

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FİZİKSEL HASTALIK NEDENİ İLE HASTANEDE
YATAN HASTALARIN İNTİHAR RİSKİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESMA ÖZMAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**SİVAS
2013**

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**FİZİKSEL HASTALIK NEDENİ İLE HASTANEDE
YATAN HASTALARIN İNTİHAR RİSKİ AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ESMA ÖZMAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MERAL KELLEÇİ**

**SİVAS
2013**

Bu alışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yrd. Doç. Dr. Ziyet ınar _____

ye(Danışman) Doç. Dr. Meral Kelleci _____

ye (Raportör) Doç. Dr. Havva Tel _____

ONAY

Bu tez çalışması, 11/06/2013 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri yeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ömer POYRAZ
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu' nun 24.09.2008 tarihli ve 7 sayılı senato toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Klavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET

Fiziksel Hastalık Nedeni ile Hastanede Yatan Hastaların İntihar Riski Açısından Değerlendirilmesi

Esma Özmaya,

Yükseklisans Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Meral Kelleci

2013, 67 sayfa

Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinde fiziksel hastalık nedeni ile yatan hastaların intihar riski açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

Araştırmanın örneklemini genel kliniklerde yatan 186 birey oluşturdu. Araştırmanın verileri Bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Man Whitney U testi, Varyans analizi, Tukey testi ve Kruskall-Wallis testi kullanıldı.

İntihar riskinin değerlendirilmesi açısından örnekleme alınan hastaların yaş ortalamaları $46,02 \pm 15,34$ olup, % 47,3' ü kadın, % 32,3' ü ilkokul mezunu, % 81,7' si evli ve % 71,5' inin gelir durumu gidere eşitti. Hastaların % 80,1' i intihar açısından orta derecede riskli, % 16,1' i ise yüksek derecede riskli olarak tespit edildi. Özellikle 18-30 yaş grubunda, lise mezunu, ekonomik durumu yetersiz, sigara kullanan, son 6 ay içerisinde bir kayıp yaşadığını belirten, onkoloji kliniğinde yatan ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden yüksek puan alan hastaların intihar açısından daha fazla risk taşıdıkları belirlendi. Hastaların Hastane Anksiyete ve Hastane Depresyon Ölçeği puanları yükseldikçe intihar riskinin arttığı görüldü.

Bu çalışmanın sonucunda fiziksel hastalık nedeni ile genel kliniklerde yatan hastaların tamamının intihar riski açısından risk taşıdıkları saptandı. Özellikle genç yaşta olan, ekonomik durumu yetersiz, kayıp yaşamış, sigara kullanan, depresyon puanı yüksek olan ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların intihar riski açısından daha dikkatli değerlendirilmesinin gerekli olduğu belirlendi. Bu nedenle genel kliniklerde çalışan hemşirelerin intihar riskinin değerlendirilmesinde primer olarak rol alabilecekleri düzenlemelerin yapılması önerildi.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel hastalık, intihar riski, risk faktörleri, İntihar Olasılığı leği, Hastane Anksiyete Depresyon leği, hemşirelik.

ABSTRACT

Assessment of Inpatients With Physical Illness in terms of Suicide Risk

Esma Özmaya,

Post graduate thesis, Department of Mental Health and Disorders Nursing

Supervisor: Assoc. Doç. Dr. Meral Kelleci

2013, 67 pages

This study aimed the assessment of inpatients with physical illness in a university hospital in terms of suicide risk.

186 individuals staying in the general clinics constituted the sample of the study. The data of the study was gathered by the implementation of Information Form, Hospital Anxiety and Depression Scale and Suicide Probability Scale. The test of significance of the difference between two means, Man Whitney U Test, Analysis of Variance, Tukey Test, Kruskal-Wallis Test were used in the statistical analysis of the data.

The average age of the patients considered as sample in terms of assessment of suicide risk was $46,02 \pm 15,34$ and %47 of them were women, %32,3 were primary school graduate, %81,7 were married and the income statue of %71,5 of them was equal to the expense. %80,1 of the patients were confirmed as moderate risky and %16,1 of them were as high risky in terms of suicide. Especially the patients at 18-30 age group, having high school graduate and inadequate economic conditions, smoking, stating a loss in the last 6 months, staying in the oncology clinic and getting a high point from Hospital Anxiety and Depression Scale were defined as having more risk in terms of suicide. It was observed that the more point the patients get from the Hospital Anxiety and Depression Scale, the more suicide risk they have.

As a result of this study, all of the inpatients with physical illnesses staying in the general clinics were determined to have suicide risk. It was defined that the patients especially at early ages, having inadequate economic conditions, having had a loss, smoking, having a high point of depression and staying in the oncology clinics need to be evaluated more carefully in terms of suicide. Therefore, regulations enabling nurses working in the general clinics to be able to take role primarily in the assessment of suicide risk were recommended to be made.

Key words: Physical illness, suicide risk, risk factors, Suicide Probability Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, nursing.

TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, bilimsel gelişmemde en büyük paya sahip olan, hocam Sayın Doç. Dr. Meral Kelleci' ye teşekkür ederim.

Çalışmamın verilerinin değerlendirilmesinde verdiği katkıdan dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet Çınar' a teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu çalışmam sırasında da beni sürekli manevi açıdan destekleyen anneme, babama ve eşime teşekkür ederim.

Ayrıca bu dönemde hayatımda var olduğu için oğluma çok teşekkür ederim.

Esma ÖZMAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. İntihar.....	5
2.1.1. İntiharın Tanımı.....	5
2.1.2.İntihar ve İntihar Girişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar.....	6
2.1.2.a.Biyolojik Yaklaşım.....	6
2.1.2.b.Sosyolojik Yaklaşım.....	7
2.1.2.c.Psikolojik Yaklaşım.....	7
2.1.3. Türkiye ve Dünyada İntihar.....	8
2.1.4. İntihar Risk Faktörleri.....	10
2.1.4.1.Cinsiyet.....	10
2.1.4.2.Yaş.....	10
2.1.4.3.Medeni Durum.....	11
2.1.4.4.Eğitim Düzeyi.....	11
2.1.4.5.Ekonomik Durum ve İşsizlik.....	12
2.1.4.6.İntihar Girişimi Öyküsü.....	12
2.1.4.7.Alkol Madde Kullanım Öyküsü.....	13
2.1.4.8.Fiziksel Hastalıklar.....	13
2.1.4.9.Psikiyatrik Hastalıklar.....	14
2.2.Fiziksel Hastalık ve İntihar.....	14
2.3.İntihar Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1.Araştırmanın Şekli.....	24
3.2.Araştırmanın Yeri.....	24

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	25
3.4.1.Verilerin Toplama Araçları.....	25
3.4.1.1.Kişisel Bilgi Formu.....	25
3.4.1.2.İntihar Olasılığı Ölçeği.....	25
3.4.1.3.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD- Hospital Anxiety and Depression Scale).....	26
3.4.2. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.4.3. Verilerin Toplanması.....	26
3.4.4.Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
4.BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	47
6.SONUÇLAR.....	52
7.ÖNERİLER.....	53
 KAYNAKLAR.....	 54
 EKLER	
Ek-1.Bilgi Formu.....	61
Ek-2.İntihar Olasılığı Ölçeği.....	63
Ek-3.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	65
 ÖZGEÇMİŞ.....	 67

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Edinilmiş Yetersiz Bağışıklık Sistemi Sendromu
BOS	Beyin Omurilik Sıvısı
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HAD-A	Hastane Anksiyete Alt Ölçeği
HAD-D	Hastane Depresyon Alt Ölçeği
HADÖ	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
ICN	Uluslararası Hemşirelik Kuruluşları
İOÖ	İntihar Olasılığı Ölçeği
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
MAO	Monoamin oksidaz
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
TDK	Türk Dil Kurumu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
5-HIAA	5-hidroksil indol asetik asit
5-HT2A	5-Hidroksitriptamin 2A reseptörleri

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Hastaların tanıtıcı özelliklere göre dağılımı
Tablo 2.	Hastaların yattıkları klinik ve bazı hastalık özelliklerine göre dağılımı
Tablo 3.	Hastaların hastane depresyon ölçeği kesme puanları ve puan ortalamalarının dağılımı
Tablo 4.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı
Tablo 5.	Hastaların intihar riski taşıma durumlarının dağılımı
Tablo 6.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımı
Tablo 7.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının yaşa göre dağılımı
Tablo 8.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı
Tablo 9.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının medeni duruma göre dağılımı
Tablo 10.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı
Tablo 11.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının aile tipine göre dağılımı
Tablo 12.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının meslek gruplarına göre dağılımı
Tablo 13.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının ekonomik duruma göre dağılımı
Tablo 14.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının sigara kullanımına göre dağılımı
Tablo 15.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının alkol kullanımına göre dağılımı
Tablo 16.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının kayıp yaşama durumlarına göre dağılımı
Tablo 17.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının aile desteği durumuna göre dağılımı
Tablo 18.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının bireylerin hayatlarını etkileyen yaşam olayı durumuna göre dağılımı
Tablo 19.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının kliniklere göre dağılımı
Tablo 20.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının hastalıklarını bilme durumlarına göre dağılımı
Tablo 21.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının hastalık süresine göre dağılımı
Tablo 22.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının yatış şekline göre dağılımı
Tablo 23.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının hastalık hakkındaki düşüncelere göre dağılımı
Tablo 24.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının ağrı varlığına göre dağılımı
Tablo 25.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının fonksiyon kaybı durumuna göre dağılımı
Tablo 26.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği puanlarının hastane anksiyete ve hastane depresyon alt ölçekleri ile karşılaştırılması
Tablo 27.	Hastaların intihar olasılığı ölçeği risk gruplarına göre hastane anksiyete depresyon ölçeği puan ortalamasının dağılımı
Tablo 28.	Hastaların hastane anksiyete ve hastane depresyon alt ölçekleri puanları ile intihar olasılığı ölçeği puanları arasındaki ilişki

1.GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlar, farklı sıklıklarla görülen intihar, yalnızca ruh sağlığı uzmanlarını ilgilendiren bir sorun olmayıp ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri de bulunan bir halk sağlığı sorunudur (Demirel ve Eşel, 2003; Lynch ve ark., 2008). Durkheim intiharı "ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir ediminin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir" diye tanımlamıştır (Durkheim, 1986). Dünya Sağlık Örgütü' ne (DSÖ) göre ise intihar, kasıtlı olarak kendini öldürme eylemidir (WHO, 2012).

Yapılan bazı çalışmalarda, intihar hızlarının hem yurt içinde (Özgüven ve Sayıl, 2003; Karamustafalıoğlu ve ark., 2010) hem de yurt dışında (Beautrais, 2000; Bille-Brahe 2001; Hernandez ve ark., 2004) gittikçe arttığına ilişkin bulgular yoğunluktadır. DSÖ verilerine göre, intihar oranı dünya çapında ortalama yüz binde 16'dır. Toplam ölümlerin %1.8'i intihar nedeniyle gerçekleşmektedir. Bu oranın son 45 yılda %60 artarak her 40 saniyede bir ölüm anlamına gelmiş olması, sorunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir (WHO, 2012). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne göre intihar ABD nüfusunun tüm yaş gruplarında 11. sırada olan ölüm sebebidir; 25-34 yaş arasındaki bireylerde intihar tüm cinsiyet ve ırkları birleştirildiğinde 2. ölüm sebebidir (Lynch ve ark., 2008).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde sonuçlanmış intihar vakaları 1999 yılında 1853 kişi iken 2011 yılı verilerine göre 2677 kişi olup, kaba intihar hızı yüzbinde 3,62 dir. İntihar nedenleri kendi içinde incelendiğinde aile geçimsizliği geçim zorluğu, öğrenim başarısızlığı, ticari başarısızlık gibi pek çok faktör bulunmakla birlikte en fazla hastalığın (%19,4) neden olduğu belirlenmiştir (TÜİK, İntihar İstatistikleri 2011). İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı % 25 ile % 70 arasında değişmektedir (Roy, 2000). Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu öne sürülmüştür (Ekici ve ark., 2001; Lynch ve ark., 2008). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinde yapılan bir çalışmada intihar eden grupta fiziksel hastalık oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada intihar eden grupta 47 kişiden 12'sinde kişinin işlevselliğini bozacak düzeyde ciddi fiziksel hastalık saptanırken, kontrol grubundaki 45 kişiden yalnızca 4'ünde saptanmıştır (Ekici ve ark., 2001). Amerika' da tıbbi hastalık ile intihar eğiliminin incelendiği bir

araştırmaya 17-39 yaş arası 7589 birey katılmıştır. Katılanların %16.3'ü hayatlarının bir kısmında intihar niyeti taşıdıklarını tanımlarken, genel tıbbi durumu olan bireylerin %25.2'si ve 2 ya da daha fazla tıbbi hastalığı olanların %35'i hayatları boyunca intihar niyeti bildirmişlerdir. Benzer şekilde yanıt verenlerin %5.5'i bir intihar teşebbüsünde bulunmasına karşın genel bir tıbbi hastalığı olanların %8.9'u ve 2 ya da daha fazla tıbbi hastalığı olanların %16.2'si intihara teşebbüs etmiştir (Druss ve Pincus, 2000).

Kronik fiziksel hastalığı ve kronik ağrısı olan her yaştan hasta intihar açısından risk altındadır (Valente, 2010). İleri derece kanser veya AIDS gibi acı çekme ve bağımlılık ile ilgili hastalıklar yüksek intihar oranları ile ilişkilendirilmeye daha fazla uygundur (Lynch ve ark., 2008). Aynı zamanda skleroz ve hunthington hastalığı gibi terminal olmayan ancak kronik ve acı veren diğer hastalıklar yüksek intihar riski ile ilişkilendirilir (Gorman ve Sultan, 2008). Kronik hastalığı olan kişi güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitirilmesi, kabul edilmeme ve umutsuzluk gibi duygularla büyük kişisel ve duygusal kayıplara uğramaktadır (Bayramova ve Karadakovan, 2004). Özellikle günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziksel aktivitenin sınırlanması bu hastalarda en fazla ruhsal sorunlara neden olan durumdur (Smeltzer ve Bare, 2000). Fiziksel hastalıklar, narsistik bütünlüğünü tehdit altında hissetme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneyeceği, işlevlerini veya işlevleri üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, ayrılık, bağımsızlığını kaybedeceği veya ölüm korkusu gibi zorlanmalara neden olur. Eski çatışma ve çözülmemiş sorunlar yüzeye çıkar (Özkan, 1993). Birçok kişi hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hasta olma olgusunu kayıplar yasama biçiminde görür. Somut kayıplar, beden işlevlerinin ve parçalarının kaybını içerir. Sembolik kayıplar ise güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi önemli değer ve gereksinimlerle ilgilidir (Özkan, 1996, 1998). Bu nedenle fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suicidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır (Storm ve ark., 1992).

İntihar ekonomik açıdan pahalı bir olgudur. 1995'de yapılan 'İntiharı Önlemek İçin Eylem Toplantısı' isimli toplantı da intihardan sonuçlanan toplam ekonomik yükün, medikal harcamalar, işle alakalı kayıplar ve düşük yaşam kalitesi ile birlikte 111,3 milyar dolar olduğu tahmin edilmiştir (Lynch ve ark., 2008). Bir çok sağlık sigortası kendi kendine gerçekleştirilen ölümleri kapsamamakta bu yüzden geride kalan

aile ekonomik olarak zor durumda kalabilmektedir. Oysa birçok intihar olgusu erken dönemde belirlendiğinde bireye gereksinimi olan psikososyal bakım verilerek önlenabilir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır. Çünkü hemşire bütüncül yaklaşımı, zengin deneyimi ve hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp, karşılayabilecek donanımdadır. Hastayla kurulan terapötik ilişki, hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını, hem de o hastaya en iyi yaklaşım şeklinin seçilmesini sağlar (Temel, 2009). Bu nedenle hemşireler, intihar risk faktörleri, intihar değerlendirmesi ve önlemleri konusunda iyi şekilde bilgi sahibi olmalıdırlar. Ayrıca hemşireler bireylerin İntihar etme olasılıklarını değerlendirme, bakımı planlama ve uygulama için kapsamlı bir ruhsal sağlık değerlendirme yapma becerisine sahip olmalıdırlar (Lynch ve ark., 2008).

Yapılan bazı çalışmalar sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan hastaları; bakımları zahmetli ve sıkıntılı, dikkat çekme amacı güden kişiler olarak algıladıklarını, onlara karşı kendilerini karmaşık ve kararsız hissettiklerini göstermiştir. Bu kişilerin neden kendilerine zarar verdiklerini anlayamadıklarını, bu olgulara yaklaşırken yeterli bilgi ve beceriden yoksun olduklarını ve bakım kalitesinin sağlık çalışanlarının tutumdan etkilendiğini göstermektedir (Davidhizar, 1993; Watkins, 1997; Hopkins, 2002). Hemşireler üzerinde yapılan çalışmalar, serviste intihar girişimindeki bir hasta ile karşılaştıklarında negatif tutumlarının duygusal destek eksikliğine neden olduğunu ve hastaya, suçluluk, keder, utanç ve başarısızlık hissettirdiklerini göstermiştir (Midence ve ark., 1996; Burns ve ark., 2007). Oysa hemşireler fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatan bireylerin psikososyal bakımını vermek ve özellikle hasta güvenliğini sağlamakla yükümlüdürler. Hasta güvenliği kapsamında da yer alan intihar olgusu üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. ICN (International Council of Nurses), hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadele, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır (ICN, 2013). Ancak yapılan literatür incelemesinde ülkemizde genel kliniklerde yatan hastaların intihar düşünceleri ve ilişkili faktörleri belirlemeye

yönelik bir çalışmanın olmadığı dikkati çekmektedir. Bu çalışma ile elde edilecek verilerin araştırmanın yapılacağı hastanede hasta güvenliği ile ilgili uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca genel kliniklerde çalışan hemşirelerin, intihar potansiyeli taşıyan hastaları ve ilişkili bazı faktörleri belirlemelerinde bir kaynak olarak kullanılabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İntihar

2.1.1 İntiharın Tanımı

İnsanoğlunun bir anlam veremediği, anormal olarak nitelendirdiği insanın kendi canına kıyması eylemi acı verici bir olaydır. İntiharın herkes tarafından kabul edilebilir bir tanımını yapmak son derece güçtür. Çünkü intihar olgusu ile ilgili bir konuyu açıklayabilmek için bu durumun sağlam temellere dayandırılması gerekir. Yüzyıllar boyunca intihar etmek, kahramanlık, cesaret, ruhsal hastalık, zayıflık, korkaklık, günah, delilik, suç bazen de onurlu bir davranış olarak oldukça farklı kavramlarla değerlendirilmiştir. Bu farklılığın sebebi, insanın isteyerek ve kasten kendi canına kıymasının toplumdan topluma, din, hukuk, kültür ve zamana örf adet gelenek göreneklere göre değişebilmesinden kaynaklanmaktadır (Taştan, 2007).

İntihar bilimine suicidology denir.İntihar latince ‘insanın kendini öldürmesi’ anlamına gelen ‘sui’ yani ‘ben’ ve ‘cedere’ yani öldürmek, kıymak anlamına gelen iki sözcüğün birleşmesi sonucu ‘suicedere’den ingilizceye suicide şeklinde geçmiştir (Shneidman, 1985).

Türkçeye ise intihar kelimesi ilk kez Tanzimat döneminde girmiştir. Batı dillerindeki romanlarda görülen “suicide” sözcüğüne karşılık, Tanzimat döneminde Türkçeye çevrilen eserlerde “kendini katletme”nin yerine “intihar” kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Bu sözcük Arapçada “kurban” demek olan “nahr”dan türemiştir. Günümüzde bazı eserlerde ise intihar yerine öz-kıyım ya da öze-kıyım gibi kavramlar kullanılmaktadır (Sayıl ve Uçan, 2006; Taşdelen, 2006).

Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından intihar, bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2013). Durkheim intiharı "ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinerek yapılan olumlu ya da olumsuz bir edimin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir" diye tanımlamıştır. (Durkheim, 1986). Edwin Shneidman’a göre ise intihar, "dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan,şaşırmış, bozulmuş ve gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı bir eylemidir" (Shneidman, 1985). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise intiharı, kasıtlı olarak kendini öldürme eylemi olarak tanımlamaktadır (WHO, 2012).

Tüm bu tanımlamalar doğrultusunda intihar olgusu ‘tamamlanmış intihar’, ‘intihar girişimi’ ve ‘intihar düşüncesi olarak üç grupta ele alınmaktadır. Ölümle sonuçlanan eylemin ‘tamamlanmış intihar’, ölümle sonuçlanmayan eylemin ise ‘intihar girişimi’ olarak tanımlanması , intihar olgusuna genel bir yaklaşımı göstermektedir (Adam, 1985). ‘İntihar düşüncesi’, intihar girişiminde bulunmamış kişilerde, intihar etme arzusu, plan yapma, umutsuzluk duygularının varlığı ile belirli olan ve intihar riskini gösteren önemli bir etmendir (Dilbaz ve ark., 1995).

2.1.2 İntihar ve İntihar Girişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar

2.1.2.a.Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşım çerçevesinde yapılan çalışmalar 2 grupta toplanabilir. Bunlardan ilki genetik çalışmalarıdır. Genetik çalışmaları aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarını içerir. Baldessarini ve Hennen (2004) intiharın kalıtsal temelleri ile ilgili derlemelerinde aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarını gözden geçirmişlerdir. Yaklaşık 20 kontrollü aile çalışması ile intihar davranışı sergileyen kişilerin akrabalarında davranışın görülme olasılığının beş kat daha fazla olduğu ortaya konmuştur. Çevresel faktörlerin intihar ile ilişkisi düşünüldüğünde bu sonuçların tek başına intiharı açıklamada sınırlı kaldığı görülmektedir. Aynı çalışmada genetik faktörleri çevresel faktörlerden ayırt edebilmek için incelenen ikiz çalışmaları, intihar riskinin tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizleri ya da akrabalar ile kıyaslandığında daha yüksek oranda birlikte değiştiğine işaret etmektedir. Genetik faktörleri çevresel faktörlerden ayırt etmede ikiz çalışmalarının da kısıtlı kalması nedeniyle araştırmada evlat edinme çalışmalarına da yer verilmiştir. Bu çalışmalar erken yaşta evlat edinilen kişilerin intihar risklerinin biyolojik ebeveyn ve akrabalar ile daha yüksek ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur (Baldessarini ve Hennen, 2004).

Biyolojik yaklaşım çerçevesinde yapılan diğer çalışmalar ise bireyin biyokimyasal yapısında herhangi bir değişiklik olup olmadığını inceleyen biyokimyasal çalışmalardır. Çalışmalarda özellikle 5-Hidroksitriptamin 2A reseptörleri (5-HT2A) ve trombosit monoamin oksidaz (MAO) üzerinde durulmuştur. Özellikle beyin omurilik sıvısında (BOS) düşük 5-hidroksil indol asetik asit (5-HIAA) düzeylerinin dürtü kontrol bozukluğu ve intihar davranışına yol açtığı bildirilmektedir (Blumenthal, 1988; Cooper ve ark., 1992). İntihar olgularında yapılan bir dizi çalışmada presinaptik 5-HT2A

reseptör sayısının azaldığı gözlenirken bazı çalışmalarda ise arttığı dikkati çekmiştir (Turecki ve ark., 1999).

Bir grup normal gönüllüde trombosit monoamin oksidaz (MAO) düzeylerini analiz edilen kan örneklerine bakılarak gerçekleştirilen bir çalışmada , trombositlerinde en düşük enzim düzeyine sahip olan kişilerde yüksek düzeyde enzime sahip olan kişilere göre ailede intihar yaygınlığı öyküsünün 8 kat fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Kaplan ve Sadock, 2004).

İntihar davranışına yönelik biyolojik araştırmalar beyin ağırlığının incelendiği çalışmaları da kapsamaktadır. Bu çalışmaların birinde, yaşamını normal olarak yitirmiş ve intihar ederek sonlandırmış iki grup ele alınmıştır (yaş ortalaması:72). Bu çalışma sonucunda, yaşamını intihar ederek sonlandırmış grubun beyin ağırlığı, diğer gruba oranla anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Salib ve Tandros, 2000).

2.1.2.b.Sosyolojik Yaklaşım

İntiharla ilgili ilk sosyolojik çalışmayı tanınmış Fransız sosyolog Durkheim yapmıştır. Durkheim' a göre, “Ölüme götüreceğini bilerek, olayın kurbanı tarafından girilen olumsuz eylemin doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak meydana getirdiği her ölüme intihar denir”. Ona göre, intihar birey ile toplum arasındaki ilişki bozukluğundan, çatışmalardan kaynaklanmaktadır (Durkheim, 2002).

Durkheim' a göre 3 intihar tipi var: anomik tip, egoistik tip, altruistik tip. Egoistik (bencil) intiharlar, toplumla bütünleşmenin yetersiz olduğu durumlarda; altruistik tipte intiharlar toplumla aşırı bütünleşmenin getirdiği bir görev anlayışıyla toplumun kişiye yüklediği taleplerden kaçınılamadığı yetersiz bireyselleşme durumlarında; anomik intiharlar ise ekonomik bunalım ya da savaş yenilgisi gibi toplumsal düzeni bozan büyük olaylarda, adaptasyon güçlükleri yaşandığı zamanlarda gerçekleşen intiharlardır. Durkheim, topluma bağlılık oranı fazla olan kişilerde intihar olaylarının, grup özdeşleşmesi yapamamış kişilere oranla daha seyrek olduğunu, intihar oranının evlenmemiş ya da boşanmış kişilerde evli olanlardan, dindar olmayanlarda dinine bağlı kişilerden daha yüksek olduğunu açıklamıştır (Durkheim, 2002).

2.1.2.c.Psikolojik yaklaşım

İntihar ile ilgili ilk psikolojik bilimsel yaklaşım ve aynı zamanda psikodinamik bakış açısı Freud tarafından ortaya konulmuştur. Freud (1916)'a göre kişiyi intihara götüren

süreç bilinçdışında gerçekleşen bir sevgi nesnesinin yitimi ile başlar. Kişi yaşanan bu kayıp ile derin acılı bir duygudurum içerisine girer ve kişinin çevreye olan ilgisi kaybolur. Özdeğerlilik ve özsaygıda bozulmalar olur. Çevreye olan ilgisini kaybeden kişi sevgi nesnesinden çektiği libidosunu (cinsel enerji) yeni bir nesneye yatıramaz; böylece boşta kalan bu enerji benliğe geri döner. Benliğe geri dönen libido yitirilen nesne ile özdeşim için kullanılır. Buradaki özdeşim benliğin yitirilen nesne ile içsel kaynaşmasını ve bütünleşmesini içerir. Kişinin benliği yitirilen sevgi nesnesi haline gelmiş olur. Terk edilmeden dolayı ortaya çıkan saldırgan duygular ise sevgi nesnesinden öç alma ve onu yok etmek için sevgi nesnesi haline gelen benliğe yöneltilir. Sonuç olarak kişi kendi isteği ile kendi canına kıymış olur (Odağ, 2002).

Karen Horney (1950) Freud'dan farklı olarak ölüm içgüdüsünün varlığına inanmaz ve insanda var olan, gerek kendisine gerekse etrafına yönelik yıkıcı eğilimlerin daha çok tepkisel olarak ortaya çıktığını belirtir. Normal dışı davranışların, yanlış ana-baba tutumlarının çocukta oluşturduğu “temel anksiyete” ile başladığını ve çocuğun dış dünya içinde yalnızlık, çaresizlik ve düşmanlık duygusu içinde ölüm arzularının bir ifadesi olarak ölüm anksiyetesi yaşayabileceği ve bunun da intihara yol açabileceğini savunmuştur (Oral, 1997).

Odağ' a göre Menninger, intihar etmek için üç ana neden olarak öldürme isteği, öldürülme isteği ve ölme isteği olduğunu öne sürmüştür. Menninger' e göre intihar etmek bilinç düzeyinde ölme isteğini, intihar girişimlerinde bulunmak ise bilinçaltında ölmeme isteğini içermektedir (Odağ, 1995).

İntiharla ilgili önemli çalışmaları ve katkıları olan bir diğer isim ise Shneidman'dır. Schneidman'a göre intihar neredeyse her zaman yoğun acı veren bir probleme bilinçli çözüm bulma çabası olarak görülür. Acı çeken için bu çözüm bilinçliliği ve acıyı dindirici bir anlam taşımaktadır (Davison ve Neale, 2004).

2.1.3 Türkiye ve Dünyada İntihar

İntihar ya da özkıyım, tüm dünyada gün geçtikçe önemi artan bir problemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 yılı verilerine göre her yıl, yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu durum ortalama her 40 saniyede, intihar sonucu gerçekleşen bir ölüm anlamına gelmektedir. DSÖ tarafından hazırlanan “İntiharın Önlenmesindeki Beş Problem” adlı listede intiharın 15-44 yaş arası kişiler arasında, önde gelen üç ölüm nedeninden biri ve 10-24 yaş kişiler arasında da önde gelen ikinci

ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu listedeki verilere göre, intihar oranı dünya çapında ortalama yüz binde 16'dır. Toplam ölümlerin %1.8'i intihar nedeniyle gerçekleşmektedir. Bu oranın son 45 yılda %60 artarak her 40 saniyede bir ölüm anlamına gelmiş olması, sorunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir (WHO, 2012).

Genel nüfusta 1970 ile 2000 yılları arasında intihar girişimi yaygınlığına yönelik yapılan araştırmaların gözden geçirildiği bir çalışmanın sonucuna göre dünya genelinde farklı ülke ve kültürlerde intihar girişim oranları resmi kayıtlara göre 100 binde 2,6 ile 542 arasında yer almaktadır. Nüfus araştırmalarından elde edilen 1 yıllık görülme sıklığı ise 100 binde 700 ile 1100 arasında iken yaşam boyu yaygınlık oranı 100 binde 720 ile 5930 arasındır (Welch, 2001).

Amerika'da yapılan ve 5877 (15–54 yaş) kişinin katıldığı Ulusal Komorbidite Araştırması'nda katılımcıların %13,5'inin hayatlarında en az 1 kez intihar etmeyi düşündükleri, %3,9'uzunun bunu planladıkları ve %4,9'uzunun ise intihar girişiminde bulundukları saptanmıştır (Kessler ve ark., 1999). Yine 2000 yılında üniversite öğrencileri üzerinde Amerika'da yapılan bir başka çalışmada 15977 öğrenciden %9,5'inde intihar düşüncesi olduğu ve %1,5'inin ise intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir (Kisch ve ark., 2005).

2002 yılında İspanya'da 10–14 yaşlarında tamamlanmış intihar hızı 0.38:100000 iken 15–19 yaş grubunda bu oran 2.7/100000 olmuştur (Parellada ve ark., 2007). Hindistan'daki intiharların sayısı 1968'de 40000 iken, 1999' da 110000' e çıkmıştır; ulusal görülme insidansı ise yıllık 11/100000' dir (Sharma ve ark., 2007). İngiltere ve Galler'de ortalama yıllık intihar oranı 10/100000 civarındadır. Yıllık ölüm sayısı yaklaşık 5000'dir. Bununla beraber son yirmi yıl içinde genç erkeklerde intihar oranı ikiye katlanmıştır ve 35 yaş altı genç erkeklerde en yaygın ölüm nedenidir (Kapur ve Gask, 2006) .

Türkiye'de intihar olaylarına ilişkin istatistikler, 1962 yılından itibaren toplanmakta ve 1974 yılından bu yana da yayın yoluyla bildirilmektedir. Türkiye 2011 yılı kaba intihar hızı 100.000/3.62 dir. Bölgelere göre kaba intihar hızları ele alındığında, Orta Doğu Anadolu Bölgesi' nin 100.000/4.70 ile en yüksek intihar hızına, Doğu Karadeniz bölgesinin ise 100.000/2.66 ile en düşük intihar hızı değerine sahip olduğu görülmektedir. 2011 yılı içinde kayıtlara geçmiş toplam 2677 vaka belirlenmiştir (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2011).

Türkiye'deki intiharların % 46,6 sinin nedeni bilinmemekte, intihar nedenleri kendi içinde incelendiğinde ise en önemli intihar nedeni %19.4 ile hastalık olarak görülmektedir. İntihar nedenlerinden aile geçimsizliği 2. sırada yer almaktadır. Öğrenim başarısızlığı ise intihar nedenleri arasında en düşük orana sahiptir (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2011).

Türkiye'deki 2008 yılı intihar istatistiklerine bakıldığında ise, kadınların intihar oranlarının 15-34 yaş arasında erkeklerden daha fazla olduğu, 34 yaş sonrasında ise erkeklerin intihar oranlarının kadınları geçtiği belirtilmektedir (TÜİK,İntihar İstatistikleri, 2008). 2011 yılı verilerine göre ise intihar edenler yaş grubuna göre incelendiğinde kadınların 15-29,erkeklerin ise 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir.İntihar eden erkeklerin yaklaşık % 31,2 si, kadınların ise %53,1 i 30 yaşından küçüktür (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2011).

Ayrıca Türkiye'deki tamamlanmış intihar istatistikleri ele alındığında, intihar oranlarının en yüksek olduğu grubun evli bireylerden oluştuğu görülmektedir. Evli bireyleri ise sırasıyla; hiç evlenmeyenler, boşananlar ve eşi ölmüş olanlar takip etmektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında genel olarak tüm gruplarda erkeklerin tamamlanmış intihar oranlarının kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2008).

İntihar oranları eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde ise en yüksek oranı %40,38 ile ilkokul mezunları oluşturmaktadır (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2011).

2.1.4.İntihar Risk Faktörleri

2.1.4.1.Cinsiyet

İntiharın görülme sıklığı toplumdan topluma değiştiği gibi, cinsiyete göre intihar davranışı açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Kendini öldürme erkekler arasında daha yaygınken, kendini öldürmeyi düşünme ve bunun için girişimde bulunma kadınlar arasında çok daha yaygındır. Erkeklerde girişimin ölümle sonuçlanması kadınlara oranla üç kat yüksek bulunurken, kadınlarda intihar girişimi erkeklere göre dört kat yüksektir (Salib ve Cortina-Borja, 2006).

2.1.4.2.Yaş

İntihar oranları yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır. En yüksek tamamlanmış intihar oranları erkekler arasında 45 yaşından sonra, kadınlar arasında ise 55 yaşından sonra

görülür. Yaşlılar gençlerden daha az intihar girişiminde bulunurlar fakat girişimlerinde daha başarılıdırlar (Kaplan ve Sadock, 2004). Cutright ve Fernquist (2003), gelişmiş yirmi ülkede 1955-1994 yılları arasındaki intihar oranlarını ele aldıkları çalışmalarında; Güney, Orta ve Batı Avrupa ülkelerinde kadın ve erkek intihar oranlarının yaş ile birlikte keskin bir artış gösterdiğini belirlemişlerdir.

Günümüzde intiharların çoğu 15-44 yaş arasında yoğunlaşmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004). Ülkemizde de intihar edenler yaş grubuna göre incelendiğinde kadınların 15-29, erkeklerin ise 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2011).

Yapılan bir çalışmada, 15 yaş üzerinde intihar girişim oranları, erkeklerde yüz binde 31,9, kadınlarda yüz binde 85,6 olarak bildirilmiştir. Avrupa'da ve dünyada yapılmış intihar girişimi çalışmalarındaki bulgularla uyumlu olarak ülkemizde de intihar girişimlerinde kadınların erkeklerden fazla olduğu görülmektedir. Bu oranlar diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de intihar girişim oranları daha düşük bulunmakla birlikte, son yıllarda özellikle gençler arasında intihar hızlarındaki artış dikkat çekmektedir (Sayıl ve ark., 2000; Sayıl ve Özgüven, 2002).

2.1.4.3. Medeni durum

ABD'de evli kişiler arasında intihar girişimi 100.000'de 11 iken, bekarlarda bu oran 100.000'de 22, boşanmış olanlarda 100.000'de 40 olarak saptanmış ve boşanmış erkeklerdeki intihar girişimi oranı boşanmış kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Soylu, 2001). Evli erkeklerde intihar girişimi görülme sıklığı bekar, dul ve boşanmış erkeklere göre daha azdır. Buna karşılık kadınlar için bu durumun tersi söz konusudur. Buda evliliğin kadınlar için daha büyük bir yük oluşturmasıyla açıklanmıştır (Bebbington, 1999).

2.1.4.4. Eğitim Düzeyi

Eğitim en önemli sosyoekonomik düzey göstergelerindendir (Eskin, 2003). Düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, az gelir ve yoksul yaşam risk faktörleridir (Skegg, 2005). Eğitim açısından yaklaşıldığında intihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik duygusu, umutsuzluk ve gerginlik sebebiyle, düşünme yeteneklerinin zayıfladığı ve bunun sonucunda da mevcut çıkış yollarını, alternatifleri yararsız düşündükleri hesaba katıldığında eğitim farklılıklarının da önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir (Jamison, 2004).

İntihar davranışları eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, 1997 yılında intihar eden bireylerin önemli bir kısmının (%54.62) ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. İntihar oranları açısından ilkokul mezunlarını lise ve dengi okullardan mezun olanlar (%13.37) ve ortaokul ve dengi okullardan mezun olanlar (%12.11) takip etmektedir. İntihar oranlarının en düşük görüldüğü grup ise üniversite mezunları (%4.42) olarak karşımıza çıkmaktadır (D.İ.E. İntihar İstatistikleri, 1997). İntihar istatistiklerinin 2011 yılı Türkiye verileri ele alındığında ise, en yüksek tamamlanmış intihar oranının, benzer şekilde ilkokul mezunlarında (%40.38) olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarını, sırasıyla lise ve dengi okul mezunları (%15.2), ortaokul ve dengi okul mezunları (%7.40) ve yüksek öğretim veren okul mezunları (%6.76) takip etmektedir (TÜİK İntihar İstatistikleri, 2011).

2.1.4.5.Ekonomik Durum ve İşsizlik

Genel olarak düşük sosyal sınıfta, özellikle gecekondü kesiminde yaşayan kişilerde intihar riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003). Yapılan araştırmalar sonucunda Türkiye’de intihar girişimlerinin ekonomik olarak daha bağımlı olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003; Yalvaç, 2006; Oto ve ark., 2004). İş sahibi olmak, çalışmak, sadece ekonomik bağımsızlığı elde etmek için değil, toplum içinde yer edinmek ve ego gücünün yükselmesi için de gerekli olduğu belirtilmiştir. Avrupa’da yapılan birtakım çalışmalarda toplumdaki işsizlik oranı arttıkça intihar oranlarının arttığı saptanmıştır (Pröbsting ve Till, 2000).

Burns ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada suikid vakalarının 29 tanesi (%48,3) işsizdir. Bunların 25 tanesi erkek ve 4 tanesi kadın olarak bulunmuştur (Burns and Moore, 2007). Cheng ve arkadaşları 1985-2000 yılları arasındaki intihar oranı ile işsizlik karşılıklı olarak birbirleriyle ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (Cheng and Lester, 2006).

2.1.4.6.İntihar Girişimi Öyküsü

Tüm intiharların %19-24’ünü daha önce yapılmış intihar girişimleri oluşturmakta, intihar girişimde bulunan kişilerin %30-60’ı girişimlerini yinelemekte; %12-25’inin bunu ilk intihar girişiminden sonraki ilk 12 ay içinde gerçekleştirmekte ve intihar girişimlerinin de %10’u 10 yıl içinde yinelenerek tamamlanmış intihar ile son bulmaktadır (Yalvaç, 2006).

Ateşçi ve arkadaşları (2002) tarafından intihar girişimi sebebiyle acil polikliniğine başvuran 60 erişkin hastayla yapılan araştırma sonucunda tüm hastaların %23.3'ünün önceden en az bir kez girişimde bulunduğu görülmektedir. Deveci ve ark. (2005) yaptığı araştırmada intihar girişiminde bulunanların % 24'ünde önceden intihar girişiminin olduğu gözlenmiştir (Deveci ve ark., 2005).

2.1.4.7. Alkol Madde Kullanım Öyküsü

Sosyolojik araştırmalar, alkol ve uyuşturucunun kullanımının yaygınlığı ile intihar davranışının arttığını göstermektedir (Sağınç ve ark., 2001). Gençlerde intihara yol açan risk faktörlerini araştıran çalışmalarda, alkol ve madde kötüye kullanımının intihar için risk faktörlerinden biri olduğu saptanmıştır (Evren ve ark., 2001; Tuğcu, 1996).

Nakaya ve arkadaşları Japonya'da yaptıkları bir çalışmada bireyleri ağır alkol alan, alkol almayan ve az alkol alanlar olarak 3 ayrı şekilde incelemişlerdir. Sonuç olarak da ağır alkol alanlarda intihar riskinin anlamlı derece de arttığını göstermişlerdir (Nakaya ve ark., 2007). Roy'un yapmış olduğu bir çalışmada ise 280 alkol bağımlısının 121 (%42,9) tanesinin öz-kıyım girişimi olduğu gözlenmiştir (Roy, 2003). Ayrıca ABD'de 13673 vakanın incelendiği epidemiyolojik çalışmada kokain kullananların artmış intihar girişimine sahip olduğu görülmüştür (Roy, 2001).

2.1.4.8. Fiziksel Hastalıklar

İntihar ile fiziksel hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bütün intiharların %32'sinde intihardan önceki son altı ayda fiziksel bir hastalık saptanmıştır. Kişilerin yaşı arttıkça bu oran artmaktadır (Kaplan ve Sadock, 2004). Epilepsi, multipl skleroz, kafa travmaları, kardiovasküler rahatsızlıklar, Huntington koresi, demans, AIDS gibi kronik hastalıklar, Cushing sendromu, Klinefelter sendromu gibi endokrin hastalıklar, peptik ülser, karaciğer sirozu, prostat hipertrofisi, kronik renal rahatsızlıklar ve böbrek yetmezliği intihar riskini arttıran hastalıklardır (Oral, 1997).

Çeşitli nedenlerle hastaneye yatırılmalara bakıldığında epilepsi ile intiharlar arasında direkt bir bağlantı olduğu görülmektedir. Epileptik hastalarda intihar hızı diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında 5–7 kat daha yüksektir. Bunun yanısıra hipotiroidizm, hepatik ensefalopati, adrenal hipoaktivite de bireyin ruhsal durumunu etkilemekte ve intihar nedeni olabilmektedir. Fiziksel hastalıklardan özellikle malign hastalıklarda hem intihar hem de girişimi oldukça yüksektir. Özellikle kanser teşhisi konulan hastalarda bu oran daha da artmaktadır (Yüksel, 2001). Deveci ve arkadaşları psoriasis'li hastalarda

yaptıkları bir çalışmada intihar olasılığı ölçeği' ne göre bu hastalarda intihar düşüncesini kontrol grubuna göre daha yüksek bulduklarını belirtmişlerdir (Deveci ve ark., 2007).

2.1.4.9.Psikiyatrik Hastalıklar

İntihar düşünce ve davranışı ile psikiyatrik bozukluklar arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik hastalarda intiharın görülme sıklığı diğer gruplardan 5 ile 40 kez daha yüksek olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluklarda bazı tanı gruplarında intihar daha çok görülmektedir (Yüksel, 2001). Unipolar ya da major depresyonda yaşam boyu %10–15 oranında intihar gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Tedavi edilmemiş depresyon hastalarında, özellikle eşlik eden başka fiziksel hastalık ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı halinde risk yükselmektedir. Depresif bozukluk, bir affektif bozukluk olarak toplumumuzda ve dünyada en sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıklardan biridir. Ateşçi ve arkadaşlarının (2002) yapmış olduğu çalışmada intihar girişiminde bulunan hastaların çoğunluğu % 46.7 psikiyatrik değerlendirilmelerinde depresif bozukluklar tanısı almıştır. Depresif bozuklukları sıklık açısından psikotik bozukluklar %15 ve anksiyete bozuklukları izlemiştir. Yine aynı çalışmada tüm grubun daha önceden %53.3'ünde psikiyatrik bozukluk ve % 48'inde psikofarmakolojik tedavi öyküsü bulunmuştur (Ateşçi ve ark., 2002).

2.2.Fiziksel Hastalık ve İntihar

İnsan, edindiği genetik özelliklerle birlikte iç ve dış çevresiyle etkileşimi sonucu gelişen ve değişen bedensel, ruhsal, sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. İnsanın bu değişime sürekli olarak uyum göstermesi, iyilik durumunu, bütünlüğünü devam ettirmesi beklenir ve istenir. Bunun sürdürülememesi hastalığın ortaya çıkması demektir ki, hastalık birey için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgudur, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (Murray, 1980).

Hastalık insan yaşamındaki dengeleri tümü ile değiştirebilen, bireyin; fiziksel,duygusal, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltan ya da tüketen bir durumdur. Bireyin, çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumunu bozar (Öz, 2004; Tümer, 2003). Dengenin bozulması yaşamı tehdit eder. Bu nedenle hasta birey ve ailesi; davranışsal, duyusal, bilişsel alanlarda ve kişilerarası ilişkilerde bir takım psikososyal

sorunlar yasayabilirler. Bu nedenle hasta bireyin gösterdiği tepkilerin tanınması, verilen mesajın doğru alınması ve değerlendirilmesi önemlidir (Öz , 2004).

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Bilim Dalı'nın 1989 yılından 1998 yılına kadar geçen on yıllık süreçte, istenen konsültasyonların değerlendirildiği çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre de, uyum güçlüğü %26.8-28 oranında bulunmuş, bunu depresif bozukluk ve organik beyin sendromu izlemiştir. Ayrıca hastaların %14.9-18.7'sinde majör psikiyatrik bir bozukluk olmadığı ancak, fiziksel hastalığa emosyonel tepkilerin ortaya çıktığı ve liyezon psikiyatrisinin yardımına ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir (Özkan, 1993; Özkan ve ark., 1998; Baral-Kulaksızoğlu ve ark., 2001).

Her kişide, tepkinin sıklığı, şiddeti ve geçirdiği aşamalar farklı olmakla birlikte fiziksel hastalık durumunda hastalarda, genel olarak ortaya çıkan en yaygın tepkiler; inkar, regresyon, patolojik bağımlılık, anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, umut-umutsuzluk, yas-matem ve rahatlamadır (Stuart ve Sundeen, 1991; Taylor, 1994).

Hastalığa gösterilen tepkiler bireyden bireye farklılık göstermektedir. Tepkiler, hastalığın, etkilenen organın ya da işlev kaybının birey için anlamına, hastalığın çeşidine,bireyin yasına, gelişimsel dönemine, inanç ve tutumlarına, savunma düzenekleri ve baş etme örüntülerine, hastalıkla ilgili daha önceki deneyimlerine, yakınlarının hastalığa ilişkin tutumlarına göre farklılık gösterebildiği gibi, bireyin kişilik yapısına göre de değişebilmektedir (Özkan, 1993; Öz, 1998).

Ayrıca hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci, oluş biçimi bireyin hastalığa tepkisini etkileyen önemli faktörlerdir. Fiziksel hastalığa psikolojik yanıtla ilgili ilk stresör,hastalık belirtilerinin tanınması ve hastalığın teşhisidir. Bu noktada kişi, kendini hastalığı olan biri olarak tanımlar. Bazı zamanlar hastalık, aniden ortaya çıkar ve kişi yaşam değişiklikleri ile baş etmede zorlanır. Bazen de kişi kendisini hastalığa hazırlayana kadar ortaya çıkan belirtileri görmezden gelir. Hastanın hastalık hakkındaki bilgisi, tepkilerini etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkındaki bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracak ve tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir (Özkan, 1996; Özkan, 1998).

Kronik fiziksel bir hastalığın varlığı tüm yaş gruplarında intihar için bir risk etmenidir. Yaşlı erkek hastalarda bu risk daha da artmaktadır (Heikkinen ve Lonnqvist, 1995). Düşkünlük yapan hastalıklar sıklıkla intihar davranışını tetikler. İntihar

olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı % 25 ile % 70 arasında değişmektedir (Roy, 2000). Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu öne sürülmüştür (Ekici ve ark., 2001; Lynch ve ark., 2008).

Fiziksel hastalıklar kişide bazı zorlanmalara neden olur. Bunlar narsistik bütünlüğünü tehdit altında hissetme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği, işlevlerini veya işlevleri üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, ayrılık, bağımsızlığını kaybedeceği veya ölüm korkusudur. Eski çatışma ve çözümlenmemiş sorunlar yüzeye çıkar (Özkan, 1993). Birçok kişi hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hasta olma olgusunu kayıplar yasama biçiminde görür. Somut kayıplar, beden işlevlerinin ve parçalarının kaybını içerir. Sembolik kayıplar ise güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi önemli değer ve gereksinimlerle ilgilidir (Özkan, 1996; Özkan, 1998).

Bu nedenle fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak yargılama bozukluğu, impulsivite ve suicidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır (Storm ve ark., 1992).

Ayrıca epilepsi, multipl skleroz, demans, huntington hastalığı, kafa travması, kardiyovasküler hastalıklar ve akkiz immün yetmezlik sendromu (AIDS) gibi merkezi sinir sistemini etkileyen hastalıklarda intihar riski artmaktadır. Cushing hastalığı, anoreksiya nervoza, Klinefelter sendromu gibi endokrin durumlar da artmış intihar riski ile ilişkili bulunmuştur. Peptik ülser ve siroz gibi gastrointestinal hastalıklar, prostatik hipertrofi gibi ürogenital problemler ve hemodiyaliz de intihar riskini artırmaktadır (Roy, 2000).

2.3. İntihar Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Organizmanın, bazı uyum mekanizmaları ile bozulan dengenin düzeltilmesi çabasında ya da dengeyi sağlayamadığında yardıma ihtiyacı olabilir. Hemşirelik bakımının temel amacı, iç ortamın devamlılığının korunarak, sağlığın sürdürülmesini, geliştirilmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardım etmektir. Bu yardım geleneksel yaklaşımın aksine, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yöneltilmiş, bütüncül bakımı gerektirir. Bütüncül yaklaşım,

bireylerin kişisel doyumlarına ve sağlıklı oluşlarına katkıda bulunacak bir yaşam biçiminin meydana getirilmesidir. Beyin-ruh-beden ve toplum dörtlüsü bir bütünü meydana getirmekle birlikte onların birbirleriyle olan ilişkileri ve bağlantıları bütüncülüğün ana temasını oluşturur. Bireyin bütün boyutlarını kapsamına alan bütüncül yaklaşım, iyi oluş haline anlam kazandıran bir felsefe ve tutumdur (Biol, 1997; Sayıl, 1996).

Hemşire bütüncül yaklaşımı, zengin deneyimi ve hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp, karşılayabilecek donanımdadır. İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır Hastayla kurulan terapötik ilişki, hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını, hem de o hastaya en iyi yaklaşım şeklinin seçilmesini sağlar (Temel, 2009). Hemşireler, intihar risk faktörleri, intihar değerlendirmesi ve önlemleri konusunda iyi şekilde bilgi sahibi olmalıdırlar. Ayrıca hemşireler bireylerin İntihar etme olasılıklarını değerlendirme, bakımı planlama ve uygulama için kapsamlı bir ruhsal sağlık değerlendirme yapma becerisine sahip olmalıdırlar (Lynch ve ark., 2008).

Hemşire hastadaki intihar riskini değerlendirirken; hastanın psikiyatrik öyküsünü, daha önce veya şu anda kendini öldürme düşüncesinin veya planının olup olmadığını, varsa planın içeriğini, depresif, impulsif, hostile, duygu ve davranışların varlığını, stres faktörlerini, yaşam ve gelecek hakkındaki hislerinin ne olduğunu sorgulamalıdır (Siyez, 2005; Okanlı, 2006; Roger ve ark., 2002). İntihar riski olan bireylerle çalışan hemşireler, hastasının intihar düşüncesini sorgulayabilmeli ve gerektiğinde güçlü kararlar verebilmelidirler. Hastaya intihar düşüncesini sormak intihar riskini artırmaz, aksine problemlerini paylaşma olanağı sağladığı için tedavi edici özelliği vardır. Hemşire herhangi bir soru sormadan ve değerlendirme yapmadan önce hastayı dinlemelidir. Hastanın duygusal ifadeleri cesaretlendirilmeli, korkmadan intihar düşüncelerini paylaşabilmesi sağlanmalıdır. İntihara ilişkin düşüncelerin açıkça tartışılması hastanın ümitsizliğini ve yaşadığı karmaşayı anlamaya hazır olunduğunu gösterir ve bu yolla terapötik ilişki güçlenir. İntihar düşünceleri konuşulurken, kişinin öncelikle neden ölmek istediği ortaya çıkarılmalıdır. Konuşma giderek yaşamın ve ölümün dezavantajlarını ve avantajlarını kapsayacak şekilde yönlendirilmelidir (Özgüven, 2003; Sun ve ark., 2006).

Hastanın kişilerarası ilişkilerdeki zorlanmalarının sebeplerini anlamasına, uygun başetme yöntemleri geliştirmesine, öfke, yalnızlık ve ümitsizlik gibi duyguları

sözelleştirebilmesine yardım edilmelidir. Hastanın kişisel gücü ve aile, arkadaş gibi destek sistemleri harekete geçirilerek hayata bağlılığının artması konusunda gayretlendirilmesi gerekir (Okanlı, 2006; Murray and Wright, 2006). Bu hastalara uygulanan bakımda empati kurabilmek,şefkatli, anlayışlı ve objektif olmak, umut vermek, verilen sözleri tutmak çok önemlidir (Yılmaz ve Öncel, 2006; Sun ve ark., 2006).

Hasta ile bakım altında iken intihar etmeyeceğine dair bir anlaşma yapılması da uygun bir yaklaşımdır. Hemşireler bu uygulamanın, terapötik ilişkiyi güçlendirdiğini ve anksiyeteyi azalttığını belirtmişlerdir (Sun ve ark., 2005). Hastanın intihar riski yüksek ise hasta odası mümkünse monitör ile gözlenmeli bu sağlanamıyor ise 10 dk aralarla kontrol edilmelidir. . Hasta uzun süre yalnız bırakılmamalı, servis dışına çıkarılmamalı, çıkması gerekirse bir personelin eşlik etmesi sağlanmalı,kaçarsa polise bildirilmelidir. Hastanın yanında cam eşya, çivili metal dosya, makas, aseton, ayna, iğne, jilet, şişe, açacak, plastik torba, çakmak, kemer, patlayıcı, cımbız, alkol, elektrikli cihaz gibi eşyalar bulundurulmamalı, yasaklanan objeler ziyaretçilere de bildirilmelidir. Odada bulunan demirbaş eşyaların, banyo, pencere ve merdivenlerin kontrolü sağlanmalıdır. Yemekler denetlenebilen yakın bir alanda verilmeli,oral ilaçların yutulduğundan emin olunmalı, gerektiğinde kontrol edilmelidir (Carpenito, 2005; Sun ve ark., 2006).

İntihar girişiminde bulunan birey gerçekten ölme arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek amacıyla da olabilir. Nedeni ne olursa olsun her girişim önemle ele alınmalıdır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, hastanedeki hastaların yanı sıra toplumdaki riskli grupları da çok iyi değerlendirerek intihar davranışının erken tanı ve tedavisinde etkin rol oynamalıdır (Temel, 2009).

Aşağıda yer alan protokolü ve risk değerlendirme rehberini de birincil bakım kliniklerine, toplum ruh sağlığı kliniklerine, cerrahi-dahili birimlere, acil ünitelerine, psikiyatri servislerine ve çalışılan ortamlara uyarlanarak kullanılabileceği belirtilmektedir.

İNTİHAR RİSKİNİ BELİRLEME VE YAKLAŞIM PROTOKOLÜ

EVRE I : HASTA İNTİHAR DÜŞÜNCESİNE SAHİP Mİ?

Bireyler genellikle intihar düşündüklerini açıkça belirtirler. Bu açık tehditler bir intihar eylemi ile devam eder. Tüm tehditler dikkate alınmalıdır. İntiharı düşünen hastalar;

- Kendini suçlayan, kaderci, güvensiz, umutsuz, kontrol eksikliği yaşayan, geleceğe dair negatif düşünceleri olabilir.
- Ölümüne dair açıklamalarını/düşündüklerini direk ve ya dolaylı olarak belirtebilir.
- Bir silah veya öldürücü dozda ilaçlar elde edebilirler.
- Önemli küçültücü deneyimlere sahip olabilirler.
- Aile ve arkadaşlarından uzaklaşabilirler.
- Alkol yada diğer maddeleri kullanabilirler.
- Kronik hastalık sahibi olabilirler.
- Ailelerinde intihar öyküsü taşıyabilirler.

*** Eğer bir hemşire hastada veya ailesinde bu belirtilerden herhangi birini gözlemlerse bunu hasta kayıtlarına işlemeli ve daha ayrıntılı gözlem yaparak net bilgiye ulaşmaya çalışmalıdır.

*** Sonrasında hemşire hastayı aşağıdaki durumlar açısından değerlendirmeye başlamalıdır.

Görünüş: Uygun (doğru, temiz), veya uygunsuz (yanlış, kötü hijyen), darmadağınık

Yönelim: Tanıma; kişi, yer, zaman, durum

Biliş: Konsantrasyon, ilgi

Konuşma: Normal, baskın, irrite, yüksek sesli

Görüşme sırasında etkileşim: Uyumlu, kayıtsız, şüpheli, belirsiz

Mood: Üzgün, endişeli, depresif, kararlı

Algıları: Normal, halüsinasyon

Düşünce içeriği: Normal, obsesif, grandiyozite,

İçgörü: Farkındalık, inkar

Başa çıkma yeteneği: Etkili, etkisiz, az etkin

*** Daha sonra hasta özellikle intihar düşüncesi, isteği ve planı hakkında sorgulanmalıdır.

Düşünce: İntihar düşüncesi bazen açık olarak belirtilmeyip dolaylı yollardan anlatılmaya çalışılır. “Benim için köpeğimin bakımını üstlenir misiniz?”

Plan: Plan sorgulanmalı ve değerlendirilmelidir. Bu hastanın duyguları hakkında bilgi sağlar.

İstek: Hemşire yazılı intihar notlarını, depresyonunu kötüleştiği zamanlar yada duygudurumdaki ani değişiklikler, intihar metodlarını görüşme intihar düşüncesiyle ilişkili olan düşüncelerdir. Hemşire tüm bu belirtilerin varlığını değerlendirmelidir.

*** Hemşire tüm risk faktörlerini dikkate almalı ve hastayı bu açıdan değerlendirmelidir.

EVRE II : HASTANIN GEÇMİŞ ÖYKÜSÜNÜ DEĞERLENDİRME

Geçmişte intihar girişimi hasta için risk oluşturur, hasta bu açıdan değerlendirilmelidir. Geçmişte intihar girişimi, ruhsal hastalık, fiziksel hastalık, madde kötüye kullanımı, izolasyon ve sosyal destek, umutsuzluk, aile öyküsü, stresli yaşam olayları gibi başlıkların tümü dikkate alınır.

Hemşire hasta ve ailesi ile görüşmeler yaparak bu bilgilere ulaşır ve kayıt tutar.

EVRE III : MÜDAHALE/GİRİŞİM

Hemşire ilk değerlendirme ve geçmiş öyküyü aldıktan sonra risk durumunu diğer ekip üyeleriyle paylaşır. Ekip birlikte çeşitli müdahalelerde bulunur.

- Bir tedavi planının oluşturulması
- Ortamın düzenlenmesi ve yakın gözlem yapılması
- Birebir gözlem yapılması(Hemşire hasta arası mesafe en fazla 4-6 m)
- Uyanma ve uyku saatlerinde hastayla yakın gözle(15 dk bir)

EVRE IV : HASTA STABİL OLDUĞU ZAMAN

Hasta intihar düşüncesinin tehlikeli olduğunu kabul ettiği zaman intihar düşüncesinin nedenlerini araştırmaya yardımcı olacak hemşireye ihtiyaç duyacaktır. Bu durumda hasta grup yada bireysel danışmanlık alabilir. Sosyal hizmetlerden yardım sağlanabilir(iş bulma, mali destek).

EVRE V : DÖKÜMANTASYON

- Risk oluşturabilecek ifadeler, davranışlar ve koşullar
- İlk ve sürekli değerlendirme sonuçları
- Girişimler ve hastanın uygulamaya tepkileri
- Hastanın iletişimi(aile, hemşire...)

(Robie D., (1999). Suicide Prevention Protocol, American Journal of Nursing, December, Volume 99, Issue 12)

İNTİHAR RİSK DEĞERLENDİRME REHBERİ

Konu	Yüksek Risk	Orta risk	Düşük Risk
Ruhsal Durum * Deprese * Psikotik * Umutsuzluk * Çaresizlik * Utanç, öfke * Ajitasyon * Dürtüsellik	<u>Örn. Şiddetli depresyon</u> * Ölüm emreden varsanı ve sanrı * Umutsuzluk, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile meşgul olmak * Şiddetli öfke ve düşmanlık	<u>Örn. Orta şiddetli depresyon</u> * Bazen üzüntülü * Bazı psikotik belirtiler * Bazen umutsuzluk hissetme * Orta derecede öfke ve düşmanlık	<u>Örn. Depresyon yok veya hafif şiddetli depresyon</u> * Bazen sıkıntılı * Psikotik belirtiler yok * Geleceğe dair umutsuzluk * Yok/hafif derecede öfke ve düşmanlık
İntihar Girişimi veya İntihar Düşünceleri * Önceki intihar girişimleri * Amaçlılık	<u>Örn. Sürekli, özel düşünceler</u> * Açık amaç kanıtları * Yüksek ölümcül girişimler	<u>Örn. Sürekli düşünceler</u> * Birden fazla ölümcül riski düşük girişim * Tekrarlı tehditler	<u>Örn. Belirsiz düşünceler veya düşünce yok</u> * Düşük ölümcül riskli 1 intihar girişimi yada girişim yok
Madde Kullanımı * Alkol veya diğer maddelerin kötüye kullanımı	* Mevcut maddenin intoksikasyonu, kötüye kullanımı, bağımlılık	* Mevcut maddenin intoksikasyonu, kötüye kullanımı, bağımlılık riski	* Maddenin nadir kullanımı veya kullanım yok
Destekleyen Hikaye * Aile * Bakıcılar * Tıbbi kayıtlar * Diğer hizmet vericiler	* Herhangi bir bilgiye ulaşma problemli	* Bazı bilgilere ulaşılabilir	* Mevcut bilgilerin tümüne ulaşılabilir

Güçlükler ve Destekler (Başa çıkma ve ilgililik) * Belirli ilişkilerin varlığı * Desteklerin hazır bulunuşu * Destekleyen kişilerin isteği/kapasitesi * Kişinin ve diğerlerinin güvenliği	Örn. Yardımı reddediyor * Destekleyici ilişki eksikliği * Düşmanca ilişkiler	Örn. Hasta ilişkide <u>kararsız</u> * Birkaç ilişkisi mevcut	Örn. Hasta yardımı <u>onaylıyor</u> * Terapötik ilişki * İlişki ve desteklere son derece bağlı ve iyi * Sürekli istekli ve yardımcı
Yansıtıcı Uygulama * Sözleşmenin kalitesi ve düzeyi * Risk derecesinin değişebilirliği * Güveni değerlendirme	* Düşük anlaşma * Yakınlık yok * Yüksek değişebilir risk * Güven azlığı	x	* Düşük değişebilir risk * Güven mevcut * Yüksek anlaşma
Risk (beklenen) yoksa : Ardından kişi için kapsamlı risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Kişinin suicidal düşünceler yada geçmişte bir girişimi yoksa güçlü sosyal desteğe sahiptir.			

Bu kişinin risk derecesi değişebilir mi?

Yüksek oranda değişebilir.

Evet

Hayır

Bu risk değerlendirmesinin belirsizliğini gösteren faktörler var mı? (Çelişkili bilgiler gibi)

Değerlendirmenin güvenilirliği düşüktür.

Evet

Hayır

(NSW Department of Health (2010). Suicide Risk Assessment and Management Protocols, Sydney)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1Araştırmanın Şekli: Çalışma, fiziksel hastalık nedeniyle kliniklerde yatan hastaların intihar riski ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde kesitsel özellikli bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri: Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi genel kliniklerde yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün de bulunduğu kampus yerleşkesi içerisinde 88047m²lik alanda yer almakta olup, 7 blok ve 14 kattan oluşmaktadır. Yatak kapasitesi 1051 olan hastanede başta Sivas olmak üzere diğer komşu illerden gelen hastalara hizmet verilmektedir. Hastanede 290 hemşire hizmet vermekte ve hemşireler vardiya usulü çalışmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatan yetişkin hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemine ise, 1 Kasım 2010 ile 1 Mayıs 2011 tarihleri arasında aşağıda belirtilen kriterleri karşılayan; yoğun bakım, psikiyatri ve pediatri ve dermatoloji klinikleri dışında kalan cerrahi, dahiliye, nöroloji, nöroşirürji, ortopedi, hematoloji-onkoloji, kadın hastalıkları, göğüs hastalıkları, göz ve kulak burun boğaz ve kardiyoloji kliniklerinde yatan bireyler oluşturmuştur.

Örneklem seçimi ise;
$$\frac{N.P.Q.t^2}{(N-1).d^2 + P.Q.t^2}$$
 formülü kullanılarak birey sayısı

hesaplanmıştır. $\alpha = 0,05$, $d = \pm 0,06$ ile $N = 9764$ kişiden örnekleme 186 bireyin alınmasına karar verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Konuşma, anlama ve iletişim kurma sorununun olmaması,
- Klinikte en az üç gündür yatıyor olması.
- Fiziksel hastalık tanısının olması

3.4.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.4.1.Verİ Toplama Araçları

Araştırmanın verileri bireylere yönelik “Kişisel Bilgi Formu”, “İntihar Olasılığı Ölçeği” ve “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği” ile toplanmıştır.

3.4.1.a.Kişisel Bilgi Formu:

Bu form; iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumu gibi kişisel bilgileri; ikinci bölüm ise bireyin fiziksel hastalığının süresi, tanısı, hastalığını bilip bilmediği, fonksiyon kaybı ve ağrısının olup olmadığı gibi hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri içeren toplam yirmi dört sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.b.İntihar Olasılığı Ölçeği:

İntihar olasılığını ölçmek amacıyla John G. Cull ve Wayne S. Gill (1990) tarafından geliştirilen “İntihar Olasılığı Ölçeği” (Suicide Probability Scale-SPS) kendini değerlendirme (self-report) türünde 36 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Amacı ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskinin değerlendirmesidir.

Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon, güvenirlik ve geçerlik çalışması ilk kez Tuğcu tarafından 1996 yılında, daha sonra ise 2007 yılında klinik örnekleme geçerlik güvenirlik çalışmasını Atlı yapmıştır. Güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı “toplam puan için” .87, test tekrar test güvenirliği .98, benzer ölçekler geçerliği .84 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.84 bulundu.

Ayrıca ölçeğin yapı geçerliği ile ilgili yapılan çalışmada “Normal” ve “Hasta” grupların İntihar Olasılığı Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları “t” testi karşılaştırılmıştır. Hasta gruba ilişkin toplam puan ortalamasının normal gruba göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin orijinal formunda değerlendirme için alt kriterler oluşturulmuş olup ölçekten alınan puanlar 4 kategoriye ayrılmıştır: 0-24 arası puanlar normal grup, 25-49 arası puanlar hafif risk, 50-74 arası puanlar orta risk, 75-100 arası puanlar ise yüksek risk olarak ele alınmıştır (Atlı, 2007).

3.4.1.c.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD- Hospital Anxiety and Depression Scale):

HAD, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler.

Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir (Aydemir, 1997).

3.4.2. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 2010-03/02, Karar Tarihi: 28.12.2010).

3.4.3. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri ilgili makamdan onay alındıktan sonra toplanmıştır. İlk olarak servislere gidilerek servis sorumlu hemşiresi ile görüşülüp çalışmanın amacı anlatılmıştır. Sonrasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

3.4.4.Verilerin Değerlendirilmesi:

Çalışmanın verileri SPSS 14 programına yüklenmiştir ve verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki grup karşılaştırılırken parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde Man Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılırken

parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde Varyans analizi ve Tukey testi, parametrik test varsayımları yerine getirilemediğinde Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, $\pm$ standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanlışma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo1. Hastaların tanıtıcı özelliklere göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	98	52,7
Kadın	88	47,3
Yaş (X ± SD: 46,02±15,34)		
18-30	36	19,4
31-45	41	22,0
46-61	78	41,9
62-76	31	16,7
Eğitim durumu		
Okur yazar	24	12,9
Okur yazar değil	13	7,0
İlkokul mezunu	60	32,3
Ortaokul mezunu	27	14,5
Lise mezunu	51	27,4
Yüksekokul ve üzeri	11	5,9
Medeni durum		
Evli	152	81,7
Bekar	29	15,6
Boşanmış	5	2,7
Çocuk sayısı		
0	31	16,7
1-3 çocuk	92	49,5
4 çocuk ve üzeri	63	33,8
Aile tipi		
Çekirdek aile	126	67,7
Geniş aile	57	30,7
Parçalanmış aile	3	1,6

Tablo 1' in devamı		
Meslek		
Memur	15	8,1
Serbest meslek	19	10,1
İşçi	37	19,9
Çiftçi	4	2,2
Emekli	50	26,9
Çalışmıyor	51	27,4
Ev hanımı	10	5,4
Ekonomik durum		
Gelir giderden fazla	27	14,5
Gelir gidere eşit	133	71,5
Gelir giderden az	26	14,0
Sigara kullanımı		
Var	35	18,8
Yok	151	81,2
Alkol kullanımı		
Var	6	3,2
Yok	180	96,8
Kayıp yaşama durumu		
Var	15	8,1
Yok	171	91,9
Aile Desteği		
Var	109	58,6
Yok	77	41,4
Etkileyen yaşam olayı		
Var	27	14,5
Yok	159	85,5

Tablo 1' de hastaların tanıtıcı özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya 98'i erkek (% 52,7), 88'i kadın (% 47,3) olmak üzere toplam 186 birey katılmıştır. Çalışmaya katılanların % 41,9' u 46-61 yaş aralığında, % 32,3' ü ilkokul mezunu, % 81,7' si evli ve % 33,8' i 4 ve daha fazla çocuğa sahiptir. Ayrıca katılanların % 67,7' si çekirdek ailede yaşamakta, % 27,4' ü hiçbir yerde çalışmamaktadır ve katılanların % 26,9' u emekli olup, % 71,5' i gelir durumunun gidere eşit olduğunu bildirmiştir.

Çalışmaya katılanların % 18,8'i sigara, % 3,2' si ise alkol kullanmaktadır. Çalışmaya katılanlardan % 8,1' i son 6 ay içerisinde kayıp yaşadıklarını, % 14,5' i ise hayatları boyunca kendilerini etkileyen bir yaşam olayıyla karşılaştıklarını bildirmiştir. Ayrıca % 58,6' sı aile desteğinin olduğunu bildirmiştir.

Tablo 2. Hastaların yattıkları klinik ve bazı hastalık özelliklerine göre dağılımı

Hastalık özellikleri	sayı	%
Klinik		
Genel cer	15	8,1
Ortopedi	14	7,5
Kadın doğum	19	10,2
Nöroloji	11	5,9
Kardiyoloji	22	11,9
Dahiliye	20	10,8
KBB	12	6,5
Göz	10	5,4
Göğüs	26	14,0
Nrş	11	5,9
Onkoloji	26	14,0
Hastalığı bilme durumu		
Biliyor	152	81,7
Bilmiyor	34	18,3
Hastalığın süresi		
0-6 ay	111	59,7
6 ay-1 yıl	34	18,3
1-3 yıl	29	15,5
3 yıl ve üzeri	12	6,5
Yatış şekli		
Acilden	28	15,1
Poliklinikten	158	84,9
Hastalığın tedavisi hakkındaki düşünceleri		
Tedavi edilemeyen bir hastalık	19	10,2
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	134	72,0
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	33	17,8

Tablo 2' nin devamı		
Ağrı		
Var	58	31,2
Yok	128	68,8
Fonksiyon kaybı		
Var	29	15,6
Yok	157	84,4

Tablo 2' de hastaların yattıkları klinik ve bazı hastalık özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların % 8,1' i (n=15) genel cerrahi, %7,5' i (n=14) dahiliye, % 11,9' u (n=22) kardiyoloji, % 14'ü (n=26) onkoloji, % 5,9' u (n=11) nöroloji, %5,9' u (n=11) nöroşirürji, % 6,5' i (n=12) KBB, %5,4' ü (n=10) göz, % 14' ü (n=26) göğüs hastalıkları, % 10,2' si (n=19) kadın hastalıkları ve % 7,5' i (n=14) ortopedi kliniğinde tedavi almıştır.

Çalışmaya katılanların % 81,7' si hastalığının tanısını bildiğini, % 59,7' si hastalığının son 6 aydır devam ettiğini ve % 84,9' unun yatışının poliklinikten yapıldığı belirlenmiştir.

Hastalıklarını, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak düşünenlerin oranı % 72 olarak bulunurken, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak düşünenlerin oranı % 10,2 dir. Ayrıca çalışmaya katılanların % 31,2' sinde ağrı, % 15,6' sinda ise fonksiyon kaybı mevcuttur.

Tablo 3. Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kesme puanları ve puan ortalamalarının dağılımı

HADÖ	Sayı	%	Min(min*)	Max(max**)	X±SD
HAD-A					
0-7	56	30,1	2 (0)	21 (21)	10,03 ± 4,09
8 ve ↑	130	69,9			
HAD-D					
0-10	113	60,8	0 (0)	19 (21)	9,65 ± 3,15
11 ve ↑	73	39,2			

*Ölçekten alınabilecek minimum puan

**Ölçekten alınabilecek maximum puan

Tablo 3' de hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kesme puanları ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların %69,9'u (n=130) anksiyete açısından 8 ve üzeri puan almıştır ve anksiyete açısından hastaların puan ortalaması 10,03 ± 4,09 dur. Hastaların %39,2'si (n=73) depresyon açısından 11 ve üzeri puan almıştır ve depresyon açısından puan ortalaması 9,65 ± 3,15 dir.

Tablo 4. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

İOÖ	Sayı	Min(min*)	Max(max**)	X±SD
İntihar Olasılığı	186	40 (36)	105 (144)	64,21±12,00

*Ölçekten alınabilecek minimum puan

**Ölçekten alınabilecek maximum puan

Tablo 4' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi intihar olasılığı ölçeği uygulanan 186 kişinin puanlarının ortalamaları 64,21±12,00 bulunmuştur.

Tablo 5. Hastaların intihar riski taşıma durumlarının dağılımı

İntihar riski	Sayı	%
Hafif risk	7	3,8
Orta derecede risk	149	80,1
Yüksek risk	30	16,1

Tablo 5' de hastaların intihar riski taşıma durumlarının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların %80,1' i intihar açısından orta derecede, %16,1' i ise yüksek derecede riskli olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
Cinsiyet		
Erkek (n=98)	65,44 ± 12,26	t = 1,484
Kadın (n=88)	62,84 ± 11,62	p =0,139

Tablo 6' da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi cinsiyete göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının yaşa göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
Yaş		
18-30 (n=36)	67,36 ± 15,34	F = 2,889 p = 0,037
31-45 (n=41)	67,07 ± 12,98	
46-61 (n=78)	62,44 ± 9,67	
62-76 (n=31)	61,22 ± 10,40	

Tablo 7' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının yaşa göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi yaş gruplarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yaş gruplarına göre puanlar ikişerli karşılaştırıldığında 18-30 ile 46-61, 18-30 ile 62-76, 31-45 ile 46-61, 31-45 ile 62-76 yaş grupları arasındaki fark önemli bulunurken diğerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 8. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
Eğitim durumu		
Okur yazar (n=24)	65,00 ± 13,04	Kw = 16,15 p = 0,006
Okur yazar değil (n=13)	57,76 ± 10,27	
İlkokul mezunu (n=60)	64,20 ± 10,34	
Ortaokul mezunu (n=27)	64,18 ± 11,15	
Lise mezunu (n=51)	67,43 ± 13,56	
Yüksekokul ve üzeri (n=11)	55,36 ± 8,83	

Tablo 8' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi eğitim durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumlarına göre puanlar ikişerli karşılaştırıldığında okur yazar olanlar ile yüksekokul, okur yazar olmayan ile lise, ilkokul mezunu ile yüksekokul, ortaokul mezunu ile yüksekokul, lise mezunu ile yüksekokul arasındaki fark önemli bulunurken diğerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur.

Tablo 9. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının medeni duruma göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Medeni durum		
Evli (n=152)	63,41 $\pm$ 10,96	Kw = 0,94 p = 0,625
Bekar (n=29)	67,79 $\pm$ 15,72	
Boşanmış (n=5)	67,80 $\pm$ 16,02	

Tablo 9' da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının medeni duruma göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi medeni durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Çocuk sayısı		
0 (n=31)	68,45 $\pm$ 15,99	Kw = 1,88 p = 0,390
1-3 çocuk (n=92)	64,04 $\pm$ 11,25	
4 çocuk ve üzeri (n=63)	62,38 $\pm$ 10,38	

Tablo 10' da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çocuk sayısına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının aile tipine göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Aile tipi		
Çekirdek aile (n=126)	64,43 $\pm$ 12,34	Kw = 0,89 p = 0,638
Geniş aile (n=57)	63,26 $\pm$ 10,83	
Parçalanmış aile (n=3)	73,00 $\pm$ 19,31	

Tablo 11' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının aile tipine göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi aile tipine göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının meslek gruplarına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Meslek		
Memur(n=15)	60,40 $\pm$ 9,17	Kw = 8,32 p = 0,215
Serbest meslek(n=19)	66,78 $\pm$ 13,97	
İşçi (n=37)	64,62 $\pm$ 9,66	
Çiftçi (n=4)	60,00 $\pm$ 8,04	
Emekli (n=50)	63,34 $\pm$ 8,66	
Çalışmıyor (n=51)	66,74 $\pm$ 15,62	
Ev hanımı (n=10)	56,70 $\pm$ 11,40	

Tablo 12' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının meslek gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastaların meslek gruplarına göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının ekonomik duruma göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Ekonomik durum		
Gelir giderden fazla (n=27)	58,77 $\pm$ 10,09	Kw = 9,36 p = 0,009
Gelir gidere eşit (n=123)	64,48 $\pm$ 11,75	
Gelir giderden az (n=26)	68,50 $\pm$ 13,39	

Tablo 13' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının ekonomik duruma göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi ekonomik durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ekonomik durumlara göre grupların puanları ikişerli karşılaştırıldığında gelir giderden az ile gelir giderden fazla, gelir gidere eşit ile gelir giderden fazla diyen gruplar arasındaki farklılık önemli bulunurken diğerleri arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur.

Tablo 14. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının sigara kullanımına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Sigara kullanımı		
Var (n=35)	69,85 $\pm$ 14,12	t = 3,16 p = 0,002
Yok (n=151)	62,90 $\pm$ 11,10	

Tablo 14' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının sigara kullanımına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi sigara kullanımı durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($p<0,05$). Sigara kullanan grubun intihar olasılığı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının alkol kullanımına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Alkol kullanımı		
Var (n=6)	66,50 $\pm$ 16,64	Z= 0,069
Yok (n=180)	64,13 $\pm$ 11,87	p = 0,945

Tablo 15' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının alkol kullanımına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi alkol kullanımı durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 16. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının kayıp yaşama durumlarına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Kayıp yaşama durumları		
Var (n=15)	64,56 $\pm$ 11,73	Z = 2,077
Yok (n=171)	60,26 $\pm$ 14,64	p = 0,038

Tablo 16' da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının kayıp yaşama durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi kayıp yaşama durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kayıp yaşayan grubun intihar olasılığı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının aile desteği durumuna göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Aile desteği		
Var (n=109)	62,79 $\pm$ 12,26	t = 1,92
Yok (n=77)	66,22 $\pm$ 11,40	p = 0,055

Tablo 17' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının aile desteği durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi aile desteğini hissetmeyen hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalaması aile desteğini hissedenlerden daha yüksektir. Ancak istatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 18. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının bireylerin hayatlarını etkileyen yaşam olayı durumuna göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Etkileyen yaşam olayı		
Var (n= 27)	63,70 $\pm$ 13,93	t = 0,23
Yok (n=159)	64,30 $\pm$ 11,69	p = 0,812

Tablo 18' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının bireylerin hayatlarını etkileyen yaşam olayı durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hayatları boyunca bireyleri etkileyen yaşam olayının varlığına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 19. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının kliniklere göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Klinik		
Genel cer (n=15)	58,40 $\pm$ 10,38	Kw = 22,68 p = 0,012
Ortopedi (n=14)	63,57 $\pm$ 8,27	
Kadın doğum(n=19)	67,10 $\pm$ 9,10	
Nöroloji (n=11)	66,81 $\pm$ 16,47	
Kardiyoloji (n=22)	63,04 $\pm$ 6,47	
Dahiliye (n=20)	62,50 $\pm$ 9,45	
KBB (n=12)	64,00 $\pm$ 9,29	
Göz (n=10)	59,00 $\pm$ 8,24	
Göğüs (n=26)	59,61 $\pm$ 10,00	
Nöroşirürji (n=11)	62,36 $\pm$ 12,83	
Onkoloji (n=26)	74,50 $\pm$ 17,09	

Tablo 19' da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının kliniklere göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi yattıkları kliniklere göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kliniklere ait puanlar ikişerli karşılaştırıldığında genel cerrahi-onkoloji, kardiyoloji-onkoloji, dahiliye-onkoloji, göz-onkoloji, göğüs-onkoloji arasındaki fark önemli bulunurken diğerleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 20. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastalıklarını bilme durumlarına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Hastalığı bilme durumları		
Biliyor (n=152)	63,92± 12,02	t = 0,69
Bilmiyor (n=34)	65,50±11,98	p = 0,491

Tablo 20' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastalıklarını bilme durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastalıklarını bilme durumuna göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastalık süresine göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Hastalık süresi		
0-6 ay (n=111)	62,98± 10,79	Kw = 4,94 P = 0,176
6 ay-1 yıl (n=34)	64,0±5 13,36	
1-3 yıl (n=29)	68,37± 12,71	
3 yıl ve üzeri(n=12)	66,00± 15,68	

Tablo 21' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastalık süresi durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastalıklarının süresine göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastaneye yatış şekline göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
Yatış şekli		
Acilden (n=28)	61,89 ± 11,85	t = 1,11
Poliklinikten(n=158)	64,62 ± 12,01	p= 0,268

Tablo 22' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastaneye yatış şekli durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastaneye yatış şekillerine göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastalık hakkındaki düşüncelerine göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
Hastalık hakkında düşünceler		
Tedavi edilemeyen bir hastalık (n=19)	70,47± 18,85	Kw = 0,924 p = 0,630
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık (n=134)	63,78± 11,04	
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık (n=33)	62,36± 9,91	

Tablo 23' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının hastalık hakkındaki düşüncelerine göre dağılımı verilmiştir. Hastalığın tedavi edilmeyen bir hastalık olarak görenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalaması 70,47 ± 18,85, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak görenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalaması 63,78 ± 11,04, kolay tedavi edilebilen bir hastalık olarak görenlerin İntihar Olasılığı Ölçeği puan

ortalaması $62,36 \pm 9,91$ olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının ağrı varlığına göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Ağrı		
Var (n=58)	65,82± 12,90	t = 1,235
Yok (n=128)	63,48± 11,54	p = 0,218

Tablo 24' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının ağrı varlığına göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi ağrı durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının fonksiyon kaybı durumuna göre dağılımı

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği $X \pm SD$	Test/p
Fonksiyon kaybı		
Var (n=58)	66,24± 13,77	t = 0,989
Yok (n=128)	63,84 ±11,65	p= 0,324

Tablo 25' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının fonksiyon kaybı durumuna göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi fonksiyon kaybı durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının Hastane Anksiyete ve Hastane Depresyon alt ölçekleri ile karşılaştırılması

	İntihar olasılığı ölçeği	
	X ± SD	Test/p
HAD-A		
0-7	60,30 ± 8,31	Z = -2,681
8 ve ↑	65,90 ± 12,94	p = 0,007
HAD-D		
0-10	62,61 ± 10,95	Z = -2,039
11 ve ↑	66,69 ± 13,16	p = 0,041

Tablo 26' da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının HAD-A ve HAD-D ile karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği ile HAD-A puanlarının karşılaştırılmasında 0-7 puan alan grup ile 8 ve üzeri olan grup arasında, İntihar Olasılığı Ölçeği ile HAD-D puanlarının karşılaştırılmasında ise 0-10 puan ve 11 ve üzeri alan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 27. Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği risk gruplarına göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği puan ortalamasının dağılımı

HAD	İntihar olasılığı ölçeği			
	Hafif Risk X ± SD	Orta Risk X ± SD	Yüksek Risk X ± SD	Test/p
HAD-A	9,14 ± 3,13	9,87 ± 4,23	11,00 ± 3,47	F = 1,109 p = 0,332
HAD-D	8,42 ± 3,69	9,45 ± 3,18	10,90 ± 2,56	F = 3,238 p = 0,041
HADÖ toplam	17,57 ± 5,99	19,33 ± 4,28	21,90 ± 3,97	F = 5,302 p = 0,006

Tablo 27' de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği risk gruplarına göre Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği puan ortalamasının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği toplam puanları ve depresyon alt ölçeği puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$) , hastane anksiyete alt ölçeğine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 28. Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği toplam ve Hastane Anksiyete, Hastane Depresyon alt ölçek puanları ile İntihar Olasılığı Ölçeği puanları arasındaki ilişki

	İntihar olasılığı ölçeği	
	r	P
HAD-A	0,206	0,005
HAD-D	0,160	0,029
HADÖ	0,306	0,0001

Tablo 28' de İntihar Olasılığı Ölçeği puanı ile Hastane Anksiyete-Depresyon ölçeği toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi İntihar Olasılığı Ölçeği puanı ile Hastane Anksiyete-Depresyon Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, fiziksel hastalık nedeni ile genel kliniklerde yatan bireylerin oluşturduğu örnekleme intihar riski değerlendirilmiştir. İntihar kasıtlı olarak kendini öldürme eylemidir (WHO, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl, yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2012). Özellikle fiziksel hastalığı olan bireyler intihar riski açısından bir potansiyel taşımaktadır. Türkiye'de intiharların % 46,6'sının nedeni bilinmemekte, intihar nedenleri kendi içinde incelendiğinde ise en önemli intihar nedeni %19,4 ile hastalık olarak görülmektedir (TÜİK, 2011).

Bu çalışmada % 52,7'si erkek, % 47,3'ü kadın olmak üzere toplam 186 hasta intihar riski açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların %80,1'i intihar açısından orta derecede, %16,1'i ise yüksek derecede riskli olarak belirlenmiştir. İntihar olasılığı ölçeği uygulanan 186 kişinin puanlarının ortalamaları ise $64,21 \pm 12,00$ bulunmuştur. Qin ve arkadaşlarının (2013) hastaların fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatış sonrası intihar oranlarını belirledikleri çalışmada, hiç hastanede yatmayan gruba göre organ ve sistem hastalıkları nedeni ile hastanede yatmış grubun intihar riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir ve çalışmaya katılan grubun intihar yaygınlığı % 24,4' olarak belirlenmiştir. Ekici ve arkadaşlarının (2001) tamamlanmış intihar olgularında fiziksel hastalıkların varlığı ve yetersiz dozda ilaç tedavisinin intihar riski ile ilişkili olup olmadığını araştırdıkları bir çalışmada ise intihar eden grubun %25,5'inin fiziksel bir hastalığı bulunduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Amerika' da tıbbi hastalık ile intihar eğiliminin incelendiği bir araştırmaya 17-39 yaş arası 7589 birey katılmıştır ve tıbbi hastalığa sahip olan bireylerin %25,2'si ve 2 ya da daha fazla tıbbi hastalığı olanların %35'i hayatları boyunca intihar niyeti taşıdıklarını bildirmişlerdir (Druss ve Pincus, 2000). Terminal kanser hastalarıyla yapılan bir araştırmada ise hastaların yaklaşık yarısının (%45) geçici intihar düşünceleri olduğu, sadece %9'unun uzun süren ölüm ve intihar düşünceleri olduğu saptanmıştır (Walker, 2008). Fiziksel hastalıklar kişide, narsistik bütünlüğünü tehdit altında hissetme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği, işlevlerini veya işlevleri üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, ayrılık, bağımsızlığını kaybedeceği veya ölüm korkusu gibi zorlanmalara neden olur. Eski çatışma ve çözülmemiş sorunlar yüzeye çıkar (Özkan, 1993). Hastalık bireyin, çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini, kendi içindeki denge durumunu

bozar (Öz, 2004; Tümer, 2003). Bu nedenle fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve suicidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır (Storm ve ark., 1992).

Bireylerin “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden” aldıkları puanlar incelendiğinde ; anksiyete puan ortalaması $10,03 \pm 4,09$, depresyon puan ortalaması ise $9,65 \pm 3,15$ olarak bulundu. Bu sonuçlar, Bahar ve arkadaşlarının (2006) Diabetes Mellituslu hastalarla yaptığı çalışma ile örtüşmektedir. Hastalık, anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemektedir. Hastalıklar kriz yaratabilen bir durum olarak düşünüldüğünde, hastaların kaygısının artması ve duygu durumlarının değişmesi kaçınılmazdır. Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir. Bu yeni rol bedensel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır (Blumenfield ve Tiamson, 2003). Hastalık ister basit, isterse yaşamı tehdit edici nitelikte olsun bireyde, birçok etkinliklerinde, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tamamen kaybedeceği korkusu, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneyeceği korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilermeler olabilmektedir. Bu etkilene sonucunda hastalara ve hastaya göre değişmekle beraber, anksiyete, depresyon, regresyon, kızgınlık, yas tepkisi ve yadsıma gibi duygusal tepkiler görülmektedir. Bu tepkiler arasında en sık ve en yaygın olarak görüleni ise anksiyete ve depresyondur (Özkan, 1998). Kömürcüoğlu ve arkadaşları (2000) kronik obstruktif akciğer hastalığı olan erkek hastalarda depresyon yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında, depresyon yaygınlığını %29,6 oranında bulmuşlardır. Depresif bozukluğu olan bireylerin % 11-17 ' si eninde sonunda intihar etmektedir. Bu açıdan anksiyete ve depresyonu olan hastalar intihar açısından iyi değerlendirilmesi gereken bir gruptur ki, Kızıl ve arkadaşları (2007) majör depresyon tanısı alan bireylerle yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan 130 kişinin 51'inde (%39.2) ölme isteği olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda cinsiyete göre intihar olasılığı ölçeği puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Kadınların intihar girişiminde bulunurken gerçekten yaşamlarına son verme güdülerinin erkeklerdeki kadar güçlü olmayışı ve buna karşılık kendilerinin bu yolla ifade etme, yardım çağrısında bulunma dikkat çekme güdülerinin daha güçlü olması ile ilişkili olabileceği

düşünülebilir (Hawton, 2000). Çalışmamızda cinsiyetler arasında fark çıkmamasının sebebi ise evli olan grubun yoğunlukta olması ve evliliğin intihara karşı koruyucu nitelik taşımasından kaynaklanıyor olabilir. İntihar Düşünceleri Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda da cinsiyet değişkenine ilişkin farklı bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla intihar düşüncelerine sahip oldukları belirtilirken (Uçar 1999, He ve Lester 2001), bazı çalışmalarda cinsiyetler arası bir farklılığın bulunmadığı bildirilmektedir (Eskin 1996, Kjoller ve Helweg-Larsen 2000).

Çalışmada yaş gruplarına göre intihar olasılığı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde grupların puan ortalamaları 18-30 (n=36) yaş grubunda $67,36 \pm 15,34$, 31-45 (n=41) yaş grubunda $67,07 \pm 12,98$, 46-61 (n=78) yaş grubunda $62,44 \pm 9,67$, 62-76 (n=31) yaş grubunda ise $61,22 \pm 10,40$ dır. Yapılan ileri analizde de gruplar arasındaki farkın 18-30 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da genç yetişkin grupta intihar girişiminin yaygın olduğu görülmektedir (Sayıl ve ark., 2000; Sayıl ve Özgüven, 2002). Erikson'a göre genç yetişkinlik çağında artık birey kendi kimliğini bir başkasının ya da başkalarının kimliği ile birleştirebilmeye hazırlar. Bu evre yakın ilişkiler kurma evresidir. Bu evrede kişi yakın ilişkiler kurmaktan kaçınabilir ya da başaramayabilir. Bu da derin bir yalnızlık duygusu ve kendi kendine kalmaya neden olabilir. Yakın ilişkiler kurmaya çalışırken önemli kişilik sorunları gelişebilir (Öztürk, 2004). Bu durumda intihar açısından bir risk oluşmasına neden olabilir. Diğer taraftan Amerika'da kanser tanısı alan 18.604.308 kişi ile yapılan bir çalışmada ise intiharın en fazla 80-84 yaş grubu erkeklerde görüldüğü (%22) belirlenmiştir (Misono, 2008). Çalışmalarda farklı sonuçların görülmesinin nedeni çalışılan grupların özellikleri, kullanılan ölçüm araçlarındaki farklılıklar ve kültürel özelliklerdeki değişiklikler olabilir.

Welch, 2001 yılında yaptığı çalışmada bekar ya da boşanmış olmanın intihar girişimi için bir risk etkeni olduğunu ve intihar girişimlerinin bekar ya da boşanmış kişilerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir. ABD'de evli kişiler arasında intihar girişimi 100.000'de 11 iken, bekarlarda bu oran 100.000'de 22, boşanmış olanlarda 100.000'de 40 olarak saptanmış ve boşanmış erkeklerdeki intihar girişimi oranı boşanmış kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Soylu, 2001). Evli erkeklerde intihar girişimi görülme sıklığı bekar, dul ve boşanmış erkeklere göre daha azdır. Buna karşılık kadınlar için bu durumun tersi söz konusudur. Buda evliliğin kadınlar için daha büyük bir yük oluşturmasıyla açıklanmıştır (Bebbington, 1999). Bizim çalışmamızda medeni duruma

göre intihar olasılığı ölçeği puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Bu durum fiziksel hastalığı olan bireylerin intihar riski taşıma durumlarının medeni duruma göre değişmediğini göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmada hastaların eğitim durumlarına göre intihar olasılığı ölçeği puanlarının dağılımı incelendiğinde lise mezunlarının daha fazla intihar riskine sahip oldukları belirlenmiştir. Bulotiene ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında anksiyete ve depresyonun en çok fakülte mezunu bayan hastalarda görüldüğü, eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği belirtilmiştir. Kayahan ve Sertbaş'ın (2007) dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle basa çıkma tarzlarını değerlendirdikleri çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin düştüğü belirlenmiştir. Yazıcı ve arkadaşlarının (2003) bel ve boyun ağrısı olan hastalarda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında depresyon düzeyi üzerinde eğitimin etkili faktör olduğu bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon arttıkça doğal olarak intihar riski de artmaktadır.

Çalışmamızda gelir durumu düşük olan grubun intihar riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Şenol ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada da geçim zorluğu (%7.5) ilk üç sırada yer alan intihar girişim nedenlerini oluşturmuştur. Aynı şekilde ülkemiz genelinde de intihar nedenleri içinde ilk üç sırada geçim zorluğu bulunmaktadır (TÜİK, 2011). 1950'li yıllardan beri süregelen pazar ekonomisine geçiş çabaları, artarak devam eden göçler beraberinde hızlı bir toplumsal değişim getirmiş, aile bağlarının zayıflamasına, bireye yapılan sosyal desteğin azalmasına, aile içi geçimsizliklerin artmasına, işsizliğe ve geçici işlerde çalışma zorunluluğuna neden olmuş, farklı gelir grupları arasındaki toplumsal ve ekonomik mesafenin artmasını hazırlamıştır. Bütün bunların sonucunda bireylerin toplumsal ve ekonomik koşulları ile ilgili memnuniyetsizliğinin artması intihar girişimlerinin artışında temel nedenleri oluşturmuştur (Altındağ ve ark, 2001).

Alkol ve madde kullanımının değişik yaş gruplarında intihar riskini arttırdığı gösterilmiştir. Bir çalışmada, epidemiyolojik çalışmaların sigara ile intihar arasında, sigara ile koroner kalp hastalığı arasındaki ilişkiye benzer bir ilişki bildirdiği, ileriye dönük çalışmalar ile de sigara içme ve intihar riskinde doz bağımlı bir artış bildirdiği ve gelir, ırk, miyokard enfarktüsü, diyabet, alkol gibi potansiyel katkıda bulunan etkenler için düzeltme yapıldıktan sonra da sigara içicilerinde intihar oranının yüksek olarak

kaldığı ileri sürülmüştür (Malone ve ark, 2003). Bizim çalışmamızda sigara kullanan bireylerde intihar olasılığı görülme riski daha yüksek bulunmuştur.

İntihar girişiminde yaşamsal olaylar ve travmaların tetikleyici rol oynadığı, intiharın stresli yaşam olaylarına karşı verilen tepki olarak ortaya çıktığı, bu nedenle bireyin yardım çağrısı yanında çaresizlik ve umutsuzluğunun da bir göstergesi olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Tel ve Uzun, 2003). Bu yaşam olayları sıklıkla eş ile ilişkili sorunlar, işsizlik, düşük sosyo-ekonomik düzey gibi psikososyal stres etkenleridir (Mc Clure, 2000). Bizim çalışmamızda da bireylerin %8.1'i yaşamları boyunca bir stres etkeni yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda kayıp yaşayan bireylerde intihar riski daha fazla bulunmuştur.

Adaylar'ın (1995) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan hastaların psikososyal uyumu akut hastalığı olanlara göre daha kötüdür ve hastaneye yatış sayısı arttıkça uyum bozulmakta ya da uyum bozuldukça hastaların sağlık kurumlarına başvuruları artmaktadır. Rudick ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları çalışmada hastalığın süresi ile psikososyal uyum arasında bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir. Fisk ve arkadaşları (1994), Pakenham ve arkadaşları (1997) ise yaptıkları çalışmada hastalık süresinin uzun olması daha iyi uyumla ilgili bulunmuştur. Görüldüğü gibi bu çalışmanın sonuçlarını hem destekleyen hem de desteklemeyen hatta birbiriyle tamamen zıt sonuçlar da elde edilmiş olan çalışmalar bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda hastalığın süresi, hastalığın bilinip bilinmemesi ve hastaneye yatış şekli gibi değişkenlerin intihar olasılığı ölçeği puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir.

Kanser hastalarındaki ağrı ile intihar düşüncesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bazı çalışmalarda ağrı ve fonksiyon kaybı intihar düşüncesini etkilediği bildirilmiş olup (Baile, 1993; Severson, 1997) palyatif bakım gören kanser hastalarında yapılmış bazı çalışmalarda da intihar düşünceleri ile ağrı arasında anlamlı ilişkinin olmadığını bildirmişlerdir (Breitbart, 2000; Wilson, 2000). Bizim çalışmamızda da ağrısı olan ve ağrısı olmayan grup ile fonksiyon kaybı olan ve fonksiyon kaybı olmayan grup arasında intihar riski açısından fark bulunmamıştır.

6.SONUÇLAR

Fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatan hastaları intihar riski açısından değerlendirdiğimiz çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1-Çalışmada % 52,7' si erkek, % 47,3' ü kadın olmak üzere toplam 186 hasta intihar riski açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların % 81,7' si evli ve % 71,5' inin gelir durumu gidere eşittir.

2- Çalışmaya katılan hastaların % 80,1' i intihar açısından orta derecede riskli, % 16,1' i ise yüksek riskli olarak tespit edilmiştir. (Tablo 5)

3-Hastaların hastane anksiyete ve hastane depresyon puanları yükseldikçe intihar riskinin arttığı belirlenmiştir. (Tablo 28)

4-Onkoloji hastalarında daha fazla intihar riski olduğu belirlenmiştir. (Tablo 19)

5-18-30 yaş grubunda, lise mezunu olan, ekonomik durumu kötü olan, sigara kullanan ve son 6 ay içerisinde bir kayıp yaşadığını belirten hastaların intihar açısından daha fazla risk taşıdıkları belirlenmiştir.

6-Bazı sosyodemografik ve hastalık özelliklerinden olan cinsiyet, aile tipi, çocuk sayısı, meslek, alkol kullanımı,aile desteği, hastaların hastalığını bilme durumu, hastalığın süresi, hastalık hakkındaki düşünceleri, ağrı ve fonksiyon kaybı gibi özelliklerde gruplar arasında intihar riski açısından fark olmadığı belirlenmiştir.

7.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirildiğinde aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- ✓ Daha fazla örneklem ve hastalık çeşidi ile kliniklerde çalışmanın tekrarlanması,
- ✓ İntihar olasılığının belirlenmesi açısından genel kliniklerde çalışan hemşirelere hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- ✓ Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi biriminin kurulması ve hastalara bu kapsamda bakım verilmesinin sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

- Adam, KC. (1985). Attempted suicide. *Psychiatr Clin North Am*; 8:183-196.
- Adaylar, M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Altındağ, A., Sır, A. ve Özkan, M. (2001) Türkiye’de intihar hızlarındaki değişimler (1974-1998). *Türkiye’de Psikiyatri*, 2:79-86
- Ateşçi, FC., Kuloğlu, M., Tezcan, E. ve Yıldız, M. (2002). İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. *Klinik Psikiyatri*; 5: 22-27.
- Atlı, Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)’nin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın,(Danışman: Doç. Dr. M Eskin).
- Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-287.
- Bahar, A., Sertbaş, G. ve Sönmez, A. (2006). Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 7: 18-26.
- Baile, W.F., DiMaggio, J.R. ve Schapira, D.V. (1993). The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation. *Cancer*;72:2786–2791.
- Baldessarini, R. J. ve Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: An overview. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 1-13.
- Baral-Kulaksızoğlu, I., Kaçmaz, N., Akkaş, S. ve Özkan, S. (2001). İ.T.F. Psikiyatri ABD. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı’ndan 1997-1998 yıllarında verilen konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi:1837 Olgu. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999 Kongre Kitabı. Novartis İlaç Sanayii A.Ş., İstanbul.
- Bayramova, N. ve Karadakovan, A. (2004). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7, 2.
- Beautrais, A.L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: Trends and implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 413-419.
- Bebbington, P.E. (1999). Psychosocial causes of depression. *J Gen Spec Med* 2:52-60
- Bille-Brahe, U.B. (2001). The epidemiology of suicide attempts in Europe. *Kriz Dergisi*, 9, 19-32.
- Birol, L. (1997). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 3. Baskı, İzmir.
- Blumenfield, M. ve Tiamson, M. (2003). Consultation Liaison Psychiatry. A Practical Guide. Lippincott.
- Blumenthal, SJ. (1988). Suicide: a guide to risk factors ,assesment and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 72:4.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B. ve Pessin, H. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *The Journal of the American Medical Association*; 284:2907–2911.
- Bulotiene, G., Ostapenko, V. ve Veseliūnas, J. (2006). Psychological adaptation of Breast Cancer Patients, *Acta Medica Lituanica*; 13(2): 92-96

- Burns, A., Goodall, E. ve Moore, T. (2007). A study of suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the year period spanning 2000–2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 30: 1-10-44
- Carpenito Moyet, L.J. (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çev. Ed. Erdemir F. Nobel, 227- 229, İstanbul.
- Cheng, H. ve Lester, D. (2006). The economy and suicide in Japan, 1985–2000. *Percept Mot Skills*, 102:338.
- Cooper, S.J., Kelly, C.B. ve King, D.J. (1992). 5-HIAA in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia, 17:940-941.
- Cutright., P. ve Fernquist, R.M. (2003). The Gender Gap in Suicide Rates: An Analysis of Twenty Developed Countries 1955-1994. *Archives of Suicide Research*, 7, 323-339.
- Davidhizar, R. (1993). The management of the suicidal patient in a critical care unit. *Journal of Nursing Management*, 1:95–102.
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi* (Çev: İ. Dağ). Ankara: Türk Psikologlar Derneği
- Demirel, Ö.S. ve Eşel, E. (2003). İntihar (Özkiyim), *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 175-185.
- Deveci, A., Taşkın, O., Erbay Dünder, P., Demet, M. M., Kaya, E., Özmen, E. ve Dinç, G. (2005). Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3) : 170-178
- Deveci, A., Ermertcan A.T., Deniz, F. ve ark. (2007). Psoriasisli Hastalarda alkol kullanımı ve intihar olasılığı. *Türkiye’de Psikiyatri*; 9: 103-7
- Devlet İstatistik Enstitüsü, (1997). *İntihar İstatistikleri*, Ankara.
- Dilbaz, N., Bitlis, V., Bayam, G., Berksun, O., Holat, H. ve Tüzer, T. (1995). İntihar düşüncesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi (27-30 Eylül 1995, İstanbul), Tam Metin Kitabı, s40-41.
- Druss, B. ve Pincus, H. (2000). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illnesses , *Arch Intern Med.*, 160, 1522-1526.
- Durkheim, E. (1986). Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi. (Fransızca orijinali 1897).
- Durkheim, E. (2002). İntihar, Ozankaya Özer (Çev.), Cem Yayınevi, İstanbul.
- Ekici, G., Savaş, A. H., ve Çıtak, S. (2001). Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11, 3.
- Eskin, M. (1996). Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 1: 189-205.
- Eskin, M. (2003) İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme: Risk Etmenleri. Ankara, 133-222(Bölüm5).
- Evren, C., Evren, B., Ögel, K. ve Çakmak, D. (2001). Madde Kullanımı Nedeni İle Yatarak Tedavi Görenlerde İntihar Girişimi Öyküsü, *Klinik Psikiyatri*, 4 : 232-240.
- Fisk, J.D., Potefract, A., Ritvo, P.G., Archibald, C.J. ve Murray, T.J. (1994). The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Science*; 21: 9-14.
- Gorman, L.M. ve Sultan, D.F. (2008) . Problems with affect and mood, *Psychosocial Nursing for general patient care*, 3rd edition.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide.: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 177: 484-485.

- He, Z.X. ve Lester, D. (2001). Sex differences in suicidal ideation in a community sample from China. *Crisis*, 22: 132-134.
- Heikkinen, M.E. ve Lonnqvist, J.K. (1995). Recent life events in elderly suicide: a nationwide study in Finland. *The International Psychogeriatric Association*;7:287-300.
- Hernandez, A.M.C., Garcia, L.F.M., Merino, H.P ve ark. (2004). Epidemiology of Suicide in the State of Guanajuato, *Salud Mental*, 27, 15-20.
- Hopkins, C. (2002). ‘But what about the really ill, poorly people?’(An ethnographic study into what it means to nurses on medical admission units to have people who have harmed themselves as their patients).*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*;9:147 154.
- International Council of Nurses (ICN) (2013). Patient Safety, May, 10, 2013 from <http://www.icn.ch/publications/patient-safety/>.
- Jamison, K.R. (2004). Erken Çöken Karanlık, intiharı Anlamak. çev. Emine Bademci, İstanbul, Ayrıntı yay.
- Kaplan H.I. ve Sadock B.J. (2004). Klinik psikiyatri-Kaplan& Sadock, Çeviri Editörü E. Abay, Bölüm 25. 1: İntihar. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s 361-366.
- Kapur, N. ve Gask, L. (2006). Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry*.; 5:259-62.
- Karamustafaloğlu, O., Özçelik, B., Bakım, B. ve ark. (2010). İntiharı Öngörebilecek Bir Araç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:151-157
- Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007) Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:52-61
- Kessler, R.C., Borges, G. ve Walters, E.E. (1999). Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 56: 617-626.
- Kızıl, Ö.T., Yarpuz, Y.A., Ekinci, S., Sorgun, M. ve Turan, D.E. (2007). Bir geropsikiyatri polikliniğine başvuran depresyonlu yaşlılarda intihar davranışının incelenmesi. *Geriatri* ;10(2): 57-60.
- Kisch, J., Leino, V. ve Silverman, M.M. (2005). Aspects of suicidal behavior, depression and treatment in college students: results from the spring 2000 national college health assessment survey, *Suicide and Threatening Behavior*, 35 (1): 3- 13.
- Kjoller, M., Helweg-Larsen, M. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of PublicHealth*, 28: 54-61.
- Kömürcüoğlu, B., Balioğlu, M., Öztuna, I. ve Büyüksirin, M. (2000). KOAH’lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi*; 1:31-34.
- Lynch, M.A., Howard, P.B., El-Mallakh, P. ve Matthews, J.M. (2008). Assessment and Management of Hospitalized Suicidal Patients , *Journal of Psychosocial Nursing*, 46.
- Malone, K.M., Waternaux, C., Haas, G.L., Cooper, T.B., Li, S. ve Mann, J.J. (2003). Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, 160: 773-779.
- McClure, GMG. (1984). Recent trends in suicide amongs the young. *Br J Psychiatry*, 144:134-138.
- Midence, K., Gregory, S. ve Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5:115-120.

- Misono, S., Weiss, S.N., Fann, R.J., Redman, M. ve Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology*; 26: 4731-4738.
- Murray, M. (1980). *Fundamentals of Nursing. Practice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, 2.Ed., New Jersey.*
- Murray, B.L. ve Wright, K. (2006). Integration of a suicide risk assesment and intervention approach: The perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:157-164.
- Nakaya, N., Kikuchi, N. ve Shimazu, T. (2007). Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men:the Ohsaki Study. *Alcohol*. 503-10(41).
- NSW Department of Health (2010). *Suicide Risk Assesment and Management Protocols, Sydney.*
- Odağ, C. (1995). *İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. Ege Üniversitesi Basımevi; İzmir; 15-24.*
- Odağ, C. (2002). *İntihar: Tanım-kuram-sağaltım. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları.*
- Okanlı, A. (2006). Suicid riski olan hasta ile çalışma. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi,İstanbul, 113-114.
- Oral, G. (1997). İntihar ve adli bilimler. *Yeni Symposium*, 35 (2-3), 46-57.
- Oto, R., Özkan, M. ve Altındağ, A. (2004). Batman İntiharları, Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi, 5(2) : 74-100.
- Öz, F. (1998). Cerrahi Girişim Sürecinde Yaşanan Psikiyatrik ve Psikososyal Sorunlar. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, İstanbul, 1998-1999: 56-60.*
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret A.S,*
- Özgüven, D.H. ve Sayıl, I. (2003) Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Can J Psychiatry*, 48(5), 324-329.
- Özkan, S., (1993). *Liyezon Psikiyatrisi Birimimizin Klinik Etkinliklerinin Dökümü. Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu (I-II). İ.Ü. Basımevi Ve Film Merkezi, İstanbul; 267-290*
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul, Roche İlaç Sanayi A.S.*
- Özkan, S. (1996) IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi “Uluslar arası Katılımlı” Kitabı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak. İstanbul, 30 Ekim- 1 Kasım 1996.
- Özkan, S. (1998). V. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi “Uluslar arası Katılımlı” Kitabı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak. İstanbul, 21-23 Ekim.
- Özkan, S., Özkan, M., Kaçmaz, N. ve Akkaş, S. (1998). *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı’ndan 1995-1996 Yıllarında İstenen Konsültasyonların Değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi; 25(2);77-88.*
- Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Duygudurum Bozuklukları, Ankara.*
- Pakenham, K.I., Stewart, C.A., Rogers, A. (1997). The roler of coping in adjustment to multipl sclerosis related adaptive demands. *Psychology, Health and Medicine*; 2: 197-211.
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D. ve ark. (2007). Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research*.; 30 : 1-7
- Potter, P.A. ve Perry, A.G. (1987). *Basic Nursing Theory And Practice. The C.V. Mosby Company, St. Louis.*

- Pröbsting, E. ve Till, W. (2000). İntihar Ve İşsizlik, Krize Müdahale Ve İntiharı Önleme (Ed.H. Goll, H.Herzog, M.Klejna,S.Kuess, E.Pröbsting, O.Rosswall, W.Till,B.Ziegelbauer), Yasemin Sözer (Çev.), 1. Baskı, S:71-74 Türkiye Sosyal Psikiyatri Dergisi Derneği, Ankara, İçinde.
- Qin, P., Webb, R., Kapur, N. ve Sorensen, H.T. (2013). Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study, *J InternMed*; 273:48–58.
- Robie, D. (1999). Suicide Prevention Protocol, *American Journal of Nursing*, December, Volume 99, Issue 12
- Rogers, J.R., Lewis Miller, M. ve Subich Mezydlo, L. (2002). Validity of the suicide assessment checklist in an emergency crisis center. *Journal of Counseling and Development* 80(4):493-502.
- Rossau, C.D. ve Mortensen, P.B. (1997). Risk Factors for Suicide in Patients with Schizophrenia: Nested Case-Control Study, *Br J Psychiatry*, 171, 355-9.
- Roy, A. (2000). Psychiatric Emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, Yedinci baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2031-2040.
- Roy, A. (2001). Serum cholesterol, suicidal behavior and impulsivity in cocaine-dependent patients. *J. Psychiatry Research.*, 243-47(101).
- Roy, A. (2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders*, 267–71(77).
- Rudick, R.A., Miller, D., Clough, J.D., Gragg, L.A. ve Farmer, R.G. (1992). Quality of life in multiple sclerosis. *Archives of Neurology*; 49: 1237-1242.
- Sağınç, H., Kuğu, N., Akyüz, G. ve Doğan, O. (2001). Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(2) : 83-88.
- Salib, E. ve Tadros, G. (2000). Brain weight in suicide. *British Journal of Psychiatry*, 177, 257-261.
- Salib, E. ve Cortina-Borja M. (2006). Effect of month of birth on the risk of suicide. *Br J Psychiatry*;89: 35-37.
- Sayıl, I. (1996). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTİP A.Ş. Yayınları, Ankara.
- Sayıl, I. Berksun, O.E., Palabıyıkoglu, R., Özgüven, H.D., Soykan, Ç. ve Haran, S., (2000).İntihar Davranışı: Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara: Damla Matbaacılık, 6: 165–178.
- Sayıl, I. ve Özgüven, H.D. (2002). Suicide and suicide attempt in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Crisis*, 23(1): 11-16.
- Sayıl, I. ve Uçan, Ö. (2006). Türkiye’de İntihar Olgusu Bibliyografya IV. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara.
- Severson, K.T. (1997) Dying cancer patients: choices at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*;14:94–8.
- Sharma, B.R., Gupta, M., Sharma, A.K., ve ark. (2007). Suicides in Northern India: Comparison of trends and reviw of literature. *Journal of Forensic and Legal Medicine* ; 14: 318-26
- Shneidman, E.S. (1985). Definition of Suicide. New York: John Wiley.
- Siyez, D.M. (2005). Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 12(2):92-100.

- Skegg, K. (2005). Self-Harm. *Lancet*, 1471-83 (366).
- Smeltzer, S.C. ve Bare, G.B. (2000). Brunner & Suddarth's. Textbook Of Medical-Surgical Nursing, 9.Edition, Lippincott, Philadelphia.
- Soylu, E. (2001). İntihar Girişiminde Bulunanlarda Komorbid Psikiyatrik Durumlar.Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Storm, H.H., Christensen, N. ve Jensen, O.M. (1992). Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer*; 69:1507-12.
- Stuart, G.W. ve Sundeen, S.J. (1991). Principles And Practice Of Psychiatric Nursing. Fourth Ed., Mosby Year Book, St. Louis.
- Sun, F.K., Long, A., Boore, J. ve ark. (2005).Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:447-455.
- Sun, F.K., Long, A., Boore, J. ve ark. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing* 53(6):680-690.
- Şenol, V., Ünalın, D., Avşaroğulları, L. ve İkizceli, İ. (2005). İntihar Girişimi Nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na Başvuran Olguların İncelenmesi, *Adli Psikiyatri Dergisi*, 6 , 19-29.
- Taşdelen, M. (2006). İnanç Açısından İntihar. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. D Özbek).
- Taştan, Z. (2007). Yusuf Atılgan'ın eserlerinde intihar. *Milli Eğitim, Guz*(176).
- Taylor, C.M. (1994). Essentials of Psychiatric Nursing. Taylor CM (eds). Fourteenth edition, Mosby-Year Book, Inc., St Louis; 432-451.
- Tel, H. ve Uzun, S. (2003). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları.*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4: 151-158.
- Temel, M. (2009). İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 2.
- Tuğcu, H. (1996). Normal ve Depresif Kişilerde Çeşitli Faktörlere Göre İntihar Olasılığı, *Doktora Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Turecki, G., Briere, R., Dewar, K., Antonetti, T., Lesage, A.D., Sequin, M. ve ark. (1999). Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in posmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide *Am J Psychiatry*, 156 (9) : 1456-1458.
- Tümer, A. (2003). Sağlık Hastalık Kavramları, Davranışları ve Etkileyen Etmenler. *Çınar Dergisi*, 9(1):11-16.
- Türk Dil Kurumu (2013). Güncel türkçe sözlüğü, intihar, Mayıs, 9, 2013, <http://www.tdk.gov.tr/index>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2008). İntihar İstatistikleri, Türkiye istatistik kurumu matbaası, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2011). İntihar İstatistikleri, Türkiye istatistik kurumu matbaası, Ankara.
- Uçar, N. (1999). Correlates of suicide ideation and relation to ego identity status among dolescents. The Graduate School of Social Sciences of METU. Ankara: Unpublished master thesis.
- Valente, M.S. (2010). Assessing Patients for Suicide Risk, *Nursing* 2010, May, 40(5), 36-40.
- Walker, J., Waters, R.A. ve Murray, G. (2008). Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol*; 26:4725-4730

- Watkins, K. (1997). I wanted to stop the world and get off ... but not forever. *Nursing Times*, 93: 29.
- Welch, S.S. (2001). A review of literature on the epidemiology of parasuicide in the general population, *Psychiatr Serv*, 52: 368–375.
- Wilson, K.G., Scott, J.F., Graham, I.D., Kozak, J.F., Chater, S. ve Viola, R.A. (2000) Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physicianassisted suicide. *Archives of Internal Medicine*;160:2454–60.
- World Health Organization (2012). Suicide, December, 10, 2012 from <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/>
- World Health Organization (2012). Suicide prevention, March, 19, 2012 from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Yalvaç, D. H. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu Ve Bazı Sosyodemografik Ve Klinik Etkenlerle İlişkisi., Uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya
- Yazıcı, K., Tot, Ş., Biçer, A., Yazıcı, A. ve Buturak, V. (2003). Bel ve Boyun Ağrısı Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi. *Klinik Psikiyatri*;6:95-101.
- Yılmaz, M. ve Öncel, S. (2006). Adölesan intiharları ve önlemede hemşirenin sorumlulukları. *Hemşirelik Forumu Ocak-Nisan*: 52-56.
- Yüksel, N. (2001). İntiharın Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*; 4: 5-15

BİLGİ FORMU (EK-1)

I.KİŞİSEL ÖZELLİKLER

Hastanın Yattığı Klinik:

Görüşmenin Yapıldığı Tarih:

Yatış Tarihi:

Protokol Numarası:

Tel:

Adres/Yaşadığı Yer:

1.Cinsiyet: 1 () Erkek 2 () Bayan

2.Yaşı:.....

3.Eğitim Durumunuz: 1 () Okur Yazar 2 () Okur Yazar Değil
3 () İlkokul Mezunu 4 () Ortaokul Mezunu
5 () Lise Mezunu 6 () Yüksek Okul Mezunu
7 () Üniversite

4.Medeni Haliniz: 1 () Evli 2 () Bekar 3 () Boşanmış

5.Mesleğiniz: 1 () Memur 2 () Serbest Meslek 3 () İşçi
4 () Çiftçi 5 () Emekli 6 () Çalışmıyor

6.Aile Tipiniz: 1 () Çekirdek aile 2 () Geniş aile
3 () Parçalanmış aile 4 () Diğer

7.Çocuk Sayınız:

8.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz:1 () Gelir giderden fazla
2 () Gelir gidere eşit 3 () Gelir giderden az

9.Aylık geliriniz ne kadardır ? :

II.HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

1.Tıbbi Tanı/ Tanıları (Fiziksel Hastalığı):.....

2.Hastalığınızın ne olduğunu biliyor musunuz:.....

3.Hastalığınız ne zaman teşhis edildi:.....

4.Hastaneye yatış şekliniz: 1 () Acilden 2 () Poliklinikten

5.Hastalığınız hakkında düşünceleriniz:

- 1 () Tedavi edilemeyen bir hastalık
2 () Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
3 () Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

6.Ağrınız var mı? 1 () Var 2 ()Yok

Cevabınız ‘Var’ ise, sıklığı nedir?.....

7.Fonksiyon kaybı var mı? 1 () Var 2 () Yok

8.Sigara kullanıyor musunuz ? 1 () Evet 2 () Hayır

9.Alkol kullanıyor musunuz ? 1 () Evet 2 () Hayır

Cevabınız ‘Evet’ ise, sıklığı nedir?.....

10.Yakın zamanda (0-6 ay) sizin için önemli birini kaybettiniz mi?

- 1 () Evet 2 () Hayır

11. Sorunlarınızı paylaşabildiğiniz aile desteğiniz var mı?

- 1 () Var 2 () Yok

12.Hayatınız boyunca sizi etkileyen bir yaşam olayı (boşanma, kayıp, göç, vb.) oldu mu?

- 1 () Evet 2 () Hayır

Cevabınız ‘Evet’ ise, bu olay nedir?.....

IOÖ (EK-2)

Aşağıda kişilerin çeşitli duygu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlelerin sizin için hangi sıklıkla doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen, her cümlelerin sağ tarafındaki seçeneklerden size uygun olanı işaretlemenizdir.

ÖRNEK	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Kaygılı olduğumu hissederim	()	(X)	()	()

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

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

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HADS) (EK-3)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğru olacaktır.

1) Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐ Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Genellikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Çok sık
- ☐ Bazen
- ☐ Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- ☐ Gerçektende çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil

☐ Çok seyrek

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Esma Özmaya
Doğum Yeri ve Tarihi	Karaman, 19/05/1985
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi
Sağlık	Hizmetleri MYO, 70100-
Karaman	
E-posta Adresi	esma-solmaz@hotmail.com

Eğitim

Lise	Karaman Anadolu Lisesi, 2003
Lisans	Ankara Üniversitesi, 2008

İş Tecrübesi

Larende Kadın Doğum Merkezi	2008-2009
Konya BSK Hastanesi	2009
Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi	2009-2012
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Öğretim Görevlisi,	2012-

Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği