



**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNE
İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN BİREYLERİN
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Çilem BAŞAR
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Eda AY

Yüksek Lisans Tezi-2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ACİL SERVİSİNE
İNTİHAR GİRİŞİMİ İLE BAŞVURAN BİREYLERİN
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

Çilem BAŞAR

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Eda AY**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İntihar Tanımı	5
2.2. İntiharın Uyarıcı İşaretleri	6
2.3. İntihar Girişimlerinin Çeşitleri.....	7
2.4. İntiharın Epidemiyolojisi	8
2.5. İntiharda Risk Etmenleri	10
2.6. İntihar ve İntihar Girişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar	12
2.6.1. Genetik Ve Biyolojik Teoriler	12
2.6.2. Psikososyal Teoriler.....	12
2.6.3. Psikodinamik Teoriler.....	13
2.6.4. Sosyal Öğrenme Kuramı.....	13
2.6.5. Kişilerarası İntihar Kuramı	14
2.6.6. Bütünleyici GÜdÜsel-İradesel Kuram (BGİK).....	14
2.6.7. Değişken Yatkınlık Kuramı	15
2.7. İntihar Riskinin Değerlendirilmesinde Acil Servislerin Stratejik Rolü ve Önemi ..	15
2.8. İntihar Girişiminde Buluna Bireye Yaklaşım ve Psikiyatri Hemşireliği	16

3. MATERYAL VE METOD	20
3.1. Araştırmanın Türü.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	21
3.5. Veri Toplama Araçları	22
3.5.1. Veri Toplama Formu (Ek-4)	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	22
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	22
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKÇA.....	41
EKLER	54
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	54
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	55
Ek-3. Kurum İzni.....	57
Ek-4. Veri Toplama Formu.....	59

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen ve eğitim sürecinde bana önderlik eden saygıdeğer danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda AY' a ayrıca psikiyatri anabilim dalı başta olmak üzere Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ndeki bütün öğretim üyelerine, araştırma da katkılarını sunan istatistiksel analizlerimi yapan Dr. Öğr. Üyesi Nihan TÜRKOĞLU'na ve verilerimi toplamam da yardımcı olan Atatürk Üniversitesi bilgi işlem grubuna, hayatım boyunca olduğu gibi yüksek lisans eğitim sürecinde beni destekleyen sevgili eşime, aileme ve bu süreçte yanımda olan yakın arkadaşşıma çok teşekkür ediyorum.

Çilem BAŞAR

ÖZET

Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerin Retrospektif Olarak İncelenmesi

Amaç: Tanımlayıcı tasarımdaki bu çalışma intihar girişimi sebebiyle başvuru yapan hastaların retrospektif olarak incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ve retrospektif tipte yapılan çalışma kapsamında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil servisine Ocak 2023- Aralık 2023 tarihleri arasında özkıyım girişimi ile başvuran 134 hastanın dosyası incelendi. Çalışmanın verileri, hasta veri kayıt formu ve hastane bilgi yönetim sistemi aracılığıyla toplandı.

Bulgular: Hastaların çoğunlukla 15-29 yaş aralığında olduğu, %61.2'sinin kadın olduğu saptandı. . Hastaların %26.9'u sonbahar mevsiminde intihar ettiklerini, %62.4 psikolojik nedenler sebebiyle hayatlarına son vermek istediklerini ve %94 oranında ilaç/toksik madde alarak kendinine zarar vermek istedikleri belirlendi. İntihar girişimi ile başvuran hastaların %14.3'ünün son bir yıl içinde psikiyatriste başvuru yaptığı saptandı. Araştırma kapsamına alınan %15.7'sinin depresyon tanısının olduğu ve hastaların; %95.6'sının sonrasında psikiyatriye başvuru yapmadıkları ve acil serviste psikiyatri konsültasyonu yapılmadığı belirlendi.

Sonuç: Araştırma kapsamına alınan vakalarının intihar girişimiyle ilişkili stres faktörleri incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun psikolojik nedenlerden dolayı intihar etmek istedikleri saptanmıştır. İntihar girişimi sonrası hastaların çoğunun psikiyatrik yardım almadığı sonucuna ulaşılmıştır. Acile intihar girişimi nedeni ile başvuran olguların belirlenip, psikiyatrik bakım almaları konusunda psikiyatri polikliniklerine yönlendirilmeleri ve izlem yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, intihar, risk faktörleri, ruh sağlığı, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Retrospective Analysis of Individuals Applying to a University Hospital Emergency Department with a Suicide Attempt

Aim: This study, which has a descriptive design, was conducted to retrospectively examine patients who applied due to suicide attempt.

Material and Method: Within the scope of the descriptive and retrospective study, the files of 134 patients who applied to the Emergency Department of a Training and Research Hospital with a suicide attempt between February 2, 2024 and January 24, 2025 were examined. The data of the study were collected through the patient data record form and the hospital information management system.

Results: It was determined that the patients were mostly between the ages of 15-29, and 61.2% were female. . It was determined that 26.9% of the patients committed suicide in the autumn season, 62.4% wanted to end their lives due to psychological reasons, and 94% wanted to harm themselves by taking drugs/toxic substances. It was determined that 14.3% of the patients who applied with a suicide attempt had applied to a psychiatrist in the last year. It was determined that 15.7% of the patients included in the study had a diagnosis of depression and 95.6% of the patients did not apply to psychiatry afterwards and psychiatric consultation was not performed in the emergency department.

Conclusion: When the stress factors related to suicide attempts were examined in the cases included in the research, it was determined that the majority of the patients wanted to commit suicide for psychological reasons. It was concluded that most patients did not receive psychiatric help after a suicide attempt. It is recommended that cases who apply to the emergency department with a suicide attempt are identified, referred to psychiatric outpatient clinics to receive psychiatric care, and followed up.

Keywords: Emergency department, mental health, psychiatric nursing, risk factors, suicide

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BGİK	: Bütünleyici güdüsel-iradesel kuram
CDC	: Centers for disease control and prevention
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Statistical program for social sciences
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 4.1. Aylara göre intihar vakalarının dağılımı	25
Şekil 4.2. Mevsimlere göre intihar vakalarının dağılımı	26
Şekil 4.3. İntihar girişim nedenlerinin dağılımı.....	26
Şekil 4.4. İntihar vakalarının girişim şekillerinin dağılımı.....	27
Şekil 4.5. İntihar vakalarının intihar öyküsü olma durumları.....	27
Şekil 4.6. İntihar vakalarının girişim sayılarının dağılımı.....	28
Şekil 4.7. İntihar vakalarının psikiyatrik tedavi alma durumlarının dağılımı.....	28
Şekil 4.8. İntihar girişimiyle ilişkili stres faktörlerinin dağılımı	29
Şekil 4.9. İntihar vakalarının fiziksel sorun durumlarının dağılımı	30
Şekil 4.10. İntihar vakalarının ruhsal sorun durumlarının dağılımı	30
Şekil 4.11. İntihar vakalarının fiziksel hastalık tanılarının dağılımı	31
Şekil 4.12. İntihar vakalarının ruhsal hastalık tanılarının dağılımı	31
Şekil 4.13. İntihar vakalarına acil serviste yapılan müdahale türünün dağılımı.....	32
Şekil 4.14. İntihar vakalarının fiziksel hastalık tanılarının dağılımı	32
Şekil 4.15. İntihar vakalarının girişim sonrası psikiyatriye başvuru durumlarının dağılımı	33

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 4.1. İntihar vakalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	24
--	----



1. GİRİŞ

Özkıyım, bireyin istekli olarak kendine yönelik bir saldırganlık davranışı olup, kendi kendine zarar verme eyleminde bulunmasıdır (Yılmaz ve ark., 2018). Günümüzde stres unsurlarının artması sonucu kişilerin yaşamı tehdit edebilecek sıkıntılar yaşayabilmekte ve yaşadıkları çaresizlikler sonucu intihar eyleminde bulundukları görülmektedir. Özkıyım nedeniyle meydana gelen ölüm oranları, bütün dünya da olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır (Ercan ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hazırladığı raporda her yıl yaklaşık sekiz yüz binden fazla insanın özkıyım eyleminde bulunduğu ifade edilmiştir. Özkıyım, çok boyutlu bir durum olup sadece eyleme başvuran kişiyi etkilemekle kalmayıp, kişinin ailesini ve toplumu da etkilemektedir (Ata ve ark., 2021).

Özkıyım riskini önlemek amacıyla DSÖ'nün tavsiye ettiği önlemler arasında özkıyıma sebep olabilecek araçların erişiminin sınırlandırılması, medya raporlarının uygun bir biçimde hazırlanması, okulda uygulanabilecek uğraşlar, alkolün zararlı kullanımını azaltmaya yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi, ruhsal sağlık problemleri, madde kullanımı bozuklukları, kronik ağrısı olan ve ani bir şekilde duygusal sorun yaşayan bireylerin erken teşhisi, tedavisi ve bakımı, alanında uzman olmayan sağlık çalışanlarına özkıyıma sebep olabilecek davranışları değerlendirme ve yönetme konusunda eğitilmesi, özkıyım davranışında bulunan bireylerin izlenmesi ve toplumsal destek sağlanması yer almaktadır (WHO, 2020).

Özkıyım, ruh sağlığı adına çalışanlar için birinci dereceden müdahalesi gereken acil bir durumdur (Erşan ve ark., 2013). Psikiyatri hemşireleri özkıyım eylemi davranışında bulunmuş kişilerle hastanelerin acil servisinde, evde bakımda, kısmi hastane programlarında, psikiyatri kliniklerinde veya toplum sağlığı hizmetleri gibi çeşitli ortamlarda karşılaşabilmektedir (Grund, (2018). Sağlık profesyonelleri arasında bulunan

psikiyatri hemşireleri özkıyım eyleminde bulunan kişileri bütüncül bir yaklaşım tazıyla ele almaları, ,hasta ve ailesiyle uzun süreli etkileşimde bulunmaları sayesinde bireyin ihtiyaçlarını erken dönemde tespit edip karşılayabilecek yetkinliğe sahiptir (Temel, 2009).

Bir psikiyatri hemşiresi özkıyım riskinin yeniden ortaya çıkmasını engellemek için öncelikle riskin derecesini değerlendirmeli ve bundan dolayı hastayı dikkatli bir şekilde gözlemlemeli, yalnız bırakılmamalı ve güvenli bir ortam olanağı sağlanmalıdır. Hastaya empatik bir yaklaşım gösterilmeli ve zarar verebilecek araçların ortamdaki uzaklaştırılmasına zen gösterilmelidir. Daha sonra ilaçların özenle iirilmesine, duygularını açıklama olanağının verilmesine önem göstermelidir (Boğahan ve ark., 2021). Müdahale ve nleme süreçlerinde, risk gruplarının incelenmesi ve özellikle risk gruplarının tespit edilmesi temel unsurdur (Ercan ve ark., 2016). Hastanın özellikle korkuları küçümsenmemeli söyledikleri sebebiyle yargılanmamalıdır. Görüşme esnasında sözcüklerden ziyade jest mimik ve hareketler dikkatli bir şekilde gözlenip değerlendirilmelidir. Kişisel açıklamalar ise hasta bireyle güven ortamı sağlandıktan sonra yapılmalıdır (Boğahan ve ark., 2021).

DSÖ'nn her yıl yayınladığı veriler dünyada yaklaşık bir milyon birey özkıyım sebebiyle öldüğünü açıklamaktadır. Bu değer ortalama olarak her 40 saniyede 1 kişinin hayatını kaybettiği anlamına gelmektedir (Ercan ve ark., 2016). 2023 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) belirttiği verilerine göre, Türkiye'de özkıyım nedeniyle 4.061 kişi hayatını kaybetmiştir. Özkıyım nedeniyle 2023 yılında hayatını kaybedenlerin yaklaşık %75'i erkek, %25'i ise kadındır. zkıyımın nedenlerini en çok %27.9 ile bilinmeyen nedenler, %31,3 ile diğer nedenler, %26,4 ile hastalıklar oluşurmaktadır. Geçim zorluğu, aile geçimsizliği, duygusal ilişkilerde sorunlar ve istediği ile

evlenememe, ticari başarısızlık ve öğrenim hayatındaki başarısızlıklar da özkıyımın nedenleri arasındadır (TÜİK, 2023).

Özkıyım ve özkıyım eylemi davranışını engellemek için toplumsal, alt gruplar ve bireysel düzeyde uygulanabilecek çeşitli önlemler mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, özkıyım gelişmiş ülkelerdeki en yaygın on ölüm nedeninden biridir (Şahingöz ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özkıyım oranlarını azaltmayı hedefleyen “LIVE LIFE” adlı bir yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşım özkıyımı önlemeye yönelik temel uygulamaları kanıta dayalı bir şekilde önerir. Bu tür müdahalelere örnekler: Özkıyım araçlarına (örneğin böcek ilaçları, ateşli silahlar, bazı ilaçlar) erişiminin kısıtlandırılması, medyayı özkıyımın raporlanma şekli konusunda bilgilendirmek, ergenlerde psikososyal yaşam becerilerini güçlendirmek, özkıyım düşüncesi ve davranışından etkilenen herkesin tanınması, değerlendirilmesi yönetilmesi ve izlenmesi yer almaktadır (WHO, 2024).

Çoğu toplumda aşı, ateşli silah ve pestisitlerle zehirlenme önde gelen bir özkıyım metodu olsa da seçilen özkıyım metotları toplumlara göre değişkenlik göstermektedir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde ateşli silah ile özkıyım girişi ön planda iken; Hong Kong SAR, Lüksemburg ve Malta gibi küçük, kentsel toplumlarda yüksekten atlama; Latin Amerika, Portekiz ve Asya ülkelerinde ise pestisitlerle özkıyım; Kanada, İskandinav ülkeleri ve İngiltere'de özellikle kadınlarda ilaçla zehirlenme daha yaygındır (Çiftçi ve ark., 2020). Ülkemizdeki özkıyımların yarıya yakın bir kısmı kendini asarak eylemi gerçekleştirmektedir. Özkıyım şekli olarak %25 gibi bir oranla ateşli silahlar kullanmış olup %11 i kimyevi madde kullanmış olup %10 u doğalgaz ve tüp benzeri kullanarak özkıyım davranışında bulunmuştur. Asılarak özkıyım eyleminde bulunma her iki cinsiyet grubunda da ilk sırada gelmektedir (Çelik ve ark., 2023).

Özkıyım eylemi psikiyatri ve krize müdahalede hem aciliyeti, hem de hayatı tehdit etmesi nedeniyle önemli bir yere sahiptir (Çiftçi ve ark., 2020). Epidemiyolojik olarak özkıyım eylemi erken ölümlerin önde gelen sebeplerinden biri olarak ele alınmaktadır. Acil servisler öncelikle özkıyım olaylarıyla ilk karşılaşan hastane bölümüdür. Aynı zamanda intihar sonucu ölen kişilerin yaklaşık %40'ının ölmeden önceki yıl içerisinde en az bir kere acil servis birimine başvurularının olduğu görülmektedir. Bu sebeplerden ötürü, acil servis hizmetleri fiziksel sağlık problemleriyle ilgilenmenin yanı sıra hasta bireyin ruh sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirmek açısından da kritik bir değere sahiptir ve ciddi bir fırsatı temsil eder. Özkıyım vakalarında acil serviste yapılan müdahaleler ve daha sonra yapılması gerekenler son derece önemlidir (Çelik ve ark., 2023).

Bu çalışma ile bir üniversite hastanesi acil tıp anabilim dalına özkıyım girişimi ile başvuran bireylerin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sayede özkıyım olgularının önlenmesi için yapılacak çalışmalara ışık tutacak bilgiler ortaya konulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar Tanımı

Dünyanın birçok ülkesinde ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biri olan intihar, psikolojik, biyolojik, sosyolojik, ekonomik, dinsel ve tarihsel pek çok faktörün hazırlayıcı ve tetikleyici rolleri ile oluşan kompleks eylemler bütünüdür (Alptekin ve Duyan, 2019). İntihar kelimesi “insanın kendisini öldürmesi” anlamına gelen Latince “suicidere” ve İngilizce “suicide” kelimelerinin karşılığıdır (Eskin, 2014). Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre intihar, "bir kimsenin toplumsal ve ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi hayatına son vermesi" şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2022).

İntihar ile ilgili ilk araştırmaları yaptığı kabul edilen Durkheim “Le Suicide” kitabında: “Nasıl sonuç vereceği bilinerek, kurbanın kendisi tarafından gerçekleştirilen, olumlu ya da olumsuz bir edimin (hedefe yönelik davranış) dolaylı ya da dolaysız sonucu olan her ölüme intihar denir” şeklinde tanımlamıştır (Durkheim, 2015).

İntihar denilince akla genellikle ölümle sonuçlanmış durumlar gelse de intihar bilimciler intihar olaylarını bir davranış olarak ele almaktadır. İntihar davranışı ele alınırken yaygın olarak “Beck Komitesi Sınıflaması” kullanılır. İntihar: tamamlanmış intihar (completed suicide), intihar girişimleri (attempted suicide) ve intihar düşüncesi (suicide ideation) olarak üç boyuttan oluşan bir davranıştır. Tamamlanmış intihar, kişinin kendisini öldürmesi ile sonuçlanan davranışlardır. İntihar girişimi, ölümle sonuçlanmayan ancak kişinin kendini öldürmek niyeti ile yaptığı girişim ve davranışlardır. İntihar düşüncesi ise kişinin kendini öldürmek isteğini düşünmesi, açıkça ifade etmesi ve bu yönde planlar yapması olarak tanımlanmaktadır (Posner ve ark., 2014).

2.2. İntiharın Uyarıcı İşaretleri

Uyarıcı işaretler, intihar girişimi öncesinde bireyde gözlenebilecek fiziksel, ruhsal ve sosyal alandaki, duygusal ve davranışsal değişikliklerdir (O'Rourke ve ark., 2022). İntiharın erken dönemde tanınması ve riskli davranışları önleyebilmek için uyarıcı işaretlerin bakım verenler tarafından fark edilmesi önemlidir (WHO, 2014). Uzmanlar tarafından bildirilen intiharın habercisi olabilecek bazı işaretler şunlardır;

- Sürekli intihar veya ölüm hakkında konuşma
- İntihar üzerine plan yapma
- Çevresiyle vedalaşma, cenaze planlama, vasiyet veya intihar notu yazma. İntihar notunun genellikle görülebilecek bir yerde bırakıldığı, nadiren gizlendiği belirtilmektedir.
- Ailesinde intihar öyküsü bulunan bireylerde, vefat eden aile üyesinin ölüm yıl dönümüne veya aile üyesinin intihar ettiği yaşa yaklaşma İntihar riskinin bu dönemlerde en yüksek olduğu belirtilmektedir.
- Silah, ip veya kimyasallar gibi bir silaha sahip olma veya satın alma
- Alkolün, reçeteli veya yasa dışı ilaçların etkisi altında olma
- Analjezik veya antidepresan gibi ilaçları kötüye kullanma
- Sevilen birinin kaybı, işini kaybetmek gibi ani olumsuz yaşam değişiklikleri yaşama
- Yalnızlaşma, kendini izole etme
- İsyanlı davranışlar sergileme
- Evden kaçma
- Dikkat dağınıklığı ve ilgi kaybı yaşama
- Depresif belirtilerin varlığı, umutsuzluk ve çaresizlik hissettiğini belirtme
- Kendini öldürme ile ilgili sanrıların, işitsel halüsinasyonların varlığı

- Psikiyatri kliniğinden yeni taburcu olma. Bir ruh sağlığı merkezinde uzun süre kaldıktan sonra taburcu olan kişilerin kendilerini güvende hissetmedikleri için normal yaşama geçişte zorlandığı veya kontrolü kaybedebilecekleri belirtilmiştir.
- Sadece geçmişe odaklanma, gelecek ile ilgili yoğun kaygı yaşama
- Dünyanın onsuz daha iyi olacağına dair konuşmalar yapma
- Stresle başa edememe, hiç kimsenin veya hiçbir şeyin ona yardım edemeyeceğini hissetme
- Kişisel bakımı gerçekleştirememe ve fizyolojik işlevlerde değişiklikler yaşama
- Bireyin duygu durumu ile ilişkili olarak ağrı gibi fiziksel belirtiler yaşama
- Acil servise gitme veya bir sağlık kuruluşuna başvurma. Geçmiş intihar vakalarında, bireylerin genellikle intihardan söz etmeden belli belirsiz fiziksel şikâyetler ile intihar etmeden birkaç hafta önce acil servise gittiği veya birinci basamak sağlık kuruluşunu ziyaret ettiği belirtilmektedir (O'Rourke ve ark., 2022; Pavitra, 2017).

2.3. İntihar Girişimlerinin Çeşitleri

İntihar için kullanılan yaklaşık 160 yöntem genellikle şiddet içeren ve şiddet içermeyen yöntemler olarak sınıflandırılır. Şiddet içeren yöntemlere; ası, yüksekten atlama, ateşli silah, derin kesiler ve gaz inhalasyonu içerir. Şiddet içermeyen yöntemlere ise yüksek doz ilaç ve kimyasal madde alımı, yüzeysel bilek kesisi dâhildir. İntiharda kullanılan yöntemler zamanla ve intihar anındaki imkânlara göre değişiklik gösterebilmektedir (Demir, 2018; Şevik, 2012).

- İlaç alma
- İlacı ek olarak farklı eylemde bulunma

- Kesici aletle yaralama
- Yüksekten atlama
- Ateşli silah kullanma
- Suda kendini boğma
- Elektrik çarpması
- Kendini zehirleme
- Kendini motorlu ya da elektrikli aracın önüne atma (Demir 2018; Şevik, 2012).

TÜİK verilerine göre, Türkiye'de intihar yöntemleri arasında en yaygın olanlar zehirlenme, silahla intihar ve yüksekten atlama gibi yöntemlerle gerçekleştirilmektedir (TÜİK, 2023). ABD'de ise, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre intihar yöntemleri arasında en yaygın olanları ateşli silahlar, zehirlenme ve boğulma gibi yöntemlerdir. Özellikle ateşli silahlar, intiharlar arasında yüksek bir oranı temsil etmektedir. CDC'nin (Centers for Disease Control and Prevention) 2023 raporuna göre, intiharların yaklaşık %50'si ateşli silahlarla yapılmaktadır (CDC, 2023).

2.4. İntiharın Epidemiyolojisi

Her kültürün ya da her ülkenin intihar eğilimleri belirgin biçimde farklılık göstermektedir. Bundan dolayı intiharlar ile alakalı ölüm düzeyleri de ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. DSÖ raporlarına göre dünya çapında yılda ortalama 800.000 birey intihar sebebiyle hayatını kaybetmekte ve bu da her 40 saniyede bir bireyin intiharı seçtiği anlamına gelmektedir. Ülkelere göre intihar vakalarının 100.000'de beş kişiden az ve 100.000'de 30 kişiden fazla aralığında değişim gösterdiği belirtilmektedir (WHO, 2021). Ölümle sonuçlanmayan intihar girişimleri, ölümle sonuçlanana göre 20 kat daha fazladır (WHO, 2014). Genel popülasyonda intihar açısından en önemli risk faktörü daha önceki intihar girişimidir. İntihar, dünyadaki tüm ölümlerin %1.3'ünü oluşturmaktadır ve yaşanan intiharların %77'sinin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği rapor

edilmiştir. İntihar nedeniyle ölüm oranlarına bakıldığında geç yetişkin grubun en fazla risk altında olduğu ve yaklaşık olarak erkeklerde kadınların iki katı fazla olduğu raporlanmıştır (WHO, 2021). DSÖ'nün 2019 yılında yayınladığı verilere göre 2016 yılında intihar nedeniyle meydana gelen ölümlerin yaklaşık %52'si 45 yaşından önce meydana gelmiştir (WHO, 2021a). En sık kullanılan intihar yöntemleri ası, böcek ilacı ve ateşli silahlardır (WHO, 2021a). 2000 ile 2019 yılları arasında kaba ölüm oranı 100.000 nüfus başına 13 ölümden 9.2 ölüme gerileyerek %29'luk bir düşüş göstermiştir. Avrupa'da 2000 yılındaki 21.9 olan intihar oranı 2019 yılında 12.8'e düşmüştür. Amerika'da intihar oranı %28 artmıştır (WHO, 2021b).

DSÖ (2021b) verilerine göre Türkiye kaba intihar oranı açısından 183 ülke arasında yapılan sıralamada 176. sırada yer almaktadır. DSÖ'nün bu verilerine bakılarak diğer ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'nin intihar nedeniyle ölüm oranlarının görece olarak daha düşük olduğu söylenebilir. Ancak 2001-2021 yılları arasında intihar nedeni ile ölüm sayılarına bakıldığında 2584'ten 4158'e ve kaba intihar hızının 3.97'den 4.94'e yükseldiği görülmektedir (TÜİK, 2023).

Türkiye'de 2021'de intihar nedeniyle ölen 4158 kişinin yaklaşık 3238'i erkek ve 920'si kadındır. Erkek cinsiyet intihar nedeniyle ölümlerde kadın cinsiyetten yaklaşık üç kat daha fazladır. Medeni duruma bakıldığında %40.8'i bekar, %45.8'i evli, %4.5'inin eşi ölmüş, %9'u boşanmıştır. Eğitim durumlarına bakıldığında %2'si okur yazar değil, %17'si ilkokul mezunu, %25.7'si orta okul mezunu, %26.1'i lise mezunu ve %14.9'u yükseköğretim 14 mezunudur. İntihar nedeniyle ölen 4158 kişinin ölüm nedenlerine göre dağılımına bakıldığında 1086 kişi hastalık, 191 kişi aile geçimsizliği, 324 kişi geçim zorluğu, 1599 kişi diğer nedenler ve 852 kişinin nedeni bilinmemektedir. Türkiye'de en sık kullanılan intihar yöntemi ası (%48.7), ateşli silah (%26.3) ve yüksekten atlama (%12.5)'dir. Erkekler en çok ası ve ateşli silah kullanma yöntemini tercih ederken

kadınlar yüksekten atlama ve kimyevi madde kullanma yöntemini tercih etmektedir (TÜİK, 2023). Türkiye’de 2021’de intihar nedeniyle ölen kişilerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında %1.7’si 15 yaş altı, %9’u 15-19 yaş arası, %12.2’si 20-24 yaş arası, %12.6’sı 25-29 yaş arası, %10.8’i 30-34 yaş arası, %9.1’i 35-39 yaş arası, %9.4’ü 40-44 yaş arası, %7.1’i 45-49 yaş arası, %5.7’si 50-54 yaş arası ve %5.9’u 55-59 yaş arası, %4.9’u 60-64 yaş arası, %4.4’ü 65-69 yaş arası, %2.5’i 70-74 yaş arası ve %4.7’si 75 yaş ve üzeridir. İntihar nedeniyle ölümler her yaş grubunda görülebilse de 20-44 yaş aralığında daha fazla görülmektedir (TÜİK, 2023).

2.5. İntiharda Risk Etmenleri

İntihar önlenabilir bir fenomen olarak bilindiğinden bu riski değerlendirirken risk faktörlerini göz ardı etmemek gerekmektedir. İntihar girişimlerinin risk faktörleri; önceden yaşanan girişimler, psikiyatrik hastalıklar, ailevi sorunlar, alkol kullanımı ve madde bağımlılığı olarak bilinmektedir. Bu aşamada risk unsurları hakkında bilgi sahibi olmanın intihar davranışına engel olabileceği öngörülmektedir (Ecevit, 2019). DSÖ intihar davranışının risk faktörlerini; kişisel, ilişkisel, yaşadığı çevre ile ilgili, toplumsal ve sağlık sistemi ile ilgili olmak üzere beş basamakta değerlendirmiştir (WHO, 2014). Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, fiziki veya ruhsal hastalıklar, çocukluk dönemi, stresli yaşam şartları gibi kişisel veya çevresel faktörlerin intihar davranışı açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (Atay ve Gündoğar, 2004).

İntiharlar genelde her yaş aralığında görülse de DSÖ (2021) özellikle 15-29 yaş aralığında dördüncü ölüm nedeni olduğunu ve gelişmiş ülkelerde ileri yaşlarda daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Türkiye’de ise intihar nedeniyle ölümler her yaş grubunda görülebilse de 20-44 yaş aralığında daha fazla görülmektedir (TÜİK, 2023). Kadın cinsiyette intihar girişimleri yüksek oranlarda görülmekle birlikte, erkek cinsiyet tamamlanmış intihar girişimleri açısından daha risklidir (Borges ve ark., 2010).

Tamamlanmış intiharlar erkeklerde kadınlara göre üç kat daha fazladır (Bachmann, 2018).

İntihar girişimleri, tamamlanmış intiharlara kıyasla otuz kat kadar daha fazladır ve tekrarlanan girişimler tamamlanmış intiharların önemli belirleyicileridir (Bachmann, 2018). İntihar girişiminde bulunan hastaların %83'ünde geçmişte de bir intihar girişimi saptanmıştır (Chan ve ark., 2014). Bekar olmak, gelir düzeyinin düşüklüğü, düşük eğitim seviyesi, işsizlik, yalnız yaşamak, ailede ruhsal hastalık olması, çocukluk çağı travmaları ve ruhsal bir bozukluğun olması intihar davranışı için risk faktörleri arasında yer almaktadır (Borges ve ark., 2010). Aile çalışmalarında intihar nedeniyle ölen kişilerin akrabalarında intihar girişim riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Brent ve ark., 2008; Ranning ve ark., 2022). Ailede intihar girişimi öyküsünün olması intihar riskini artırmaktadır (Tondo ve ark., 2016).

İntihar düşüncesinden girişime geçişte öfke/dürtüsellik, cinsiyet, edinilmiş intihar yeterliliği/ölüm korkusuzluğu, algılanan başkalarına yük olma, ailede psikiyatrik tanı ve psikolojik destek almama anlamlı yordayıcılar olarak belirtilmiştir (Keleş, 2022). İntihar davranışı ile psikiyatrik bozukluk birbiri ile ilişkili ve psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde intihar davranışı genel popülasyona oranla daha yüksektir (Bolton ve ark., 2015; Chehil ve Kutcher, 2012). Psikiyatrik bozukluklarda sorun çözme becerileri, rasyonel düşünme kapasitesi, dürtü kontrolü ve yargılama becerileri olumsuz etkilenir. Sosyal olarak yalıtılmış, ekonomik kayıplar yaşayan, akademik başarı ve iş hayatında sorunları olan, baş etme becerileri uyuma dönük olmayan, sosyal işlevselliği bozulan ve aile içindeki rolünü sürdüremeyen psikiyatri hastalarında intihar riski daha yüksektir (Chehil ve Kutcher, 2012).

Kanser, epilepsi, AIDS ve multiple skleroz gibi fiziksel hastalıkların varlığında risk daha fazladır (Mann, 2002). Fiziksel hastalıklarda görülen ağrı, fiziksel görünümde

bozulma, fiziksel sınırlamalar ve sosyal izolasyon gibi faktörlerin riski 2-3 kat daha arttırdığı gözlemlenmektedir (Saxena and Fleischmann, 2014)

2.6. İntihar ve İntihar Girişimine İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar

İntihar davranışını etkileyen faktörleri açıklamak amacıyla çeşitli teoriler geliştirilmiştir (Shives, 2012).

2.6.1. Genetik Ve Biyolojik Teoriler

Tıpta, intihar davranışının genetik ve biyolojik faktörlerden etkilenmesine dair en güçlü kanıtlar, genetik işaretçiler ya da özellikler, nörokimyasal bağlanma bölgeleri üzerindeki araştırmalar, ikiz ve evlat edinilmiş bireyler arasındaki intihar davranışıyla ilgili yapılan analizlerden elde edilmiştir (Shives, 2012).

Araştırmalar, intihar düşünceleri ile ilişkili bir genetik işaretçi olarak 5-HT2a reseptör genindeki 102T/C polimorfizmini belirlemiştir. DNA analizi, bu polimorfizmin majör depresyon ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur (Aydın ve ark., 2019; Shives, 2012).

2.6.2. Psikososyal Teoriler

Fransız sosyolog Emile Durkheim, toplumu intihar oranlarını etkileyen bir faktör olarak tanımlamıştır. Durkheim, intiharları bireylerin toplumsal entegrasyon düzeyine göre üç kategoriye ayırmıştır: *egoistik*, *altrüistik* ve *anomik*. Egoistik intihar, sosyal gruplarla güçlü bir bağ kurmayan bireylerin gerçekleştirdiği intihardır; örneğin, boşanmış, çocuksuz ve yalnız yaşayan bir erkek intihar edebilir. Altrüistik intihar, yaşamını toplumun yararına feda eden kişilerin gerçekleştirdiği intihardır; örneğin, Dünya Ticaret Merkezi'ne yapılan saldırıda hayatını riske atan ve başkalarının hayatını kurtarmak için kendi hayatını feda eden bir itfaiyeci veya bağımsızlık mücadelesi için intihar eden bir bombacı bu tür intihar örnekleridir. Anomik intihar ise, bireyin aşırı stres koşullarına uyum sağlamada, başkalarıyla ilişkilerde veya toplumsal normlara uyumda

zorluk yaşadığı durumlarda ortaya çıkar; örneğın, lise döneminde popüler olan bir öğrencinin niversite yaşamına uyum sağlamakta güçlük çekmesi ve kampüste sosyal olarak kabul edilmemesi anomik intihara bir örnek teşkil edebilir (Shives, 2012).

2.6.3. Psikodinamik Teoriler

Sigmund Freud ve Karl Menninger, intiharı öfkenin ie dönmesinin bir sonucu olarak değerlendirmişlerdir. Freud, intiharı yas ve depresyon süreçleri bağlamında ele almıştır. Bir kişinin gerçek bir nesnenin kaybı nedeniyle yas süreci yaşarken, içselleştirilmiş bir sevgi nesnesinin kaybı depresyonu tetikler. Bu durumda, kişinin öfke, kırgınlık ve hayal kırıklığı gibi duyguları gerçek nesneye yönelmek yerine kendisine yönelir. Freud, bu ie dönük duyguların kişinin kendisine yönelmesinde, id, ego ve süperego arasındaki çatışmaların önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. Yapısal modelin ötesinde, Freud intiharı, "sadistik bir süper ego tarafından benliğin kurban edilmesi" olarak yeniden tanımlamıştır. Menninger, Freud'un teorisini genişleterek, intiharı başka bir kişiye karşı yöneltilmiş öfkenin kendine dönmüş bir cinayet eylemi olarak grmştir. Menninger ise, bireylerin, öldürme arzusunu, öldürülme arzusunu ve ölme arzusunu içeren bir ölüm iğdsne sahip olduklarını ileri srmştir (Sadock ve Sadock, 2008; Uçan, 2005).

2.6.4. Sosyal ğrenme Kuramı

Gözleme dayalı bir kuramdır. Örneğın; birey yüksek bir yerden atlamanın acı verip vermeyeceğini deneyimleyerek ğrenememekte ancak diğerlerini gözlemleyerek öğrenebilmektedir. Sosyal ğrenme kuramını ilk ortaya atan bilim insanı John Dewey olmuştur. Dewey'e göre birey sosyal etkileşim neticesinde tecrübelerini paylaşarak zamanla kendisine özgü bir bellek oluşturmaktadır (Ulaba, 2024). Bu kapsamda sosyal öğrenme kuramına göre bireyin yaşadığı sosyal çevrede intihar eden ya da intihar eğilimi olan kişi bulunması bireyin intihar eğilimini arttırmaktadır (Martinez ve ark., 2023).

2.6.5. Kişilerarası İntihar Kuramı

Bu kuram Thomas Edwin Joiner tarafından 2005 senesinde ortaya atılan diatez-stres kuramlarından biri olarak bilinmektedir. Kurama göre intihar etme duygusu, bireylerin kontrol edemedikleri başkalarına yük olma düşüncesi ve aidiyet duygusu nedeniyle oluşmaktadır (Chu ve ark., 2017). İşsizlik, hastalık gibi durumlarda birey sevdiği bireylere yük olduğuna, diğer bireylerin yaşamlarının kendi yaşamlarından daha kıymetli olduğuna inanmaktadır. Aidiyet duygusunun engellenmesi ise bireyin kendisini yalnız hissetmesi ve destek alabileceği bireylerle karşılıklı iletişiminin olamamasıyla açıklanmaktadır (Fiske ve O’Riley, 2016). Kişinin başkalarına yük olduğunu düşünmesi ile aidiyet hissinin engellenmesi umutsuzluğa neden olmaktadır. Umutsuzluk düzeyi yükseldikçe bireyin intihar eğilimi de artmaktadır (Bulut ve Demirtaş, 2021).

2.6.6. Bütünleyici Güdüsel-İradesel Kuram (BGİK)

İntihar girişimleri ve intihar düşüncelerinin meydana gelişini açıklayan, düşünceden davranışa geçiş temelli mental bir yapıdır. BGİK, intihar fikri niyet ve istek gibi dürtüsel özelliklerin, eylemler ve planlar gibi iradeye dayalı yönlerin gelişiminin nasıl olduğunu ortaya koymaya çalışmaktadır. Bu kuramda kişisel yatkınlıkların stres faktörü aktif duruma geldiğinde intihar fikrinin gelişmesi bakımından yüksek risk oluşturduğunu vurgulayan yatkınlık (diater-stres) modeli olmaktadır. Söz konusu yaklaşımın geliştirilmesine neden olan ilke intihar davranışı adına risk unsurları konusundaki var olan kanıtlar, bireyleri intihar konusunda düşünmeye iten ve bireylerin fikirlerine göre eyleme geçip geçmeyeceklerini belirleyen unsurlar hususunda olasılıklarda bulunabilmektedir. Diğer bir söylemle kuram intiharı psikolojik bozukluklar ile değil bir bireyin intihar etmeye eğilimi sonrasında intihar davranışında bulunmasını öngören yakınlaştırmacı unsurların karmaşık bir etkileşimi neticesi meydana gelen davranış olarak kavramsallaştırılmıştır (O’Connor ve Kirtley, 2018).

2.6.7. Değişken Yatkınlık Kuramı

Değişken Yatkınlık Kuramı, 2006 yılında ilk olarak M. David Rudd tarafından ortaya atılmıştır. Bilişsel kuramlardan biri olarak bilinmektedir. DYK'nın (Değişken Yatkınlık Kuramı) vakitsel dinamikler konusundaki temel olasılıkları şunlardır; intihar riski, kişisel ve çevresel evrelere tepki olarak değişen dinamik özelliklere sahiptir. Diğer intihar riski zaman içerisinde değişime direnen kalıcı özelliklere sahiptir. Bir diğeri de intihar davranışları kalıcı (temel) ve dinamik (akut) risk aşamaları arasındaki etkileşimin bir neticesi olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Söz konusu varsayımlar bir araya gelerek doğrusal olmayan değişim evrelerine vurgu yapılmaktadır. Bu varsayımlar günümüzde yayınlanan pek çok çalışma tarafından da desteklendiği görülmektedir (Bryan ve Rudd, 2018; Rudd, 2006).

2.7. İntihar Riskinin Değerlendirilmesinde Acil Servislerin Stratejik Rolü ve Önemi

Acil servisler, intihar riski taşıyan bireyler için ilk temas noktası olarak kritik bir işlev görür; bu noktada hızlı ve etkili bir değerlendirme ile müdahale, bireylerin yaşamlarını koruyabilir ve sonraki tedavi süreçlerini yönlendirebilir. Bu bağlamda, acil servislerdeki sağlık profesyonelleri, intihar riski taşıyan bireylerin psikiyatrik değerlendirmelerini yapabilme yeteneğine sahip olmalı ve uygun güvenlik önlemlerini alarak, bireylerin ihtiyaç duyduğu psikososyal destekleri sağlamalıdır (Hawton ve ark., 2019). Ayrıca, acil servislerin stratejik olarak entegre edilmiş kriz müdahale protokolleri ve multidisipliner yaklaşımlar, intihar riskinin azaltılmasında önemli bir rol oynar. Bu servisler, bireylerin acil durumlarından sonra uygun tedavi ve destek hizmetlerine yönlendirilmesini sağlayarak, uzun vadeli iyileşme süreçlerini destekler (Crosby ve ark., 2011). Bu nedenle, acil servislerin intihar önleme stratejilerinin etkinliği, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük bir öneme sahiptir. Araştırmalar, intihar sonucu

ölen bireylerin yaklaşık %50'sinin ölümlerinden önceki yıl içinde en az bir kez acil servislere başvuruda bulunduklarını ortaya koymaktadır (Ata ve ark., 2021; Gairin ve ark., 2003; Yılmaz ve ark., 2018). Bu veriler, intihar girişiminden sağ kurtulan kişilerin acil servis ziyaretinden sonraki dönemde başka bir intihar girişimi açısından yüksek risk taşıdığını göstermektedir. Ancak, hastaların zamanında tedaviye dahil edilmesi ve acil servisten taburcu olduktan sonra uygun takip hizmetlerinin sağlanması, tekrarlayan intihar girişimlerine bağlı ölümleri önemli ölçüde azaltabilmektedir (Motto ve Bostrom, 2001; Son ve ark., 2020; WHO, 2021b).

İntihar riski taşıyan hastalar acil serviste sarhoşluk belirtileri gösterebilir, bu nedenle ayılana kadar acil serviste tutulmalı ve sonrasında intihar riski değerlendirilmelidir. Yatarak tedavi gereksinimi varsa düzenlenmeli, ayaktan tedavi kabul eden hastalar için aile ile iş birliği yapılmalı ve poliklinik kontrol randevuları oluşturulmalıdır (Çelik Erden, 2023). Acil servislere başvuran intihar girişiminde bulunan kişiler için genellikle aldıkları bakım, sağlık hizmetleriyle olan son temasları olabilir. Bu nedenle, acil servislerde sunulan bakım sadece acil durumu ele almakla kalmayıp, aynı zamanda bireylerin psikososyal yönlerinin de değerlendirilmesini içermelidir (Biggs ve ark., 2015).

2.8. İntihar Girişiminde Buluna Bireye Yaklaşım ve Psikiyatri Hemşireliği

İntihar büyük ölçüde önlenabilir bir durumdur. İntihara bağlı ölümlerin azaltılması DSÖ tarafından küresel bir hedef olarak tanınmış ve 2013'te kabul edilen Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda 2020'ye kadar ülkelerdeki intihar oranını %10 azaltmak hedeflenmiştir. Ayrıca Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında 2030'a kadar, önleme ve tedavi yoluyla bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranlarının azaltılması, ruh sağlığını iyileştirme ve geliştirmenin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu'nun kabul ettiği 10 Ekim Dünya

Ruh Sağlığı Günü'nün 2019 yılı teması "Ruh sağlığını güçlendirme ve intiharı önleme" olarak belirlenmiştir (WHO,2014). DSÖ'nün intihar girişimlerini önlemek için belirttiği önlemler arasında intihar araçlarına erişimi azaltma, medya raporlarının uygun şekilde verilmesi, okul temelli müdahaleler, alkolün zararlı kullanımını azaltmak için politikalar uygulama, ruhsal hastalığı, madde kullanım bozuklukları, kronik ağrı ve akut duygusal sıkıntıları olan kişilerin erken teşhisi, tedavisi ve bakımı, uzman olmayan sağlık çalışanlarına intihar davranışının değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda eğitim verilmesi, intihar girişiminde bulunan kişilerin takibi ve toplumsal desteğin sağlanması bulunmaktadır (WHO, 2024). Avusturalya'da intihar girişiminde bulunan ve sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler ve aileleri ile yapılan bir çalışmada en etkili müdahaleler intihar girişiminde bulunan bireyler için takip bakımının ve ruh sağlığı profesyonellerine erişimin iyileştirilmesi, toplumda intihara ilişkin farkındalığın artırılması, okullarda intihar eğitimi, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi olarak belirtilmiştir (NHMRC, 2020). İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında psikiyatri hemşireleri bütüncül yaklaşım göstermeleri, hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olmaları nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp, karşılayabilecek donanımdadır (Temel, 2009). Psikiyatri hemşireleri intihar girişiminde bulunmuş bireyle acil servis, evde bakım, kısmi bir hastane programı, psikiyatri kliniği veya toplum sağlığı hizmetlerinde karşılaşabilmektedir. Hastane veya toplum sağlığında çalışan hemşirelerin intihar girişiminde bulunmuş bireye bakım verirken güvenliğini sağlama, risk değerlendirmesi yapma, sağlık eğitimi verme, taburculuk planı oluşturma, psikoterapötik müdahaleler uygulama ve takip programlarında yer alma gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Grund, 2018). Hastaya sunulan bakım hemşirenin yaşama ve hayata bakış açısını yansıtacağından psikiyatri hemşireleri öncelikle yaşamın kendisi için ne anlam ifade ettiğini sorgulamalı, daha sonra

intihar girişiminde bulunan birey hakkında duygu, düşünce ve tutumlarının farkında olmalıdır (Stuart, 2013). Psikiyatri hemşiresi intihar davranışı olan bireyle karşılaştığında farklı tepkiler gösterebilmektedir. Dini ya da ahlaki inançları nedeniyle intihar girişiminde bulunan bireyi zayıf, kötü, ahlaksız olarak görme, bakım verilmeye değer bulmama, hastanın yaşaması için pek çok nedeni olduğunu düşünüyorsa kriz ortamı yarattığı için öfke; depresif olan ve kendi yaşamından memnun olmayan hemşirelerin hastayla etkileşim kurarken kendisini tehdit altında hissetmesi, hasta ile aşırı özdeşim kurması, hastaların tekrarlı girişimleri sonucu cesaretlerinin kırılması, hastanın davranışından aşırı derecede kendini sorumlu hissetme, intihar girişimi hastane ortamında meydana gelmişse suçluluk, şok, öfke, utanç ve benlik saygısında azalma gibi travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterebilmektedirler (Demirkıran, 2014; Stuart, 2013). Birey ve ailesini zaman içinde iyi tanımış olması durumunda bu durum hemşire için yıkıcı olabilmekte, sonuç olarak kurumdan veya mesleğinden ayrılabilir (Videbeck, 2020). İntihar girişiminde bulunan hastalarla çalışırken ve bakım verirken oluşan duyguları kabul etmek ve anlamak önemlidir (Stuart, 2013).

Bir çalışmada, psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin %55'inin hasta intiharıyla karşılaştığı ve %13.7'sinin travma sonrası stres bozukluğu için yüksek risk altında olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %80'i intiharı takiben kendileri için hiçbir ruh sağlığı programının uygulanmadığını ifade etmişlerdir (Takahashi ve ark., 2011). Yine bir çalışmada hemşirelerin büyük bir çoğunluğu, hastanın kendisine zarar vermesini engelleyememe konusunda yoğun bir sorumluluk hissine sahip olduklarını, anksiyete, stres, huzursuzluk ve korku yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Türktaş, Yılmaz ve Soylu, 2018). Hastaya zamanında müdahale ve tedaviyi engelleyebilecek birçok mit ve yanlış inanış bulunmaktadır. Psikiyatri hemşiresinin intihar hakkında yaygın olan mitler ve bu mitlerin kendi tutum ve davranışları üzerindeki etkisinin farkında olması önemlidir.

Örneğin; hastanın intihar düşüncelerini sorgulamanın intiharı tetikleyeceğini düşünen bir hemşire, yanlış bir şey söyleme korkusuyla hasta ile ilgilenmekten kaçınabilir ve hastaya soru sormakta tereddüt edebilir (Demirkıran, 2014; Mina, 2019; Temel, 2009). Bundan dolayı psikiyatri hemşirelerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.



3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı tasarımdaki bu çalışma Atatürk Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Yetişkin Acil Servis Birimine intihar girişimi sebebiyle başvuru yapan hastaların hemşirelik işlemlerinin kaydedildiği dokümantasyonlar ve hasta otomasyon sistemindeki bilgiler retrospektif olarak incelenmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan 763.320 nüfuslu bir ilde yürütülmüştür. İl merkezinde bir eğitim ve araştırma hastanesi mevcut olup, hastanenin acil servisine çalışmanın yürütüldüğü tarih aralığında 274442 hasta başvurmuştur. Hastaneye başvuruda bulunan vakaların 4414'ü adli vakalardan oluşturmaktadır. Hastanede intihar vakaları adli olay olarak değerlendirilmekte ve başvurular acil servise yapılmaktadır. Araştırma 2 Şubat 2024- 24 Ocak 2025 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Birimine 1 Ocak 2024- 31 aralık 2024 tarihleri arasında intihar girişimi sebebiyle başvuran 4414 adli vaka oluşturmuş olup intihar girişimi ile başvuran hastalar örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 134 hasta oluşturmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Adli olgu olarak kayıt altına alınmış olan,
- İntihar girişimi ile kaydedilen intiharla ilişkili ICD-10 kodları (X44-X74) kayıtlarında yer alan,
- İntihar girişimi (ilaç içme, delici-kesici aletle kendine zarar verme, kimyasal madde içme, alkol içme, yüksekten atlama, ası, ateşli silahla vurma) olan vakalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri; hastane bilgi sistemi üzerinden araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu aracılığıyla toplandı. Hastanede intihar vakaları adli olay olarak değerlendirilmekte ve başvurular acil servise yapılmaktadır. Hastaneye başvuran bütün hastaların protokol numaraları, yaşları, cinsiyetleri, kabul tarihleri, iletişim bilgileri ve hastalıkları ile ilgili özellikler (geliş şikayeti, ön tanısı, konsültasyon durumu, tıbbi tanı, önerilen tedavi vb) hastane bilgi sistemi üzerinde hastaya ait protokol numarası aracılığıyla kayıt altına alınmaktadır. Hastaya ait protokol numarası üzerinden hastaya ait daha önceki ve şimdiki tıbbi kayıtlara ulaşılabilir. Bütün başvurularda ICD-10 tanı sınıflaması kullanılmaktadır. İntihar vakaları ayrıca hastane kayıt sistemi üzerinde adli vakalar başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Verilerin güvenliği açısından kayıtlar sadece yetkili hastane personelinin erişimine açık olup, yeni veri girişi, veri düzenleme ve görüntüleme yetkisi hastane personeline (tıbbi sekreter, hemşire ve hekimlere) aittir.

Hasta kayıtlarına kurum izni alındıktan sonra hastane bilgi işlem biriminden sorumlu bilgi işlem personeli aracılığıyla ulaşıldı. Öncelikler sistem üzerinden 1 Ocak 2023-31 Aralık 2023 tarihleri arasında başvuruda bulunan ve adli vaka olarak sisteme kaydedilen hastaların bilgilerine ulaşıldı, daha sonra adli vakalar içinden intihar ile kodlanan hastalar listelendi. Oluşan listede 134 vakaya ulaşıldı, bu vakalara ilişkin tanılamamanın doğruluğu ve kayıtların güvenilirliğini belirlemek amacıyla her bir vakanın protokol numarası aracılığıyla, ICD-10 Kodları kontrol edilerek tanılamamanın intiharla ilişkili olup olmadığı kontrol edildi. Ayrıca hastane bilgi sistemi üzerinden araştırmanın yürütüldüğü tarih aralığında ICD-10 Kodu X44-X70 arasında olan başka vakaların var olup olmadığı da kontrol edildi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan (Ata ve ark., 2021, Akman ve Ataç Öksüz., 2024, Asoğlu ve ark., 2013) 16 soruluk veri toplama formu kullanılarak hastane otomasyon bilgi sistemi üzerinden hasta kayıt dosyaları incelenerek veriler toplandı.

3.5.1. Veri Toplama Formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu 16 sorudan oluşmaktadır. İntihar eyleminde bulunan kişinin yaşı, cinsiyeti, intihar girişim yılı, intihar girişim ayı, intihar girişim mevsimi, intihar girişim nedeni, intihar girişim şekli, daha önce intihar girişim öyküsü olup olmadığı, intihar girişim sayısı, son 6 ayda psikiyatrik tedavi alıp almadığı, intihar girişimleriyle ilişkilendirilen stres faktörleri, fiziksel ya da ruhsal bozukluk varlığı, fiziksel ya da ruhsal hastalık tanıları, , acil serviste yapılan müdahale, acil servis gözlem sonucu, intihar girişiminin sonuçlanma şekli, intihar girişimi sonrası psikiyatriye başvurma durumu gibi konuları içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS Statistics (Statistical Program for Social Sciences) 22 programı kullanılmıştır. Hastaların demografik özelliklerinin, intihara ilişkin özelliklerinin, acil serviste yapılan müdahalelerin ve intihar girişimi öncesi son bir yıl içinde yaptığı hastane başvuruları ile ilgili özelliklerin dağılımları sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma ile değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun onayı (EK-2), ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması "Özerklik" "Gizlilik ve

Gizliliğin Korunması" "Kimliksizlik ve Güvenlik" ve "etik" ilkelerine uyulmasına dikkat edilmiştir. Araştırmada "insan onuruna saygı" da dikkate alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri 2 Şubat 2024- 24 Ocak 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Yetişkin Acil Servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalar ile sınırlıdır.



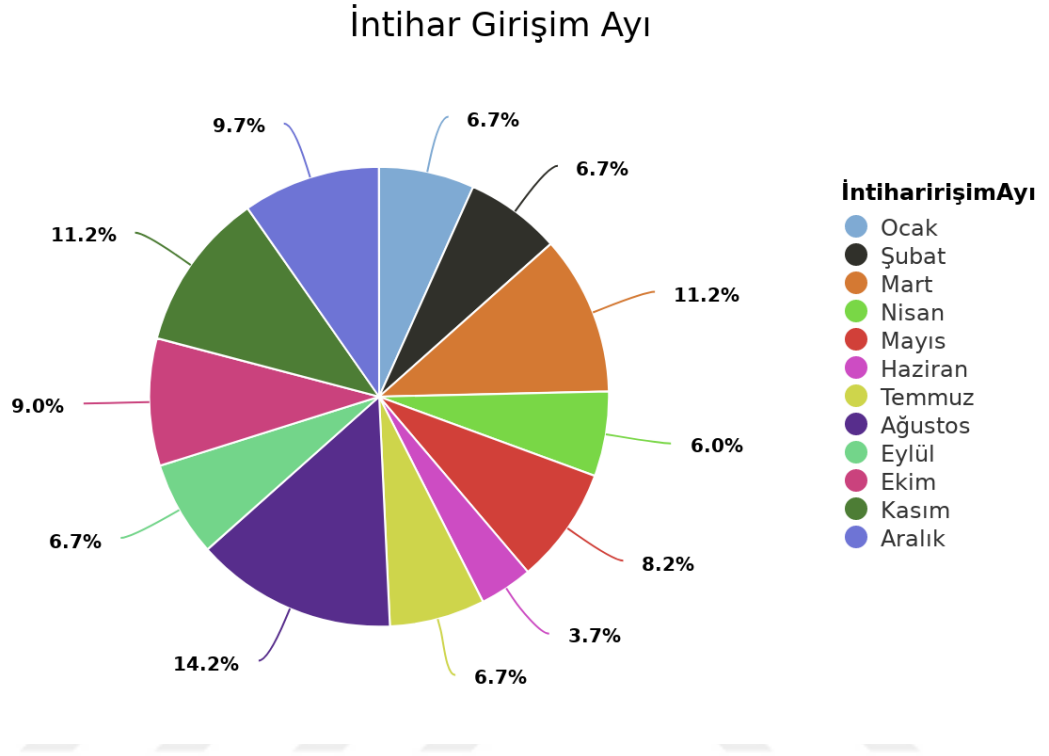
4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmada vakaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %62.7’sinin 15-29 yaş aralığında olduğu, %61.2’sinin kadın, %38.8’inin ilköğretim mezunu, %57.5’inin bekar, %52.2’sinin çocuk sahibi olduğu, %64.9’unun gelirinin orta düzeyde olduğu ve %82.2’sinin kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. İntihar vakalarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	(%)
Yaş grup		
15-29 yaş	84	62.7
30-49 yaş	43	32.1
50 ve üzeri	7	5.2
Cinsiyet		
Kadın	82	61.2
Erkek	52	38.8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	52	38.8
Lise	46	34.3
Üniversite ve üzeri	36	26.9
Medeni Durum		
Evli	57	42.5
Bekâr	77	57.5
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	70	52.2
Hayır	64	47.8
Gelir Durumu		
İyi	26	19.4
Orta	87	64.9
Kötü	21	15.7
Kronik Hastalık		
Var	23	17.2
Yok	111	82.8

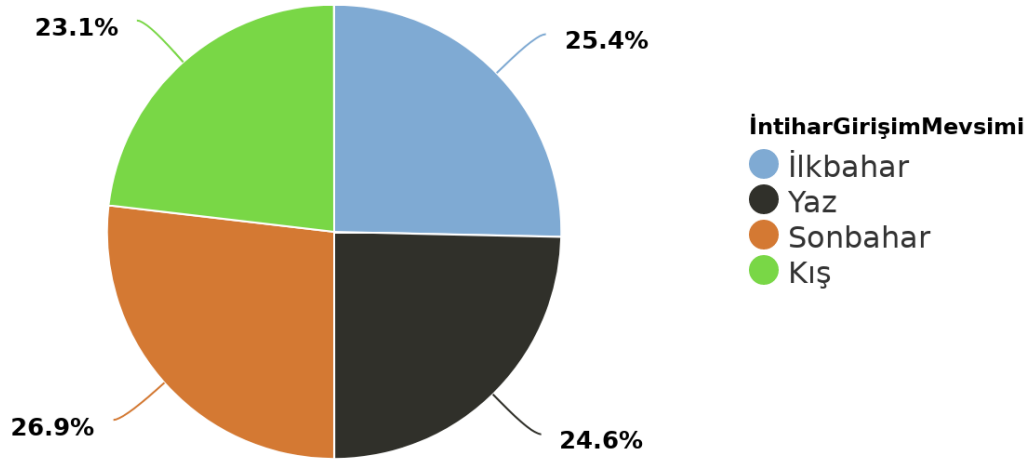
Araştırma kapsamına alınan vakaların tamamı 2023 yılında intihar girişiminde bulunmuştur. Vakaların gerçekleştiği ay incelendiğinde; %14.2'sinin Ağustos ayında gerçekleştiği belirlenmiştir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Aylara göre intihar vakalarının dağılımı

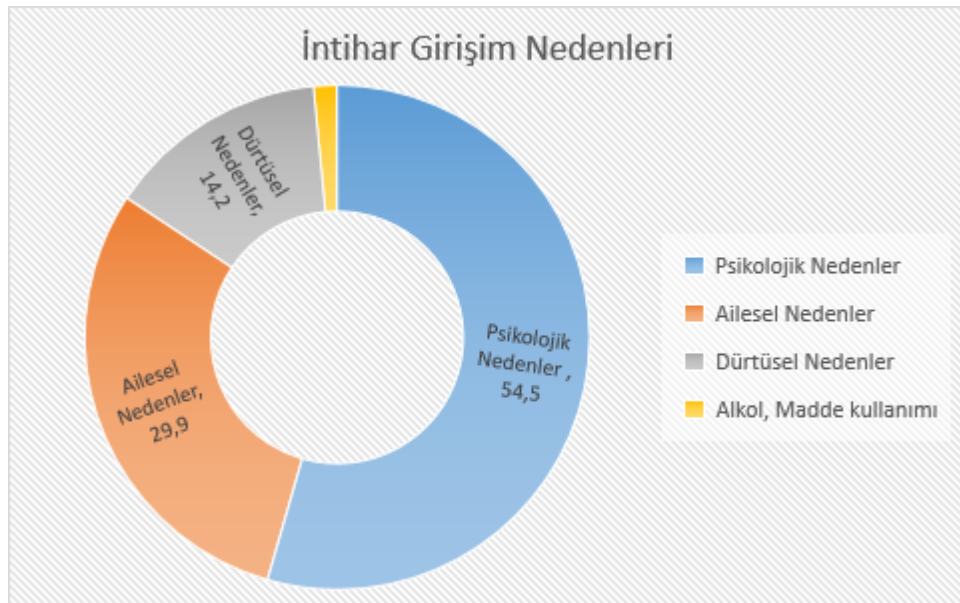
Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının mevsimsel açıdan incelendiğinde; %26.9 oranında sonbahar mevsiminde gerçekleştiği saptanmıştır (Şekil 4.2).

İntihar Girişim Mevsimi



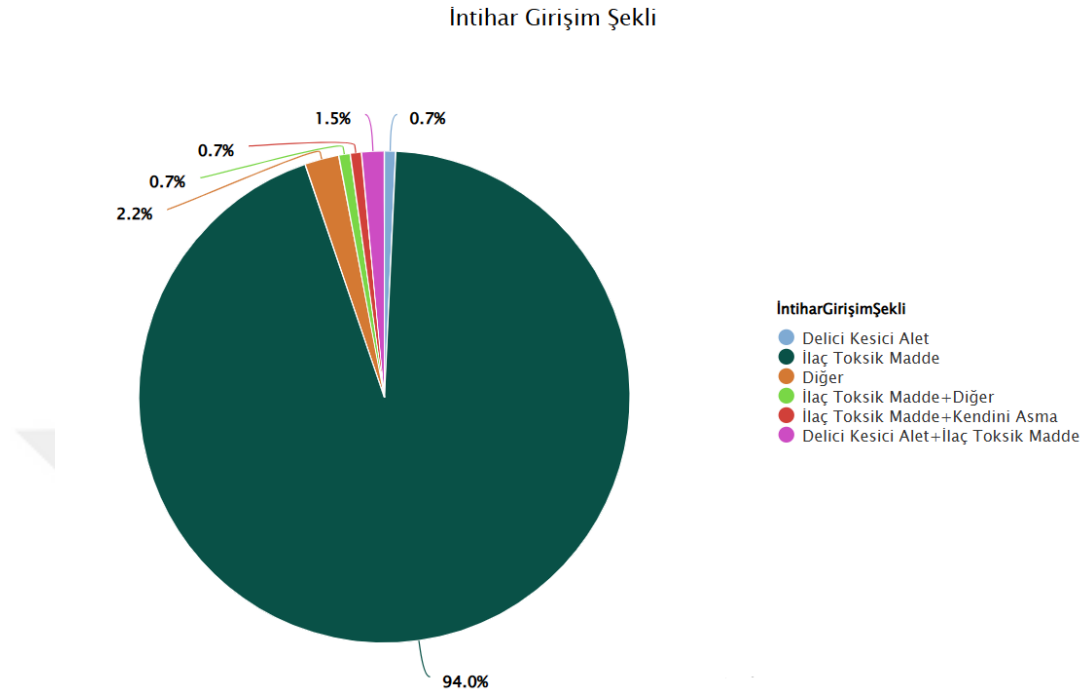
Şekil 4.2. Mevsimlere göre intihar vakalarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının nedenleri incelendiğinde; %54.5 oranında psikiyatrik hastalıklar olduğu saptanmıştır (Şekil 4.3).



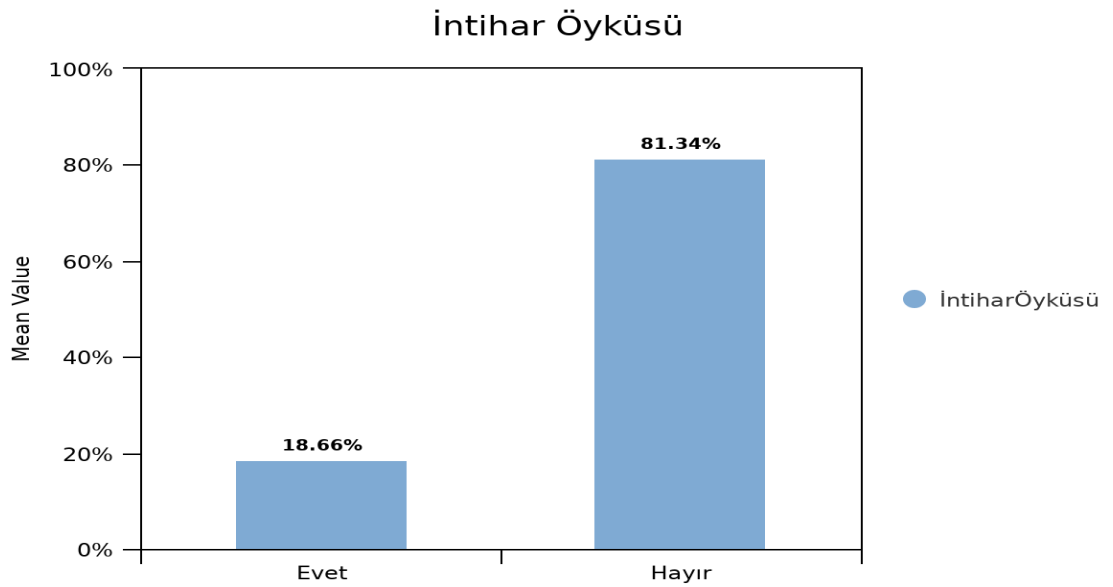
Şekil 4.3. İntihar girişim nedenlerinin dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının girişim şekilleri incelendiğinde; %94 oranında ilaç/toksik madde olduğu saptanmıştır (Şekil 4.4).



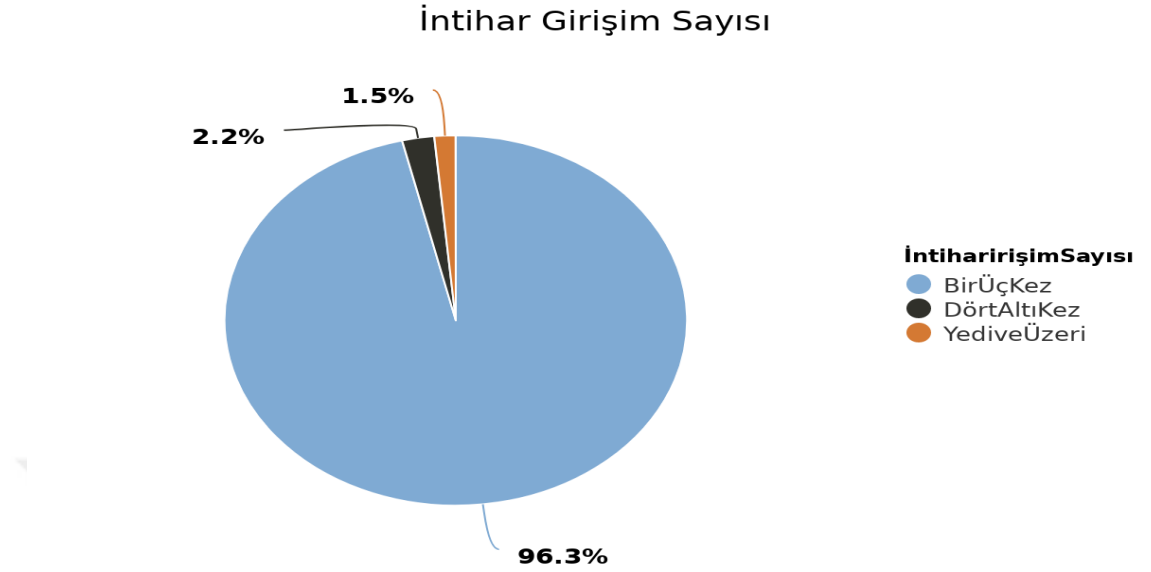
Şekil 4.4. İntihar vakalarının girişim şekillerinin dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının intihar öyküsü olma durumları incelendiğinde; %81.3'ünün böyle bir öyküsünün olmadığı belirlenmiştir (Şekil 4.5).



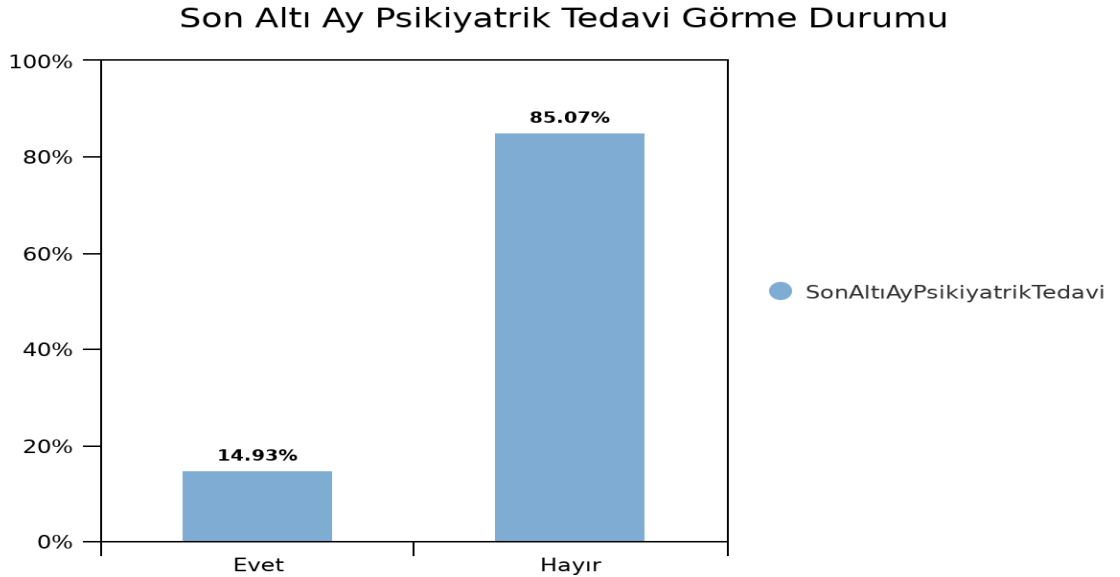
Şekil 4.5. İntihar vakalarının intihar öyküsü olma durumları

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının girişim sayıları incelendiğinde; %96.3 oranında 1-3 kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (Şekil 4.6).



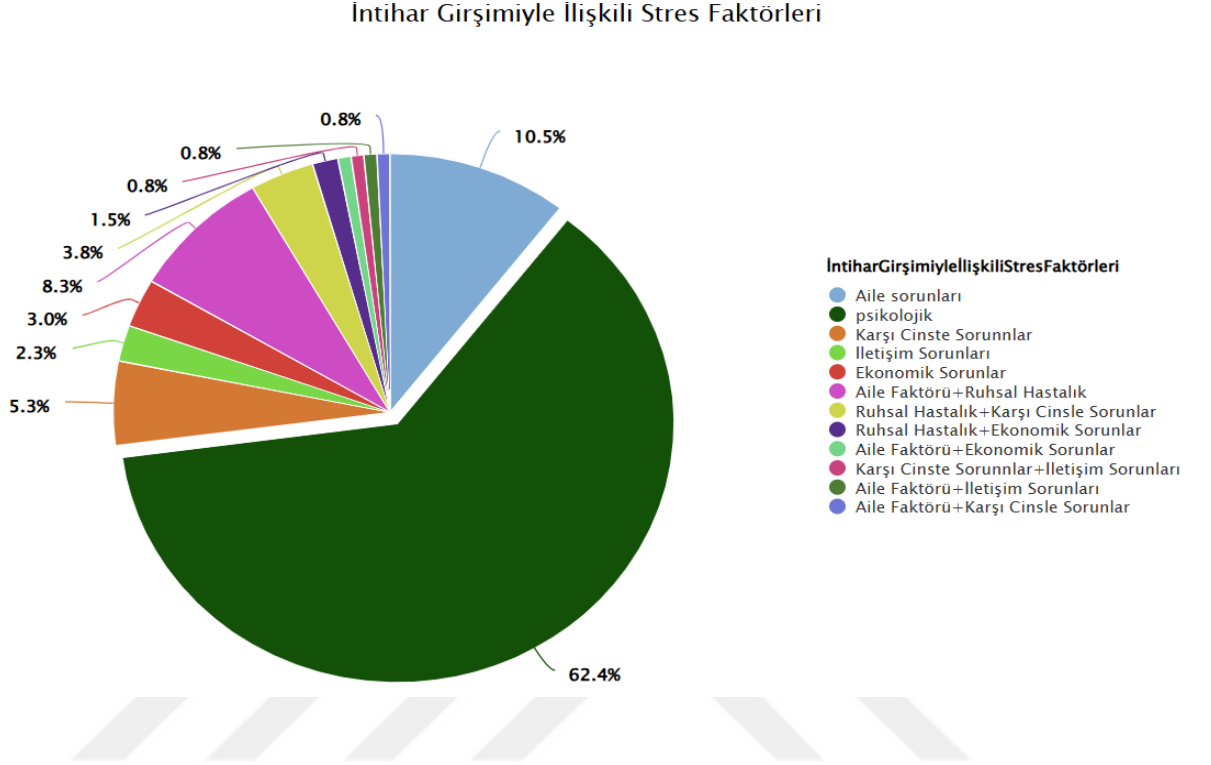
Şekil 4.6. İntihar vakalarının girişim sayılarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının psikiyatrik tedavi alma durumları incelendiğinde; %85.07 oranında psikiyatrik tedavi almadığı saptanmıştır (Şekil 4.7).



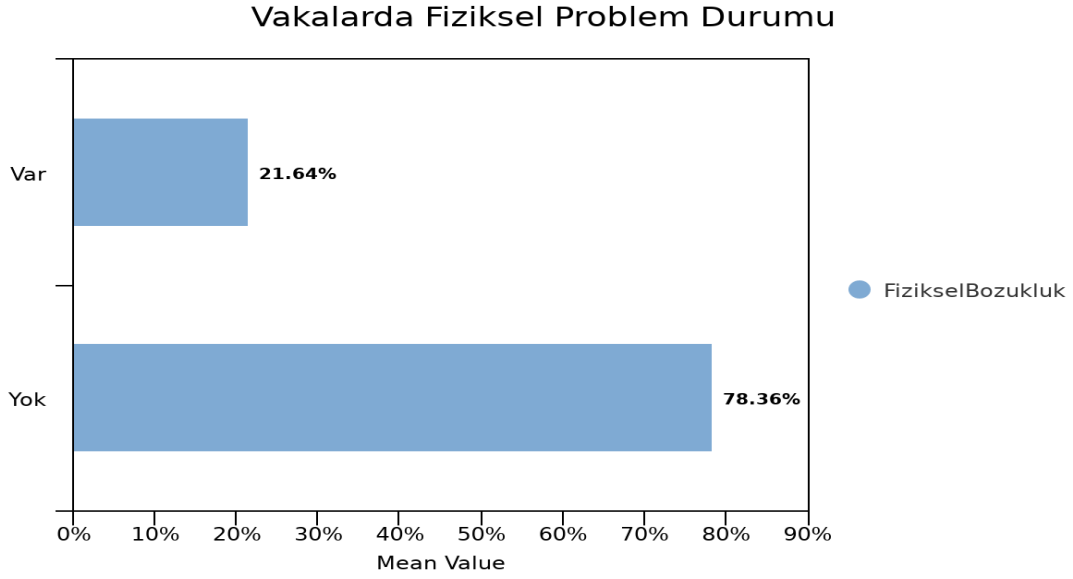
Şekil 4.7. İntihar vakalarının psikiyatrik tedavi alma durumlarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan vakalarının intihar girişimiyle ilişkili stres faktörleri incelendiğinde; %62.4 psikolojik nedenler oluştururken, bunu %10.5 ile aile sorunları ve %5.3 oranında karşı cinsle alakalı sorunların olduğu saptanmıştır (Şekil 4.8).



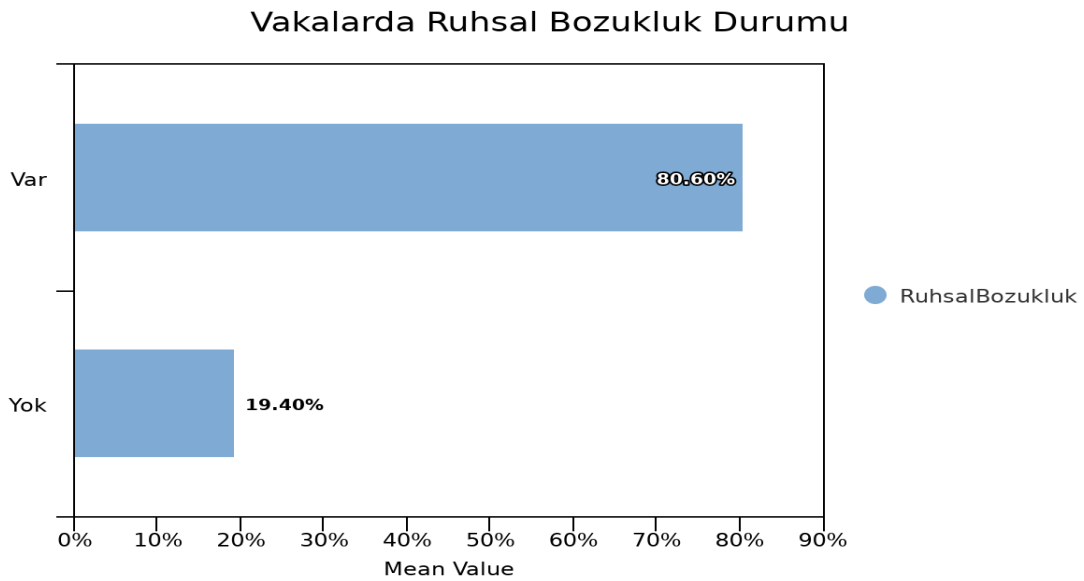
Şekil 4.8. İntihar girişimiyle ilişkili stres faktörlerinin dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının fiziksel sorun durumları incelendiğinde; %78.6 oranında fiziksel sorunlarının olmadığı saptanmıştır (Şekil 4.9).



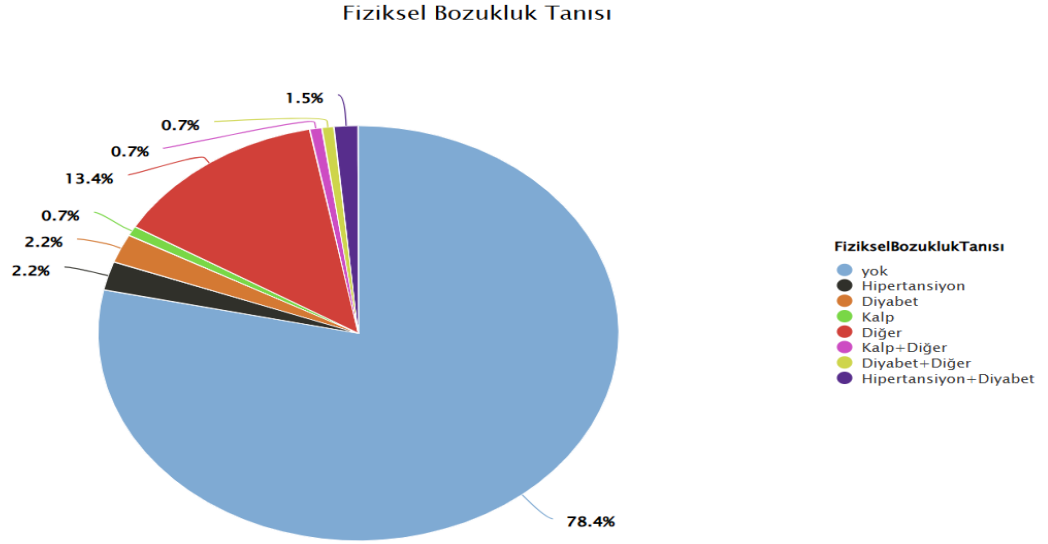
Şekil 4.9. İntihar vakalarının fiziksel sorun durumlarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının ruhsal sorun durumları incelendiğinde; %80.6 oranında ruhsal sorunlarının olduğu saptanmıştır (Şekil 4.10).



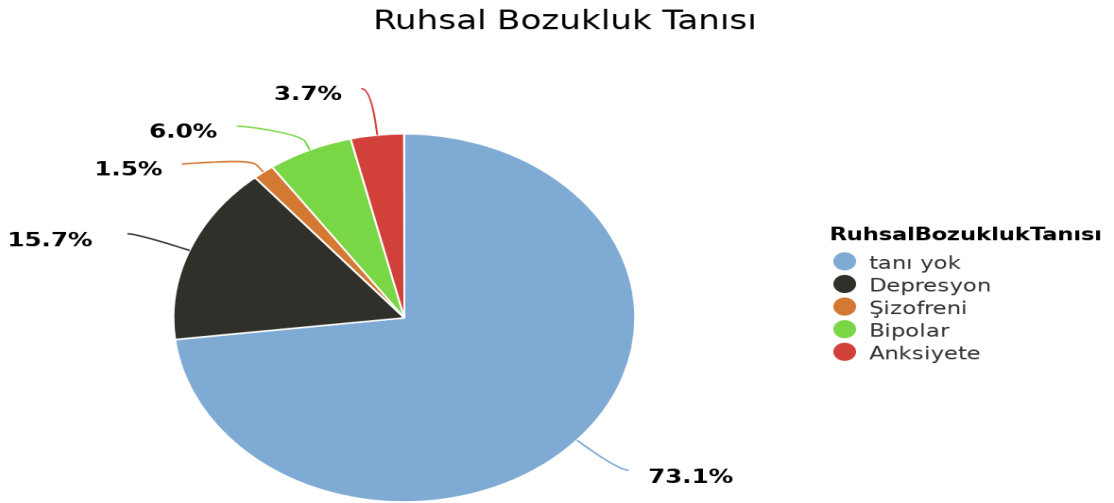
Şekil 4.10. İntihar vakalarının ruhsal sorun durumlarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının fiziksel bozukluk tanıları incelendiğinde; %2.2 oranında hipertansiyon, %2.2 oranında diyabet, %13.4'ünde ise diğer hastalık tanılarının olduğu saptanmıştır (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. İntihar vakalarının fiziksel hastalık tanılarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının ruhsal bozukluk tanıları incelendiğinde; %15.7 oranında depresyon, %6 oranında bipolar, %3.7'sinde ise anksiyete tanılarının olduğu saptanmıştır (Şekil 4.12).

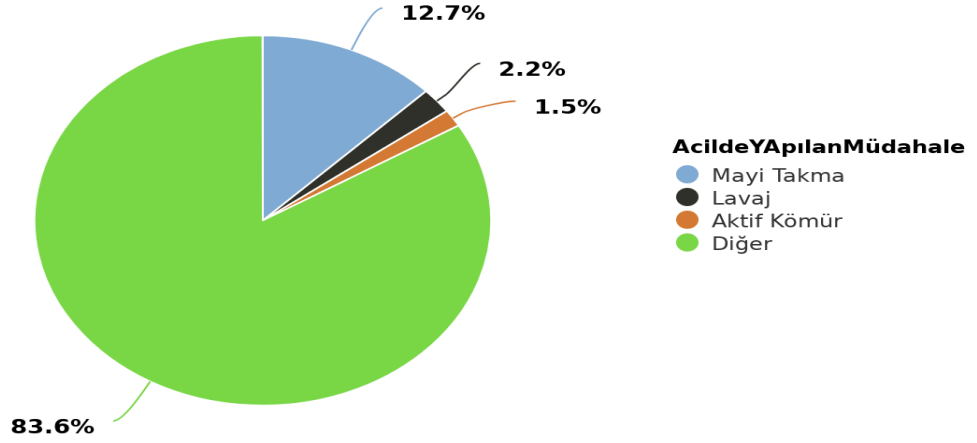


Şekil 4.12. İntihar vakalarının ruhsal hastalık tanılarının dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarına acilde yapılan müdahale durumları incelendiğinde; %83.6 oranında diğer uygulamalar yer alırken, %12.7 oranında mayi

takma, %2.2 oranında lavaj ve %1.5 oranında ise aktif kömür girişimlerinin yapıldığı saptanmıştır (Şekil 4.13).

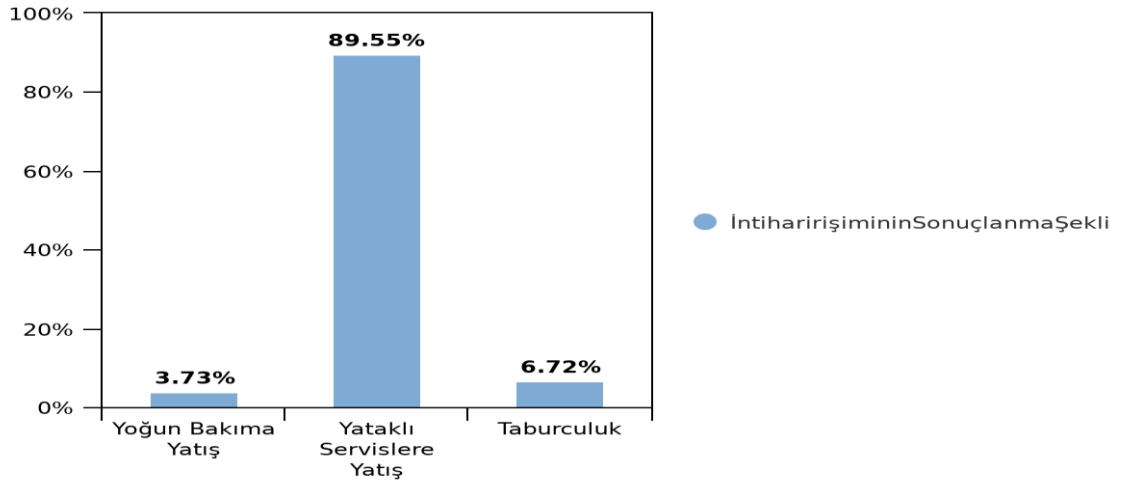
Acil Serviste Yapılan Müdahale Türü



Şekil 4.13. İntihar vakalarına acil serviste yapılan müdahale türünün dağılımı

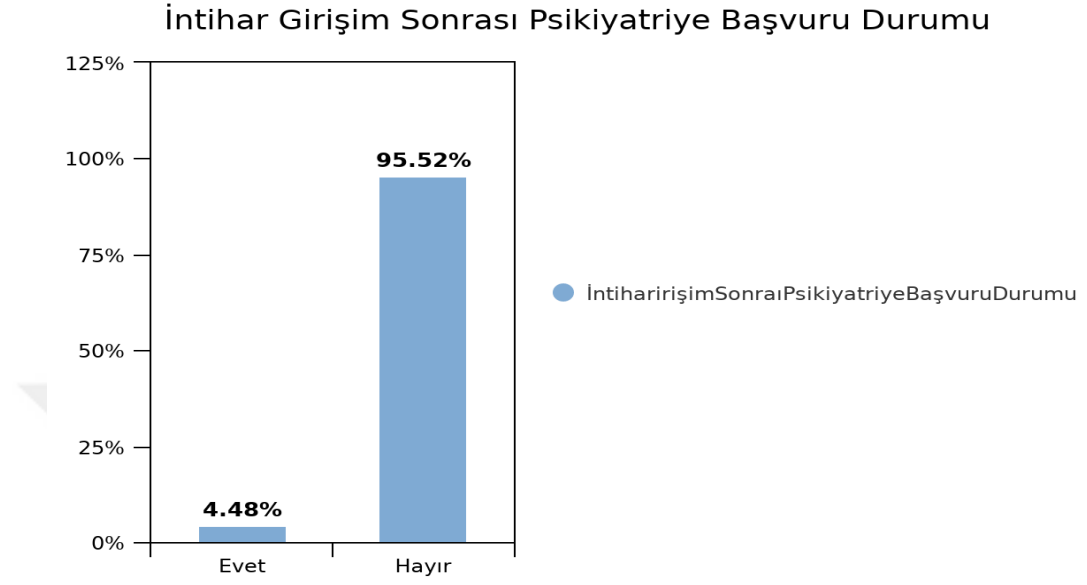
Araştırma kapsamına alınan intihar girişimlerinin sonuçlanma şekilleri incelendiğinde; %89.55 oranında yataklı servislerde yatış, %3.7 oranında yoğun bakımda yatış ve %6.72 oranında ise taburculuk ile sonuçlanmıştır (Şekil 4.14).

İntihar Girişiminin Sonuçlanma Şekli



Şekil 4.14. İntihar vakalarının fiziksel hastalık tanıların dağılımı

Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının girişim sonrası psikiyatri kliniğine başvuru durumları incelendiğinde; %95.6 oranında başvuru yapmadıkları belirlenmiştir (Şekil 4.15).



Şekil 4.15. İntihar vakalarının girişim sonrası psikiyatriye başvuru durumlarının dağılımı

5. TARTIŞMA

Önemli bir halk sağlığı problemi olan intihar dünya çapında önde gelen ölüm sebeplerinden biridir (Akman ve Ataç Öksüz., 2024). Gelişmiş ülkelerde ölüm olguları incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre en önde gelen on nedeninden biri de intiharlardır (Hatip, 2018).

Çalışmamızda değerlendirilen 134 vakanın tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Araştırmada vakaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %62.7'sinin 15-29 yaş aralığında olduğu, %61.2'sinin kadın, %38.8'inin ilköğretim mezunu, %57.5'inin bekar, %52.2'sinin çocuk sahibi olduğu, %64.9'unun gelirinin orta düzeyde olduğu ve %82.2'sinin kronik hastalığının olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Literatür tarandığında cinsiyeti kadın olanların intihar oranının cinsiyeti erkek olanlara göre yaklaşık 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Keten ve ark., 2015). Hatta araştırmalar intihar vakalarının her iki cinsiyet grubunda da genç yetişkin yaş aralığında daha sık olmakla beraber cinsiyeti kadın olanlarda daha genç yaşta intihara başvurduğunu göstermiştir (Mann ve ark., 2002). Özkıyım girişimi sebebiyle ile acil servise başvuran vakaların çoğunluğu kadın olup (Alves ve ark. (2017), Gürsoy ve Öztürk (2018), Işık ve ark. (2020), Liu ve ark. (2019), Utlu (2018), Zhao ve ark. (2015), yaş aralığı 15-29'dur. (Günderci ve ark (2017), Gürsoy ve Öztürk (2018), Mukamutara (2019), Utlu (2018), Zhao ve ark. (2015), yine vakaların eğitim durumu ilköğretim mezunu olup (Gürsoy ve Öztürk (2018), Zhao ve ark. (2015) medeni durumlarının bekar (Filippatos ve Karasi (2017), Günderci ve ark. (2017), Gürsoy ve Öztürk (2018), Mukamutara (2019) olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızın sonuçları da literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza alınan vakaların tamamı 2023 yılında intihar girişiminde bulunmuştur. Vakaların gerçekleştiği ay incelendiğinde; %14.2'sinin Ağustos ayında

gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar özkıym girişimlerinin daha çok ilkbahar ve yaz aylarında gerçekleştirildiğini göstermiştir (Köse ve ark., 2012). Şenol ve ark.(2005) yaptığı araştırmada özkıym girişimlerinin en çok temmuz (%25.8) ayında, ayrıca alınan intihar vakalarının mevsimsel açıdan incelendiğinde; %26.9 oranında sonbahar mevsiminde gerçekleştiği saptanmıştır. Woo ve ark. (2012) intihar girişimlerinin ilkbahar ve yaz aylarında arttığını belirten bir derleme yayınlamıştır (Hatip ve ark.,2020). Çiftçi ve ark. (2020) yaptığı bir araştırmada ise intihar olgularının 1/3'ü sonbahar mevsiminde özkıym girişimde bulunduğu, çoğunluğunun yaşadığı gözlemlendi. Bizim araştırmamızda ise özkıym vakalarının mevsimlere göre dağılımının birbirine çok yakın olduğu görüldü (Şekil 4.2). Mevsimsel değişiklikler bireylerin duygu durumunu etkileyerek intihar girişimin gerçekleşmesine neden olabilir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında mevsimsel değişimlerin intihar girişimleri üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda intihar vakalarının nedenleri incelendiğinde; %54.5 oranında psikolojik nedenler olduğu saptanmıştır (Şekil 4.3). Literatürde intihar girişimlerinin hastaların ruhsal problemlerini ya da yardım isteklerini ifade etmek amacıyla impulsif olarak ve küçük bir oranda yaşamına son verme arzusu nedeniyle gerçekleştirildiği vurgulanmaktadır (Kawahara ve ark.,2017). Ruhsal hastalık bir bireysel neden olarak birçok çalışmada intihar için mühim bir risk faktörüdür (Işık ve ark., 2020). Ayrıca yaş guruplarına göre değerlendirildiğinde, olumsuz yaşam olaylarını içeren ilişkisel unsurların intiharı tetikleyebilecek potansiyel sebepler arasında olduğu görüşü desteklenmektedir. Liu ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında bir eş ya da aile üyesi ile intihar günü ya da intihar ayında kavga etme özkıym girişim riskinin artışıyla ilişkilendirmiştir. Olumsuz yaşam olaylarını, genç kişiler ve ruhsal hastalığı olan kişiler üzerinde daha etkili olduğu saptanmıştır. İntihar vakalarında iyi eğitilmiş olan kişilerde

sosyal desteğin düşük olduğu da saptanmıştır (Liu ve ark., 2018). Araştırmamızın sonuçları literatür ile uyumludur.

Araştırmamızında intihar vakalarının girişim şekilleri incelendiğinde; %94 oranında ilaç/toksik madde olduğu saptanmıştır (şekil 4.4). Literatür incelendiğinde araştırmamızla benzer şekilde, ilaç veya toksik madde kullanımı ile intihar girişiminde bulunma ilk sırada yer almaktadır (Acar ve şahin 2016; Al- Amin ve ark., 2021; Alptekin ve ark., 2006; Atlı ve ark., 2014; Avınca ve ark., 2019; Delibaş ve Erdoğan, 2018; Güleç, 2016; Güloğlu ve ark., 2009; Serinken ve ark., 2003; şenol ve ark., 2005; Yılmaz ve ark., 2018). İntihar eylemlerinde ilaç veya toksik madde kullanımının en çok tercih edilenler arasında olmasının nedenleri arasında, ilaçlara kolay erişimin sağlanabilmesi ve yöntemin ağrısız olabileceği fikrinin yanı sıra, eylemlerin çoğunda ölümün asıl amaç olmaması ve kişinin bulunduğu duruma dikkat çekme isteği yer alabilir.

Araştırmamızda intihar vakalarının intihar öyküsü olma durumları incelendiğinde; %81.3'ünün böyle bir öyküsünün olmadığı belirlenmiştır (şekil 4.5). Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının girişim sayıları incelendiğinde; %96.3 oranında 1-3 kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır (şekil 4.6). Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının psikiyatrik tedavi alma durumları incelendiğinde ise ; %85.07 oranında psikiyatrik tedavi almadığı saptanmıştır (şekil 4.7). İntihar vakalarında, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak intihar eylemi riskini arttıran bir etken olarak öne çıkmaktadır (Sayıl, 2002). Söğüt ve ark. yaptığı çalışma da, vakaların %13.2'sinin geçmişte intihar eylemi olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki geçirilmiş intihar girişimi öyküsünün herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık ile birlikteliği halinde intihar riskini on kat artırdığı bilinmektedir (Favril ve ark., 2022). Bu bilgiler doğrultusunda önceki intihar girişiminin gelecekte intihar girişiminde bulunma riskini önemli ölçüde artırdığını ortaya koymaktadır. Literatürde intihar girişimi sonrası ilk 6 ay içerisinde psikiyatrik yardım

almaz ise hastalarda tekrarlayan intihar girişiminin olabileceği, bu sebeple de hiçbir girişimin atlanmaması gerektiği ve bu kişilerin tedavi ve takiplerinin sürdürülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Delibaş ve Erdoğan, 2018).

İntihar girişimlerini engel olmada bu girişimlere neden olabilecek stres faktörlerini bilmek önemli bir durumdur. Bu stres faktörleri içinde ilk sırada aile ya da aile içi geçimsizlik yer almakta Atlı ve ark. (2014), Bagalkot ve ark. (2014), Köse ve ark. (2012), Polat ve Balıkcı (2008), Şenol ve ark. (2005) bunu ruhsal hastalık ya da psikolojik bunalım ile ekonomik sıkıntılar takip etmektedir (Alptekin ve ark., 2006; Şenol ve ark., 2005; Tel ve Uzun, 2003).

Bizim araştırmamızda ise intihar girişimiyle ilişkili stres faktörleri incelendiğinde; %62.4 psikolojik nedenler oluştururken, bunu %10.5 ile aile sorunları ve %5.3 oranında karşı cinsle alakalı sorunların olduğu saptanmıştır (Şekil 4.8). Araştırmamızda bir ruhsal hastalığın olması ilk sırada belirlenen stres faktörüdür. Araştırmamızda intihar vakalarının fiziksel sorun durumları incelendiğinde; %78.6 oranında fiziksel sorunlarının olmadığı (Şekil 4.9) intihar vakalarının ruhsal sorun durumları incelendiğinde; %80.6 oranında ruhsal sorunlarının olduğu saptanmıştır (Şekil 4.10). Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının fiziksel bozukluk tanıları incelendiğinde; %2.2 oranında hipertansiyon, %2.2 oranında diyabet, %13.4'ünde ise diğer hastalık tanılarının olduğu (Şekil 4.11) intihar vakalarının ruhsal bozukluk tanıları incelendiğinde; %15.7 oranında depresyon, %6 oranında bipolar, %3.7'sinde ise anksiyete tanılarının olduğu saptanmıştır (Şekil 4.12). Psikiyatrik bozuklukların özellikle de depresyonun varlığı intihar eylemi riskini artıran bir risk etmendir. Acil servis kliniğine özkıyım eylemi sebebiyle başvuran kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, vakaların % 48.3'ünde depresif bozukluk tespit edilmiştir (Ak ve ark., 2004).

Kayseri de gerçekleştirilen bir diğeri araştırmada intihar vakalarının %13.5'inin yoğun bakım ünitesine kabulünün olduğu, %8.7'sinin ise yoğun bakım ünitesinden ilgili kliniklere sevk edildiği ve hastanede yatış süresinin ortalama 2.5 gün olduğu tespit edilmiştir (şenol, 2005). Bizim alışmamızda da intihar girişimlerinin sonuçlanma şekilleri incelendiğinde; %89.55 oranında yataklı servislerde yatış, %3.7 oranında yoğun bakımda yatış ve %6.72 oranında ise taburculuk ile sonuçlanmıştır (şekil 4.14).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırma sonuçlarına göre hastaların büyük çoğunluğunun 15-29 yaş aralığında kadın olduğu ve %57.5'inin bekar olduğu saptanmıştır.
- Vakaların gerçekleştiği ay incelendiğinde; %14.2'sinin Ağustos ayında gerçekleştiği belirlenmiştir.
- Çalışmamızda intihar vakalarının nedenleri incelendiğinde; %54.5 oranında psikiyatrik hastalıklar olduğu saptanmıştır.
- İntihar vakalarının girişim şekilleri incelendiğinde; %94 oranında ilaç/toksik madde yolu ile intihar ettiği saptanmıştır.
- Araştırmamızda hastalarının %81.3'ünün daha önce intihar öyküsü olmadığı belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının girişim sayıları incelendiğinde; %96.3 oranında 1-3 kez intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır
- Araştırma kapsamına alınan intihar vakalarının psikiyatrik tedavi alma durumları incelendiğinde ise; %85.07 oranında psikiyatrik tedavi almadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Acil servis çalışanlarının başvuran bütün hastaları psikiyatrik öyküsü olsun ya da olmasın intihar riski açısından değerlendirmesi,
- Tekrarlı intihar girişimleri olan hastaların başvuruda bulundukları bütün tıbbi birimlerde intihar riskinin değerlendirilmesi, hasta tarafından gizlenen intihar düşüncelerinin ortaya çıkarılabilmesi için bu değerlendirmenin psikiyatri dışındaki tüm alanlarda yapılması gerektiği,
- İntihar riskini değerlendirme eğitiminin tüm sağlık personellerine özellikle acil tıp çalışanlarına verilmesi ve hastaların sözsüz tepkilerini gözlemlemesi ve intihar riskini belirlemede sağlık ekibine zaman kazandıracak bilgisayar destekli risk

değerlendirme araçlarının kullanılmasının intiharları ve buna bağlı ölümleri azaltmada etkili olacağı söylenebilir.

- İntihar riski yüksek olan ya da acile intihar girişimi nedeni ile başvuran olguların belirlenerek psikiyatrik bakım almaları için acil serviste çalışan sağlık ekibi tarafından psikiyatrik konsültasyonun sağlanması ve taburcu edilen hastaların ise yönlendirilmeleri önerilebilir.



KAYNAKÇA

- Acar, S. R., & Şahin, T. E. (2016). Ankara’da acil servislere başvuran intihar girişim olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 5–12.
- Ak, A., Köstekçi, Ş.K., Kaya, N., Uğur, M., & Gül, M. (2004). Acil servise intihar davranışı nedeniyle başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 1, 25-32.
- Akman, C. & Ataç Öksüz, M. (2024). Acil servise özkıym girişimi nedeniyle başvuran vakaların retrospektif incelenmesi. *Anatolian Journal of Emergency Medicine* 7(2), 81-86.
- Al-Amin, H., Singh, R., Abdulrazzak, M., & Ghuloum, S. (2021). Psychosocial and clinical profiles of the cases visiting the emergency department due to accidental self-harm and suicide attempts in doha, qatar: a retrospective study. *Community Mental Health Journal*, 57, 315-24. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00650-3>
- Alptekin, K., Duyan, V., & Demirel, S. (2006). Adıyaman'da intihar girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 150-156.
- Alptekin, A., & Duyan, V. (2014). *İntihar ve İntihar Girişimi* (1.Baskı). Yeni İnsan Yayınevi.
- Alves, V. M., Francisco, L. C., de Melo, A. R., Novaes, C. R., Belo, F. M., & Nardi, A. E. (2017). Trends in suicide attempts at an emergency department. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 39, 5-61. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1833>
- Asoğlu, M., Bülbül, F., Altındağ, A. (2013). Bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran intihar girişimi vakalarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 4.

- Ata, E. E., Bayrak, N. G., & Yılmaz, E. B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 46(4), 1675-1686. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1968172>
- Atay, İ. M., & Gündoğar, D. (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: Bir Gözden Geçirme. *Kriz dergisi*, 12(3), 39-52.
- Atli, A., Uysal, C., Kaya, M.C., Bulut, M., Güneş, M., Karababa, İ.F., Sır, A. (2014). Acil ünitesine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların değerlendirilmesi: Şanlıurfa örneklemi. *Journal of Mood Disorders*, 4, 110-114. <https://doi.org/10.5455/jmood.20131230123128>
- Atmaca, G. D., Durat, G. (2016). Şizofreni hastalarında intihar ve depresyon. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute*, 6(1), 51-55.
- Avınca, Ö., Şen, A., Karakoç, Y., Damar, Ö., & Taş, M. (2019). Zehirlenmeler: neden suisit, neden kadınlar? *He Journal of Neurobehavioral Sciences* 6(2) , 83-86.
- Aydın, M., Hacimusalar, Y., & Hocaoglu, Ç. (2019). İntihar davranışının nörobiyolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 1-23. <https://doi.org/10.18863/pgy.382119>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Bagalkot, T.R., Park, J.I., Kim, H.T., Kim, H.M., Yoon, M.S., Ko, S.H., & Chung, Y.C. (2014). Lifetime prevalence of and risk factors for suicidal ideation and suicide attempts in a Korean community sample. *Psychiatry*, 77(4), 360– 373 <https://doi.org/10.1521/psyc.2014.77.4.360>

- Biggs, E., Sönmez, C.C., & Stanley, B. (2015). *Treating Suicide Risk in Emergency Departments. In Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Suicide Attempts: A Guide to Brief Treatments Across Clinical Settings (Bryan, C.J. Ed.)*, 1st ed., New York: Routledge.
- Boğahan M., & Türkleş S. (2021). Psikiyatri hemşireliği uygulamaları kapsamında intihar girişiminde bulunan bireye yaklaşım. See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/355351216>
- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N.A., & Alonso J. (2010). Twelvemonth prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12),1617-28. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
- Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2018). Nonlinear change processes during psychotherapy characterize patients who have made multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(4), 386-400.
- Bulut, B. P. (2021). Kırılma noktası: İkinci nesil intihar kuramları. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 9(20), 418-431.
- Büyükbodur, A. Ç. (2019). İntihar girişimleri ve retrospektif sosyal inceleme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 3(1), 28-46.
- Ceniti, A. K., Heinecke, N., & Mcinerney, S. J. (2020). Examining Suicide-Related Presentations To The Emergency Department. *Gen Hosp Psychiatry*, 63,152-7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.09.006>
- Chan, L. F., Shamsul, A. S., & Maniam, T. (2014). Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders. *Psychiatry research*, 220(3), 867-873.

- Ceylan, K. (2019). *Acil servise intihar amaçlı ilaç alımı ile başvuran hastaların retrospektif olarak incelenmesi* (Tez No. 568987) [Doktora tezi, Ankara Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Chehil, S., & Kutcher, S. P. (2012). *Suicide risk management: A manual for health professionals*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119953128>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1-922. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Cirhinlioğlu, F.G, & Ok, Ü. (2010). İnanç ya da dünya görüşü biçimleri ile intihara yönelik tutum, depresyon ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *C.Ü.Sosyal Bilimler Dergisi*, 34(1), 1-8.
- Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. *Centers for Disease Control and Prevention*.
- Çelik, S., Yılmaz, B. K., & Uygur, A. B. (2023). Psikiyatrik hastalıklarda intihar ve acil serviste intihar girişimine müdahale: güncel bir gözden geçirme. *Phoenix Medical Journal*, 5(3), 125-131. <https://doi.org/10.38175/phnx.1246884>
- Çiftçi, H., Kaya, F., & Bostancı, N. (2020). Kars ilinde intihar ve intihar girişimlerinin üç yıllık değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 255-267. <https://doi.org/10.18863/pgy.790912>
- Delibaş, D. H., & Erdoğan, E. (2015). Sociodemographic and clinical characteristics of patients with suicide attempt to a training and research hospital emergency department; a retrospective study. *Van Medical Journal*, 25(4), 514-519. <https://doi.org/10.5505/vtd.2018.15013>

- Demir, S., Eray, M., Dereli, A. K., & Acar, K. (2018). Denizli'deki intihar ölümlerinin analizi: 10 yıllık retrospektif otopsi çalışması. *Adli Tıp Bülteni*, 23(2), 93-99. <https://doi.org/10.17986/blm.2017136922>
- Durkheim, E. (2013). *İntihar: Bir toplumbilim incelemesi*. Pozitif Yayınları.
- Ecevit, H. B. (2019). *Üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı ve intihar eğilimi arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* (Tez No. Yok) [Yüksek lisans tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Ercan, S., Aksoy, M., Yalçın, A., Şimşek, A. Ç., Acar, R. S., & Erçin Şahin, T. (2016). Ankara'da acil servislere başvuran intihar girişim olgularının sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 5-12.
- Erşan, E. E., & Kılıç, Ç. (2013). Sivas Numune Hastanesi acil servisine başvuran intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 16(2), 98-109.
- Ertürk, S., Aktaş, E. Ö., Karali, H., Hancı, İ. H., Özkara, E., & Ege, B. (1997). 1988-1992 yılları arasında İzmir'de otopsi yapılan intiharların değerlendirilmesi. *İbni Sina Tıp Dergisi* 11(3),37-40.
- Eskin, M. (2017). Gençler arasında intihar düşüncesi, girişimi ve tutumları. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(80), 93–111.
- Favril, L., Yu, R., Uyar, A., Sharpe, M., & Fazel, S. (2022). Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *BMJ Ment Health*, 25(4), 148-155. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
- Filippatos, G., & Karasi, E. (2017). Characteristics of attempted suicide patients presenting to a Greek emergency department. *Health Science Journal*, 11, 3. <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000503>

- Fiske, A., & O'Riley, A. A. (2016). Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory. *Aging & Mental Health*, 20(2), 123-130. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078282>
- Gairin, I., House, A., & Owens, D. (2003). Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: A retrospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 183(1), 28-33.
- Grund, F. J. (2018). Suicide and nonsuicidal self-injury. In M.J. Halter (Eds.), *Varcarolis' Foundations of Psychiatric-Mental Health Nursing: a Clinical Approach (8th ed., pp. 1019-1060)*. Canada: Elsevier
- Güleç, G. (2016). Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-SpecialTopics*, 3, 21-25.
- Güloğlu, C., Gökhan, Ş., Üstündağ, M., & Orak, M. (2009). Acil servise başvuran özkıyım olgularının kullandığı yöntemler ve demografik verilerinin mortalite ile ilişkisi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 9(3), 109-114.
- Günay S. (2016). Türkiye’de intihar (2000-2011). Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Günderci, A., Karatay, G., Gökçe, S., & Güler, B. (2017). Tunceli’de 2005-2015 yılları arasında gerçekleşen intiharlara ilişkin epidemiyolojik bir inceleme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20, 121-128.
- Gürsoy, B. K., & Öztürk, B. (2018). Analysis of patients admitted to Düzce Atatürk State Hospital emergency department due to a suicide attempt. *Klinik Psikofarmakol Bulteni*, 28, 76-77.
- Hatip, A., Y., Karaman, K., & Armağan, H. H. (2020). Acil servise başvuran intihar olgularının geriye dönük analizi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 7(3), 128-130.

- Işık, G. Ç., Şafak, T., Çetiner, H. S., & Çevik, Y. (2020) Evaluation of patients admitted to emergency department due to drug-related suicide attempt. *Eurasian Journal of Toxicology*, 2, 11-14.
- İçli, T. G. (2013). *Kriminoloji*. Seçkin Yayınevi.
- İlgen Özcan, İ., (2016). *Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servisine 2010-2015 Yılları Arasında Başvuran İntihar Girişimi Olgularının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi*, (Tez No. 450848) [Uzmanlık tezi, Trakya Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Karacaoğlu, E., Ketten, A., Akçan, R., İçme, F., Karagöl, A., & Avcı, E. (2013). Bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servisine intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların incelenmesi. *Adli Tıp Dergisi*, 27(1), 29-35.
- Kavaklı, M. (2023). Türkiye’de intiharın sosyo-ekonomik ve sosyo-psikolojik belirleyicileri: düzey 2 için bir panel veri çözümlemesi. *Bursa Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 42(1), 55-71.
- Kawahara, Y. Y., Hashimoto, S., Harada, M., Sugiyama, D., Yamada, S., Kitada, M., ... & Fujisawa, D. (2017). Predictors of short-term repetition of self-harm among patients admitted to an emergency room following self-harm: A retrospective one-year cohort study. *Psychiatry Research*, 258, 421-426.
- Keleş, M. (2022). *İntihar düşüncesi ile intihar girişimini ayırt edici etmenler olarak psikolojik belirleyici öğeler* (Tez No. 4735015) [Yükseklisans tezi, Marmara Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Ketten, H., Hakkoymaz, H., Aslan, Ü., Bahar, Ş., Ketten, A., Sucaklı, M., & Bozkurt, S. (2015). Acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran olguların incelenmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 5(2), 102-105.

- Kıymet, M. E., Göçeoğlu, Ü. Ü., Yürürdurmaz, B., & Balcı, Y. (2020). Muğla ilinde adli tıp polikliniğine başvuran intihar girişimi olgularının değerlendirilmesi. *Adli Tıp Bülteni*, 25(2), 83-89.
- Koenig, S. (2000). *Delilik ve intihar* (çeviri: S. Sucu, O. Aykaç). *Sosyoloji toplum bilimine giriş*. Ütopya Kitapevi Yayınları.
- Köse, A., Eraybar, S., Köse, B., Köksal, Ö., Akköse-Aydın, Ş., Armağan, E. & Özdemir, F. (2012). Acil servise intihar girişimi nedeniyle başvuran 15 yaş üstü hastalar ve psikososyal destek birimi. *European Journal of Emergency Medicine*, 11, 193-196.
- Kösemihal, Ş. N. (1971). *Durkheim Sosyolojisi*. Remzi Kitapevi.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2009). *İntihar riskinin ele alınması*. Sigma Publishing.
- Liu, B. P., Zhang, J., Chu, J., Qiu, H, M., Jia, C. X., & Hennessy, D. A. (2019) Negative life events as triggers on suicide attempt in rural China: a case-crossover study. *Psychiatry Research*, 276,100-106.
- Liu, Y., Zhang, J., Sun, L., & Zhao, S. (2018). The age-specific characteristics of medically serious suicide attempters aged 15–45 years in rural China. *Psychiatry Research*, 261, 178-185.
- Mann, J., Brent, D., & Arango, V. (2001). The neurobiology and genetics of suicide and attempted suicide: a focus on the serotonergic system. *Neuropsychopharmacology*, 467-477(24).
- Martínez, V., Jiménez-Molina, A., & Gerber, M. M. (2023). Social contagion, violence, and suicide among adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(3), 237-242.
- Mina, M. J., Kula, T., Leng, Y., Li, M., De Vries, R. D., Knip, M., ... & Elledge, S. J. (2019). Measles virus infection diminishes preexisting antibodies that offer protection from other pathogens. *Science*, 366(6465), 599-606.

- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833.
- Mukamutara, J. (2019). EpidemiologÃa del intento suicida en el Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Rev Neuropsiquiatra*, 82,117-124
- Nazlıcan, E., Mete, B., Dişel, N. R., & Tamam, L. (2022). Türkiye doğu akdeniz bölgesinde intihar girişimlerinde pestisit kullanma durumu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(4).
- NHRMC, (2020). <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/news-centre/investigating-mental-health-treatment-and-prevention-australia> (Erişim Tarihi 30.12.2024).
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 1-10.
- Osterman, M. J., Hamilton, B. E., Martin, J. A., Driscoll, A. K., & Valenzuela, C. P. (2023). National Vital Statistics Reports. *National Vital Statistics Reports*, 72(1), 19.
- Polat, A. & Balıkçı, C. (2008). İntihar girişimi nedeniyle İskenderun devlet hastanesi acil servise gelen ve krize müdahale birimine yönlendirilen olguların değerlendirilmesi. *Kriz Dergisi*, 16, 1-9.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M.K. Nock (Eds.), *The Oxford handbook of suicide and selfinjury*, (pp. 7-22). Oxford Universty Press.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. T. E. Ellis (Ed.) *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy* içinde (s. 355–368). American Psychological Association.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009). *Özkıym, saldırganlık ve diğerk psikiyatrik aciller* (Çeviri: A. Bozkurt). *Kaplan&Sadock's klinik psikiyatri el kitabı*. Güneş Kitapevleri.
- Saxena, S., Krug, E. G., & Chestnov, O. (2014). *World Health Organization, Preventing suicide: a global imperative*. Geneva World Health Organization
- Sayıl, I., & Devrimci-Ozguven, H. (2002). Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 23(1), 11.
- Senol, V., Ünalın, D., Avsarogulları, L., & İkizceli, I. (2005). İntihar girişimi nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalına başvuran olguların incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Serinken, M., & Yanturalı, S. (2003). A retrospective analysis of suicidal poisoning in the emergency department. *The Turkish Journal of Toxicology*, 1, 15-9.
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (8. baskı, ss. 547–566). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins
- Son, J. M., Jeong, J., Ro, Y. S., Hong, W., Hong, K. J., Song, K. J., & Do Shin, S. (2020). Effect of previous emergency psychiatric consultation on suicide reattempts—A multi-center observational study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(9), 1743-1747.
- Stuart, G. W. (2014). *Principles and practice of psychiatric nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Suicide. (28.12. 2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/s>.

- Şahingöz, M., Tekin, G., Yılmaz, E., Sönmez, E., Ö., Böke, Ş., G., Güncü, H., Soyak, M., & Kaya, N. (2013). Bir üniversite hastanesi acil servisine intihar girişimiyle başvuran hastaların analizi. *Konya, Tıp Araştırmaları Dergisi*, 11(3), 107-110.
- Şeker, A.(2019). Durkheim'in sosyolojisinde intihar olgusu ve intiharla mücadelede sosyal hizmetin işlev. *Mavi Atlas*, 7(1), 90-110.
- Şevik, A. E., Özcan, H., & Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15(4), 218-225.
- Tel, H., & Uzun, S. (2003). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 151.
- Temel, M. (2009). İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 78-83.
- Tondo, L., Pompili, M., Forte, A., & Baldessarini, R.J. (2016). Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports, *Acta Psychiatr Scand*, 133(3), 174-186.
- Türkiye İstatistik Kurumu .(30. 12. 2024). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (28. 12. 2024). Cinsiyete Göre Yaşa Özel İntihar Hızı. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2023). Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük, 2022. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Türkkan,T., & Yücel, İ., (2024). Türkiyede ölümle sonuçlanan intihar vakalarının sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi. *Bingöl Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27, 142-157. <https://doi.org/10.29029/busbed.1394113>

- Türkleş, S., Yılmaz, M., & Soylu, P. (2018), Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health clinic about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts, *Collegian* 25(4), 441-446.
- Uçan, Ö. (2005). Türkiye’de intiharı konu alan yayınlar üzerine bir bibliyografya çalışması. *Kriz Dergisi*, 13, 15–26. https://doi.org/10.1501/Kriz_00000000229
- Ulaba, Ş. (2024). *OECD ülkelerinde intihar oranlarının ekonomik değişkenler ile incelenmesi: Panel veri analizi*. (Tez No. 863665) [Yüksek lisans tezi, Bandırma Onyed Eylül Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Utlı, S. G. (2018) Demographic analysis of suicide victims presenting to the emergency department with drug-induced intoxication. *Eurasian Journal of Toxicology*, 1(1), 25-28.
- Videbeck, S. L. (2010). *Psychiatric-mental health nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (20.12. 2014). *preventing suicide: a global imperative*. world health organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
- World Health Organization. (22.11.2023). *One in 100 deaths is by suicide*. <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>.
- World Health Organization. (22.11.2023). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. World Health Organization, Geneva, Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>
- World Health Organization. (30.12. 2024). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/>

- Woo, J. M., Okusaga, O., & Postolache, T. T. (2012). Seasonality of suicidal behavior. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 9(2), 531-547.
<https://doi.org/10.3390/ijerph9020531>
- Yılmaz, A., Doğan, S., Kalafat, U. M., Tapkan, R. B., Sağlık, A., & Özüçelik, D. N. (2018). Acil serviste takip edilen intihar girişimlerinin maliyet analizi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi/Journal of Health Sciences and Professions*, 5(2), 120-128.
- Zhao, C. J., Dang, X. B., Su, X. L., Bai, J., & Ma, L. Y. (2015) Epidemiology of suicide and associated socio-demographic factors in emergency department patients in 7 general hospitals in northwestern China. *Medical Science Monitor*, 21, 2743-2749. <https://doi.org/10.12659/MSM.894819>

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences		
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU'		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Çilem BAŞAR	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	Psikiyatri Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%3	% 15
II. Genel Bilgiler	%14	% 35
III. Materyal ve Metod	%20	% 35
IV. Bulgular	%0	% 15
V. Tartışma	%1	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bölümü : Dekanlık
Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/50
Konu : Etik Kurul Kararı

21.02.2024

Sayın: Çilem BAŞAR
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerin Retrospektif Olarak İncelenmesi"/ "Retrospective Study Of Individuals Who Applied To A University Hospital Emergency Department With Suicide Attempts" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Eda AY
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerin Retrospektif Olarak İncelenmesi”/ “Retrospective Study Of Individuals Who Applied To A University Hospital Emergency Department With Suicide Attempts
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:1 Karar No:105	Tarih:21.02.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Ek-3. Kurum İzni



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-45361945-300-2400103647
Konu : Tez Çalışma İzin Talebi

21.03.2024

ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA

İlgi : 15.03.2024 tarihli ve E-88179374-300-2400099144 sayılı belge.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans programı öğrencisi Çilem BAŞAR'ın "Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerin Retrospektif Olarak İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili Hastanemiz Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığının uygunluk yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.





T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Acil Tıp Ana Bilim Dalı Başkanlığı



Sayı : E-42190979-000-2400102765

20.03.2024

Konu : Çilem BAŞAR'ın Tez Çalışma İzin
HK.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19.03.2024 tarihli ve E-45361945-000-2400100245 sayılı belge.

İlgide kayıtlı yazı ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans programı öğrencisi olan **Çilem BAŞAR'ın** "Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimi İle Başvuran Bireylerin Retrospektif Olarak İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını **Mart 2024 - Haziran 2024** tarihleri arasında Acil Servis Kliniğimizde yapmasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.



Ek-4. Veri Toplama Formu

1.Yaş:					
15 yaş altı () 15-29 arası () 30-49 arası () 50 ve üzeri ()					
2.Cinsiyet:					
Kadın () Erkek ()					
3.İntihar Girişim Yılı:					
2020 () 2021 () 2022 () 2023 ()					
4.İntihar Girişim Ayı:					
Ocak () Şubat () Mart () Nisan () Mayıs () Haziran ()					
Temmuz () Ağustos () Eylül () Ekim () Kasım () Aralık ()					
5.İntihar Girişim Mevsimi:					
İlkbahar () Yaz ()					
Sonbahar () Kış ()					
6. İntihar Girişim Nedeni:					
Psikiyatrik hastalık () Ailesel nedenler ()					
Dürtüsel () Yalnızlık ()					
Okul ve sınav stresi () Ekonomik ()					
Cinsel istismar () Aile içi şiddet ()					
İlişki sorunları () Alkol-madde bağımlılığı ()					
Diğer ()					
7.İntihar Girişim Şekli:					
Delici kesici alet () İlaç-toksik madde ()					
Yüksekten atlama () Kendini asma ()					
Ateşli silah () Suda boğulma ()					
Diğer ()					
8. Daha Önce İntihar Girişim Öyküsü Olup Olmadığı:					
Evet () Hayır ()					
9. İntihar Girişim Sayısı:					
1-3 kez () 4-6 kez () 7 ve üstü ()					
10. Son 6 Ayda Psikiyatrik Tedavi Alıp Almadığı:					
Evet () Hayır ()					
11. İntihar Girişimleriyle İlişkilendirilen Stres Faktörleri					

Aile faktörü ()	Ruhsal hastalık ()
Karşı cinsle sorunlar ()	İletişim sorunları ()
Ekonomik sorunlar ()	
12. Fiziksel ya da Ruhsal Bozukluk Varlığı:	
a.Fiziksel Bozukluk: Var () Yok ()	
b.Ruhsal Bozukluk: Var () Yok ()	
13. Fiziksel ya da Ruhsal Bozukluk Tanısı:	
a.Fiziksek Bozukluk Tanısı	
Hipertansiyon ()	Diyabet ()
Koah ()	Kalp ()
Diğer ()	
b.Ruhsal Bozukluk Tanısı	
Depresyon ()	Şizofreni ()
Bipolar ()	Ansiyete ()
Alkol - madde bağımlılığı ()	Diğer(.....)
14. Acil Serviste Yapılan Müdahale:	
Mayi takma ()	Lavaj ()
Aktif kömür ()	Pansuman ()
Oksijen tedavisi ()	Diğer ()
15. İntihar Girişiminin Sonuçlanma Şekli:	
Ölüm ()	Yoğun bakıma yatış ()
Yataklı servislere yatış ()	Taburculuk ()
Psikiyatri servisine yatış ()	Diğer (.....)
16. İntihar Girişimi Sonrası Psikiyatriye Başvurma Durumu :	
vet ()	Hayır ()