŞŞ, Ceylan B. Olay yeri incelemesi ve Türkiye'deki uygulamalar. Polis Bilimleri Dergisi, 2008;10(1):61-80.
- 167- Cingil A. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının karşılaştığı adli olgulara yaklaşımları.Yüksek lisans tezi. İstanbul, 2007.

- 168-** Yıldız F. 112 Acil Yardım İstasyonlarında çalışan sağlık personelinin adli olaylara yaklaşımı, bilgisi ve karşılaştıkları zorluklar (Konya Örneği). Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2015.
- 169-** Özşahin A. Olay yeri değerlendirmesi ve hasta nakli. Travma ve resusitasyon kursu. Ulusal Travma ve acil Cerrahi Derneği. TRK.21-30 <http://www.travma.org.tr/courseinformation.aspx?coursetype=1&menu=36> (Erişim Tarihi: 10.07.2015)
- 170-** Genge, N. The Forensic Casebook: The Science of Crime Scene Investigation. USA, 2002;s:1-21.
- 171-** Hana L. Hekimin yasal sorumlulukları. Genişletilmiş 2. Baskı, Toprak Ofset Matbaacılık, İzmir, 1999;s:1-90.
- 172-** Koç S. Adli tıpta rapor hazırlama tekniği ve rapor örnekleri. Adli Tıp, Ed: Soysal Z, Çakalır C, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi. İstanbul, 1999;3:1573-633.
- 173-** Koç S, Çetin G. Kolusayın Ö. Acil olgularda hekimin sorumluluğu ve adli tıp sorunları. Sendrom, 1994;6(5):54-9.
- 174-** Tunalı İ. Hekimin mesleki sorumluluğu. Ankara Tıp Mecmuası, 1992;45: 5-34.
- 175-** Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-510/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi.html> (Erişim tarihi 17.08.2015).
- 176-** Ambulanslar ve acil sağlık araçları ile ambulans hizmetleri yönetmeliği. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10834&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch> (Erişim tarihi: 10.09.2015)
- 177-** İnancı M A, Çolak B, Özaslan A. Olay yeri incelemesi ve adli tıp uzmanının yeri. Türkiye Klinikleri J Foren Med, 2004;1(2):97-109.
- 178-** İlçe A, Yıldız D, Baysal G, Özdoğan F, Taş F. Acil servislerde çalışan sağlık bakım personelinin adli olgularda delillerin korunması ve saklanması yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2010;16(6):546-551.
- 179-** Dale WM, Becker WS. The crime scene: How forensic science works. Kaplan Publishing, Berkshire, 2007;s:31-43
- 180-** Fisher BAJ. Techniques of Crime Scene Investigation, 7.baskı, CRC press, Florida, 2004;s:25-43.

- 181-** Koç S, Keşif ED, Sosyal Z, Çakalır C. Adli Tıp, Cilt 1, İÜ.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul,1999;s:153-61.
- 182-** Norris P. Intimate Partner Violence. In D.C., Emergency Medical Service: Clinical Practice and Systems Oversight: Clinical Aspects of Pre Hospital Medicine Editör: Cone RE, O'Connor RL, Fowler JR, Krohmer RS, Schwartz B, H.E, Wang HE, Kendall Hunt Publishing Company, Iowa, 2009;1:145-154.
- 183-** Sharma BR. Clinical Forensic Medicine in the present day trauma care sistem an overview. international journal of the care of the injured, 2006;37:595-601.
- 184-** Cansunar FN, Albek EM. Ölüm olaylarında olay yeri incelemesinin önemi. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 1997;5(4):209-309.
- 185-** Koç S. Ölüm olgularında hekim sorumluluğu ve postmortem incelenmeler. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu sempozyumu, 2006;48;193-213.
- 186-** Özden D, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009;73-81.
- 187-** Karadayı B, Kolusayın MÖ, Kaya A, Karadayı Ş. Acil tedavi birimlerinde adli olgudan biyolojik materyal alınması ve gönderilmesi. Marmara Medical Journal, 2013;26:111-7.
- 188-** Kımaz S, Soysal S, Çımrın AH, Günay T. 112 Acil Hizmetleri'nde görevli doktorların temel yaşam desteği, ileri kardiyak yaşam desteği ve doktorların adli sorumlulukları konularında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Ulusal Travma Dergisi, 2006;12(1):59-67.
- 189-** Şentürk S, Büyükaslan B. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin adli hemşirelik konusundaki bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. Bozok Tıp Derg, 2013;3(3):19-26.
- 190-** Türkmen N, Akgöz S, Çoltu A, Ergin N. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005;31(1):25-29.
- 191-** Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. <http://www.biyoetik.org.tr/mevzuat/Uluslararası/Biyotip.htm>.(Erişim Tarihi; 22.10.2015)
- 192-** <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com>. (Erişim tarihi=26.10.2015)

- 193-** Güven B. Hasta bilgilerinin gizliliği prensibi. Yüksek lisans programı. İstanbul, 2010.
- 194-** Uşak İl Ambulans Servisi Acil Sağlık İstasyonları hasta mahremiyeti talimatı.<https://www.google.com.tr/webhp?sourceid=chromeinstant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=u%C5%9Fak+hasta+mahremiyeti>.(Erişim Tarihi 24.10.2015).
- 195-** <https://www.manisasaglik.gov.tr>. Hasta mahremiyeti. (Erişim Tarihi:15.10.2015).
- 196-** Özsan HH, Sayıl I. Halise Devrimci H. İntihar Olgusunun Adli Yönü Üzerine Bir Çalışma. Düşünen Adam; 1994;7(1-2):21-23.
- 197-** <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=6580> (erişim tarihi 13.08.2015).
- 198-** Hasta hakları yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari> (Erişim Tarihi 13.08.2015)
- 199-** Arıcan N, Can İÖ, Çağlar Ö. Aydınlatılmış onam-medikolegal yaklaşım. Fasikül,2014;53.
- 200-** Şenol V, Naçar M, Doğan M, Argün M ve ark. Kayseri ilinde halkın 112 acil yardım hizmetleri hakkında bilgi, düşünce ve memnuniyet düzeyleri. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 2013.
- 201-** Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği.<http://www.mevzuat.gov.tr/> (erişim tarihi 17.08.2015).
- 202-** Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rgsayisi10705-saglik-hiz-.html> (Erişim tarihi 17.08.2015).
- 203-** Gökcan Çakır Z, Bayramoğlu A, Ayhan Aköz A,Türkyılmaz ŞE ve ark.112 acil yardım ambulansları ile getirilen hastalar için düzenlenen formların incelenmesi. JAEM, 2012;23-6.
- 204-** Birinci basamak sağlık hizmetleri veri rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. <http://www.muglahsm.gov.tr/files/hsbs> (Erişim tarihi: 12.10.2015)
- 205-** <http://www.izas.gov.tr> (erişim tarihi 30.06.2015).
- 206-** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014.

- 207- Önge T, Satar S, Kozacı N, Açıkalın A, Köseoğlu Z, Gülen M, Karakurt Ü. 112 ile Acil Tıp Servisine Getirilen Erişkin Hastaların Analizi. JAEM, 2013;12:150-154
- 208- Oktay İ, Kayışoğlu N. Tekirdağ ili 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sted, 2005;14(2):1-4.
- 209- Zenginol M, Al B, Genç S, Deveci İ, ve ark. Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları. JAEM, 2011: 27-32.
- 210- Duman Atilla Ö, Oray D, Akın Ş, Acar K, Bilge A. Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2010;10:4.
- 211- https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_suicide_rate (Erişim tarihi: 18.06.2015)
- 212- <http://www.medimagazin.com.tr/saglik-calisanlari/acil-hizmetler/tr> (Erişim Tarihi: 26.11.2015)
- 213- Yetiş M M. Dünyada ve Türkiye’de intihar, intiharla mücadelede çözüm yolları. <http://docplayer.biz.tr/30399-Dunyada-ve-turkiye-de-intihar.html>. (Erişim Tarihi: 22.06.2016).
- 214- Sayıl I. İntiharı önleme.Türkiye klinikleri j psychiatry special topics, 2008;1(3):53-7.
- 215- Demirören M, Şenol Y, Aytuğ Koşan AM, Saka MC. Tıp eğitiminde ruhsal bozukluklara karşı damgalama eğitimi gereksiniminin değerlendirilmesi: Nitel ve nicel yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Derg., 2015;16(1):22-29.
- 216- Özmen E, Sağduyu E. Temel sağlık hizmetlerinde depresyon: Tanı sorunları ve öneriler. Türk Psikiyatri Derg, 1997;8:93-101.
- 217- Yenilmez Ç, Ayrancı Ü, Kaptanoğlu C. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerine genel bakış. Türkiye’de Psikiyatri, 2001;2:71-78.
- 218- Chang S S, Stuckler D, Yip P, David Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide. Timetrend study in 54 countries. BMJ, 2013;347:5239.
- 219- Ekşi A. Sığınmacı ve göçmenlerde psikopatoloji. Türk psikiyatri dergisi, 2002;13(3):215-221.
- 220- Yılmaz A T, Rössler a R. Attempted suicide in immigrants from Turkey: a comparasion with Swiss suicide attempters. Psychopathology, 2012;45(6):366-73.

- 221- Muzina D J. What physicians can do to prevent suicide. Cleveland Clinic Journal Of Medicine, 2004;71(3):242-250.
- 222- Taşkın E O. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 2004;12(3):5-12.
- 223- Herron A, Tcehurst H, Appleby L, Perry A, Cordingley L. Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. Suicide Life Threat Behav, 2001;31(3):342-3477.
- 224- Ögel K, Aksoy A. Kendine zarar verme davranışı raporu. İstanbul, 2006;18.
- 225- Saçarçelik G. Kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları. Uzmanlık tezi, İstanbul 2009.
- 226- Türk Tabipleri Birliği. İşkence ve diğer zalimane, insanlık dışı, aşağılayıcı muamele veya cezaların etkili biçimde soruşturulması ve belgelendirilmesi için el kılavuzu. İstanbul Protokolü. Kitap Matbaası, İstanbul, 2001:10-12, 51-68.
- 227- Tümer AR, Ketten A, Emre Karacaoğlu E. Adli olgu bildirimi ve adli raporlar. Hacettepe Tıp Dergisi, 2010;41;128-134.
- 228- Hukuk öğrencileri ve Uygulayıcıları İçin Adli Tıp. Editör: Erdem Özkara. İstanbul Protokol Bölümü. Can İÖ, Ünüvar Ü. Seçkin yayıncılık, İzmir, 2015:s;57-75.
- 229- Hekimlik meslek etiği kuralları. [Http://ttb.org.tr/index.php/meslek-etigi.html](http://ttb.org.tr/index.php/meslek-etigi.html). (Erişim Tarihi: 10.10.2015)
- 230- Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği Elkitabı, TTB yayınları, 2005, Ankara.
- 231- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=52:tibbdeontolojt&catid=4:t&Itemid=31. Erişim tarihi; 22.11.2015
- 232- Kalaca C. Tıbbi girişimi reddeden hastanın karar verme yetisinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Ankara, 1994.
- 233- Simon JR. Refusal of care: the physician-patient relationship and decisionmaking capacity. Ann Emerg Med., 2007;50(4):456-61.
- 234- Can İÖ, Ünüvar Ü, Kavaklı U, Özdemir MH, Halis Ulaş tarafından yürütülen ‘Adli olgu bildirimiyle ilgili ikilemlerde hekimlerin tutumları’ başlıklı öğrenci çalışma modülü çalışmasının verileri. ÖÇM sempozyumu, poster bildirisi, İzmir, 2011.
- 235- Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=311:yatakli-tedavikurumlari-letme-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=49 (Erişim tarihi 17.08.2015)

EKLER

Ek.1. Anket Formu

İZMİR HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ İNTİHAR OLGULARINA YAKLAŞIMLARI KONULU TEZ ÇALIŞMASI ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu anket, “İzmir ilinde hastane öncesi Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının (İzmir İl Ambulans Servisi) intihar olgularına yaklaşımları” konulu tez çalışmam ile ilgili olup, hastane öncesi Acil Sağlık çalışanlarının, intihar olgularına yaklaşımları ile ilgili tutumlarını ve yasal sorumlulukları konusundaki bilgi birikimleri değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ankete vereceğiniz yanıtların, siz değerli sağlık çalışanların karşılaştığı sorunların ortaya konması ve çözümlenmesinde değerli katkılar sağlayacağına inanıyoruz. Elde edilen sonuçlar bilimsel amaçlı kullanılacaktır. İstedığınız takdirde anket ve çalışma hakkında sözel bilgilendirme yapılacaktır. **Lütfen isim yazmayınız.** İsteyen katılımcılar 0.505.2661297/0.232.4122861 telefon numaralarından araştırmacıya ulaşarak bilgi alabilirler. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Devrim Sertaç Özkan
DEÜTF Adli Tıp A. D

- 1) Yaşınız ()
- 2) Cinsiyetiniz E () K ()
- 3) Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()
- 4) Öğrenim durumunuz:
a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Lisans üstü
- 5) Meslek:
a) Hekim b) Hemşire c) Paramedik d) ATT e) Sürücü
- 6) Meslekte Çalışma yılınız:
.....

- 7) İntihar ve intihar girişimlerinde bulunmuş hastalara yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı/ katıldınız mı?
Evet () Hayır ()
- 8) İntihar girişiminde bulunan hastalarda, onların ruhsal durumuna uygun davranmakta kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
Evet () Hayır ()
- 9) Acil yardımda bulunduğunuz hastada, intihar eğilimi veya intihar fikirleri fark ettiğinizde ne yaparsınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
a) Komuta kontrol merkezine bilgi veririm.
b) Hastanede doktora mutlaka bilgi veririm.
c) Hasta yakınlarına bilgi veririm.
d) Sadece gerekli acil müdahalemi yaparım.
e) Diğer
- 10) İntihar girişiminde bulunmuş hastalarla karşılaştığınızda en sık ne hissedersiniz? (Lütfen sadece tek seçenek işaretleyiniz)
a) Kızgınlık duyarım,
b) Anlamakta zorlanırım,
c) Anlayışla karşılarım,
d) Diğer hastalardan farklı bir duygu hissetmem
e) Diğer
- 11) İntihar girişimlerinde rol oynadığını düşündüğünüz en önemli risk faktörlerinden (altta yatan neden) üçünü yazınız.
.....
- 12) Öyküde belirtilmemiş olsa da intihardan şüphe ettiğim hastalarda, zaman ayırarak, uygun sorularla hastayı değerlendirmeye çalışırım.
a) Katılıyorum ()
b) Katılmıyorum ()
c) Fikrim yok ()
- 13) İntihar girişiminde bulunmuş hastaya sağlık çalışanının doğru yaklaşımı, sonraki intihar girişimlerini ve ölümleri önlemede etkili olmaktadır.
a) Katılıyorum ()
b) Katılmıyorum ()
c) Fikrim yok ()

- 14) İntihar gereçlerine (ateşli silah, tarım ilacı, tıbbi ilaç ...) ulaşımın kısıtlanması, intihar sonucu ölümleri azaltmaktadır.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim Yok ()
- 15) Ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha fazla görülmektedir.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()
- 16) Ülkemizde, yaşlı nüfusta intihar girişimleri daha çok ölümle sonuçlanmaktadır.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()
- 17) Kendine zarar verme davranışının (kendini jiletme vb.) intihar riski ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()
- 18) İntihar girişiminde bulunmuş hastalar, adli olgu olarak kabul edildiğinden, sağlık çalışanının yasal olarak bildirim yapma zorunluluğu vardır.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()
- 19) İntihar girişiminde bulunan hasta, uygulanacak tedaviyi ve/veya hastaneye transportu kabul etmediğinde, öncelikle hastanın karar vermede yeterli olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()
- 20) Çağrıya gittiğiniz olguda, hasta veya hasta yakını, intihar girişiminin kayıtlara geçmesini istemediğinde, hastanın isteğine saygı duyularak olayın intihar olduğu yazılı kayıtlara geçirilmemelidir.
- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()

21) İntihar girişimi olgularında, 112 acil yardım çalışanlarının, olay yerindeki kanıtların korunması, saklanması, belgelenmesi ile ilgili sorumluluğu vardır.

- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Fikrim yok ()

22) Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarında kullanılan formlardaki hasta ile ilgili yazılı kayıtlar, kanıt niteliği taşıyan bir belgedir

- a) Katılıyorum ()
- b) Katılmıyorum ()
- c) Hatırlamıyorum ()

23) İntihar girişimi nedeni ile müdahale ettiğiniz hastalarla ilgili sonradan yasal makamlar tarafından bilginize (ifadenize) başvuruldu mu?

- a) Evet ()
- b) Hayır ()
- c) Hatırlamıyorum ()

24) İntihar girişimi olgularında en sık problem yaşadığınız grup aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Hasta veya hasta yakınları
- b) Polis, jandarma, olay yeri ekibi
- c) Komuta merkezi
- d) Hasta naklinin gerçekleştiği hastaneler
- e) Hiçbir problem yaşamıyorum.
- f) Diğer:

25) İntihar olgularına müdahalede en çok sorun/güçlük yaşadığınız durumları belirtiniz.

.....

Ek 2. Etik Kurul İzin Belgeleri

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU'NA

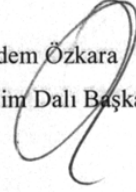
Konu: Tıpta uzmanlık tez çalışması

Tarih: 12.03.2015

Adli Tıp Anabilim Dalı'nda "Hastane Öncesi İzmir Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları" adlı tez çalışmasının (anket) yapılmasında bir sakınca yoktur.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Prof.Dr. Erdem Özkara
Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

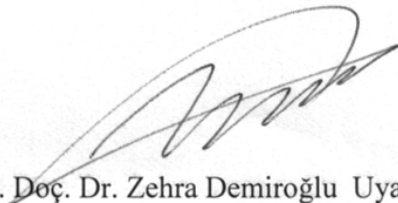


12/03/2015

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI'NA**

Araştırma Görevlisi Dr. Devrim Sertaç Özkan'nın uzmanlık tezi olan ve sorumlu araştırmacı olduğum “ Hastane Öncesi İzmir Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları” isimli projenin etik açıdan uygunluğunun Kurulunuz tarafından değerlendirilmesi,

Saygılarımla,


Yard. Doç. Dr. Zehra Demiroğlu Uyanıker
DEÜTF Adli Tıp A.D. Öğr.Üyesi



T.C. Sağlık Bakanlığı
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İZMİR VALİSİ
İL Sağlık Müd

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

09.03.2015 08:55:09 / 10271

ARAŞTIRMA VE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ
ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ

Kayıt yapan : FİGEN TURAN



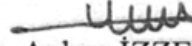
Sayı : 16309962 / 605.99 / 93
Konu : Dr. Devrim ÖZKAN'ın
Uzmanlık Tezi Araştırması

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI**

İlgi: 26.02.2015 tarih ve 4102 sayılı yazınız.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak görev yapmakta olan Dr. Devrim ÖZKAN'ın "**Hastane Öncesi İzmir Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları**" başlıklı uzmanlık tez çalışmasını yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. Ayhan İZZETTİNOĞLU
İL Sağlık Müdür V.

FSB
03.03.15



İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Hürriyet Bulv.No:1 Alsancak/İzmir
Tel: 0232 441 81 11 Fax: 0232 483 36 39 www.ism.gov.tr.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

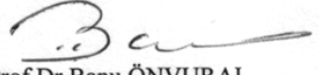
Konu: Karar hk.- 265

23.03.2015

Sayın Yard.Doç.Dr.Zehra Demiroğlu Uyaniker,

Kurulumuz tarafından 19.03.2015 tarih ve 2025-GOA protokol numaralı 2015/09-21 karar numarası ile görüşülen “Hastane Öncesi İzmir Acil Sağlık Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/09-21	Tarih: 19.03.2015
	Yard.Doç.Dr.Zehra Demiroğlu Uyaniker'in sorumlusu olduğu "Hastane Öncesi İzmir Acil Sağlık Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyî Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ÇAĞIRI ADRESİ	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2025-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastane Öncesi İzmir Acil Sağlık Çalışanlarının İntihar Olgularına Yaklaşımları
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Zehra Demiroğlu Uyaniker Adli Tıp A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐