T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE BİRİMİNE İLİŞKİN SAKARYA ÖRNEĞİNDE BİR DEĞERLENDİRME

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU

KOCAELİ 2015

T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE BİRİMİNE İLİŞKİN SAKARYA ÖRNEĞİNDE BİR DEĞERLENDİRME

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU

Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR

KOCAELİ 2015

T.C. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE BİRİMİNE İLİŞKİN SAKARYA ÖRNEĞİNDE BİR DEĞERLENDİRME

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU
Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Karar ve No: 27.05.2015/ 09

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Kasım KARATAŞ

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Hakan ACAR

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR

KOCAELİ 2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER i
TEŞEKKÜR iv
ÖZET vi
ABSTRACT viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ x
TABLOLAR LİSTESİ xi

BÖLÜM 1
KURAMSAL ÇERÇEVE 1
1.1.KRİZ KAVRAMI VE GENEL ÖZELLİKLERİ 1
1.1.1.Kriz Süreci 4
1.1.2.Kriz Tipleri 5
1.1.3.Krizin Tehlikeleri 6
1.1.4.Dünyada Kriz ve Krize Müdahaleyle Yapılan Bazı Araştırmalar 7
1.1.5.Türkiye'de Kriz ve Krize Müdahaleyle Yapılan Bazı Araştırmalar. 10
1.2.İNTİHAR DAVRANIŞI 17
1.2.1. İntihar Davranışının Sınıflandırılması 20
1.2.1.1. Durkheim'ın İntihar Tipleri 20
1.2.1.2. Baechler'in İntihar Tipleri 22
1.2.1.3. Schneidman'in İntihar Tipleri 23
1.2.1.4. Beck Komitesi İntihar Tipleri 23
1.2.2. İntihar Davranışının Gelişimsel Bağlamı 25
1.2.2.1.Ergenlikte İntihar Davranışı 25
1.2.2.2.Yetişkinlikte İntihar Davranışı 28
1.2.2.3.Yaşlılıkta İntihar Davranışı 31
1.2.3. İntiharlarda ve İntihar Girişimlerinde Risk Faktörleri 33
1.2.3.1.Sosyo-Demografik Risk Faktörleri 34
1.2.3.2. Ailesel Risk Faktörleri 39
1.2.3.3. Klinik Risk Faktörleri 40
1.2.3.4. Fiziksel Hastalık 43
1.2.3.5. Göç 43
1.2.3.6. Durumsal Risk Faktörleri 44

1.2.4. Dünya'da İntihar Davranışının Yaygınlığı 46
1.2.5. Türkiye'de İntihar Davranışının Yaygınlığı 49
1.3. KRİZE MÜDAHELE VE İNTİHARI ÖNLEME 52
1.3.1. İntiharı Önleme 53
1.3.1.1. Önleme Düzeyi 54
1.3.2. Krize Müdahale 59
1.3.2.1. Krize Müdahalenin Hedefi 60
1.3.2.2. Krize Müdahale Yaklaşımının Aşamaları 62
1.4. ACİL SERVİSTE İNTİHAR GİRİŞİMLERİNE PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE BİRİMİ 65
1.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ 68
1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI 72
1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ 73
1.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 74
1.9. TANIMLAR 74

BÖLÜM 2
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 76
2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE ÖRNEKLEMİ 76
2.2. VERİ TOPLAMA ARACI VE VERİLERİN ANALİZİ 77

BÖLÜM 3
BULGULAR VE YORUMLAR 81
3.1. Başvuranları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular ve Yorum 81
3.2. Krize ve İntihara Neden Olan Problemlere İlişkin Bulgular ve Yorum 99
3.3.İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuranların İntihar Öykülerine İlişkin Bulgular ve Yorum…… 111
3.4. Başvuranlara Yönelik Tedavi Yöntemine İlişkin Bulgular ve Yorum……..... 119

BÖLÜM 4
SONUÇ VE ÖNERİLER 124
4.1. SONUÇLAR 124
4.1.1. Başvuranları Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Sonuçlar 124
4.1.2. Krize ve İntihara Neden Olan Problemlere İlişkin Sonuçlar 125

4.1.3.İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuranların İntihar Öykülerine İlişkin Sonuçlar…. 126
4.1.4. Başvuranlara Yönelik Tedavi Yöntemine İlişkin Sonuçlar 127
4.2. ÖNERİLER 128
4.2.1. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Biriminin Örgütlenme ve İşleyişine Yönelik Öneriler 128
4.2.2. Görüşme Kartı ve İlgili Kayıtların Tutulmasına Yönelik Öneriler 131

KAYNAKÇA 134
EKLER 157
EK 1. Araştırma İçin Alınan İzin Yazısı -1 157
EK 2. Araştırma İçin Alınan İzin Yazısı -2 158
EK 3. Etik Kurul Kararı 159
EK 4. Görüşme Kartı 160
EK 5. Kodlama Yönergesi 162
ÖZGEÇMİŞ 168

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam sürecine eşlik eden bir dizi talihsiz olay nedeniyle bir çok kez umutsuzluğa düştüğüm, bitiremeyeceğim kaygısına kapıldığım ve neredeyse vazgeçtiğim zamanlar oldu. Talihin bir kez daha yüzüme gülmesi neticesinde, yoğun çalışmaları sırasında bana her zaman vakit ayıran, çalışmamın her aşamasında yanımda olan, her fikir istediğimde beni asla geri çevirmeyen, değerli görüşlerini benimle paylaşan, sıkıntılarımı sabırla dinleyen, beni cesaretlendiren ve benden hiçbir zaman kuşku duymayan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR ile çalışma fırsatına eriştim. Sanırım teşekkürlerin ilkini ve en büyüğünü hak ediyor.

Benim kendime dair, insana dair ve hayata dair öğrendiğim birçok şeyde, hatta sosyal hizmete bakış açımın olgunlaşmasında en önemli referanslardan biri her zaman sevgili hocam Prof. Dr. Kasım KARATAŞ olmuştur. Çalışmanın başından sonuna değin beni her zaman yüreklendiren, tezimi büyük dikkatle okuyup, değerli eleştirileri ve görüşleriyle çalışmanın zenginleşmesine katkı sağlayan sıcaklığı ve samimiyetiyle bana yol gösteren sevgili hocam Prof. Dr. Kasım KARATAŞ'a ayrı bir gönül borcum olduğunu belirtmek isterim.

Bunun yanında, ne zaman akademik desteğe ihtiyaç duysam bana her zaman vakit ayıran, bilgisini, deneyimini ve kaynaklarını sabırla benimle paylaşan, çalışmam boyunca değerli eleştiri ve görüşleriyle çalışmanın literatür bilgisine katkı sunması için kıymetli yardımlarını hiç zaman esigermeyen sevgili hocam Prof. Dr. Hakan ACAR'a da teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmanın başından sonuna değin moral kaynağım olan, hiçbir yardımı ve desteği esirgemeyen, her ihtiyaç duyduğumda başvurabileceğimi bildiğim, araştırmada özellikle verilerin bilgisayar ortamına aktarılması konusunda verdiği teknik bilgiler ve tabloların oluşturulmasında sınırsız bir şekilde bana yardımcı olan sevgili arkadaşım Öğr. Gör. Elvan ATAMTÜRK'e çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans çalışmam sürecinde her ihtiyaç duyduğumda başvurabildiğim, değerli eleştirileri ve görüşleriyle çalışmanın zenginleşmesine katkı sağlayan meslektaşlarım SHU Hüseyin KARA ve SHU Taşkın YETER'e teşekkür ederim.

Tezimden başka hiçbir şeyden bahsedemez hale geldiğim o sıkıcı anlarda bile bana destek olan, bütün yaşamım boyunca, her konuda hep desteğim olan sevgili kardeşlerim İbrahim ve Zübeyde'ye; hayatım boyunca her zaman yanımda olan, beni bugünlere getiren, beni destekleyen, umutsuzluğa düştüğüm bütün anlarda yanımdan hiç ayrılmayan ve beni her zaman yüreklendiren anneme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Nihayet, araştırma sürecince kendisini ihmal edecek kadar çok çalıştığım anlarda bile beni anlayarak hoşgörü gösterdiği, özellikle en zor anlarımda yanımda olduğu ve sıkıntılarımı paylaşarak azalttığı için sevgili eşim Alp AKYOLLU'ya ve biricik yavrum mutluluk kaynağım kızım Öykü AKYOLLU'ya çok teşekkür ediyorum. Aksi takdirde, bu çalışma çok daha hırpalayıcı ve yorucu olurdu.

Mayıs 2015

Kocaeli

PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE BİRİMİNE İLİŞKİN SAKARYA ÖRNEĞİNDE BİR DEĞERLENDİRME

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz ve intihar girişimi nedeniyle başvuranların profilinin belirlenmesi ve Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi uygulamalarının değerlendirilmesidir.

Araştırmada belgesel tarama yapılmıştır. Bu doğrultuda 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında, Birime kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuran 233 birey için birim sorumlusu tarafından doldurulan görüşme kartı analiz edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 17 programı kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen önemli bulgular şöyledir: Kriz ve intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların çoğunluğu (% 51,9) bekârdır, ilkokul (% 54,1) mezunudur ve en uzun süre yaşadıkları yer kenttir (% 67,4). Birime başvuranların büyük çoğunluğu (% 74,2) kadındır. İntihar girişimi nedeniyle başvuranlarda 20-24 yaş grubu (% 26,6), kriz nedeniyle başvuranlarda ise 35-39 ile 40-44 yaş grubu aynı oranlarla (% 15,8) çoğunluktadır. Başvuranların neredeyse tamamının (% 92,3) herhangi bir bedensel hastalığı yoktur ve daha önce psikiyatrik bir tanı almamışlardır. Tanı konulan hastalıkların başında depresyon ilk sırada (% 6,9) yer almaktadır. Kriz ve intihar olgularının nedenlerine bakıldığında 21 ayrı değişkenin olduğu belirlenmiştir. Kriz ve intihar girişimi nedeniyle başvuranlarda karşı cinsle sorunlar % 21 ile ilk sırada yer almaktayken, bu sırayı giderek düşük oranlarla ruhsal hastalık, evlilik, aile ve ekonomik sorunlar takip etmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda karşı cinsle sorunların (% 24,1), kriz nedeniyle birime başvuranlarda ise ruhsal hastalıkların (% 20) ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bireyleri kriz ve intihara tetikleyen etkenlerin süresinin yarıdan fazlası (% 51,5) altı aydan uzundur. İntihar girişiminde bulunanların neredeyse hepsinin ilk girişimidir ve büyük çoğunluğu (% 96,3) kendini zehirleme yöntemi ile girişimde bulunmuştur.

Araştırmanın konusunu oluşturan görüşme kartlarının tamamı tek bir birim sorumlusu tarafından doldurulmuştur. Birim sorumlusunun tedavi (müdahale) içeriğine bakıldığında, başvuranların büyük çoğunluğu (% 93,1) ile bir kez görüşme yapıldığı görülmektedir. Tedavi içeriğinin çoğunlukla (% 45,9) görüşme kartlarının doldurulması başvuranı başka bir birime/kuruluşa havale etme ve başvurana psikososyal destek verme şeklinde olduğu belirlenmiştir. Bir başka deyişle, araştırmada birime başvuranlarla ilgili müdahale sürecinin çoğu zaman başvuranla yapılan bir görüşme, görüşme kartlarının doldurulması ve sonrasında başvuranı havale etme ile sınırlı olduğu belirlenmiştir. Bu görüşme sonucunda başvuranların görüşme kartlarının doldurulduğu ve bazı başvuranlarla ilgili birim sorumlusunun kartın sonunda yer alan bölüme bir kaç cümle ile değerlendirme yaptığı ve çoğu zaman bir başka birime/kuruluşa havale ettiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler

Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi, Kriz, İntihar, Psikososyal Destek, İçerik analizi.

AN EVALUATİON OF PSYCHOSOCİAL SUPPORT AND APPLY FOR CRİSİS INTERVENTİON IN SAKARYA SAMPLE

ABSTRACT

The main purpose of this research is to identify the profiles of those who apply for admission to the ER unit of Sakarya Training and Research Hospital to get psychosocial support and apply for crisis Intervention unit due to the suicide attempts and evaluating the practices of both psychosocial support and the crisis Intervention unit.

The study was done with documentary research. In this line of view, interview documents of 233 patients referring to Psychosocial Support and Crisis Intervention Unit of Sakarya Training and Research Hospital between the dates January 1-December 31, 2010 has been examined. In this study, SPSS 17 program has been used to appraise the data analysis.

The main findings of this study are; the major population of applicants with suicide attempts and crisis are singles (51,9 %), 54,1 % of the participants are primary school graduate and live in the cities for the extended period of their lives (67,4 %). The vast majority of the patients who applied for Psychosocial Support and Crisis Intervention Unit are females (74,2 %). However, 26,6 % out of the those patients are in the age groups between 20 -24. On the other hand, percentage of age groups 35-39 and 40-44 of samples who applied for Crisis Intervention are almost equal (15,8 %). 92,3 % of the total applicants which states that there are neither any physically handicapped nor any psychiatric diagnoses amongst the patients. There are twenty-one independent variables when examining the reasons of Crisis and Suicide cases. Furthermore, problems with the opposite sex has placed on top with 21 % amongst the patients who apply for Crisis intervention and suicide attempts, then this rate is followed by mental illness, marriage, family and economic problems respectively. Moreover, the percentage of people attempting suicide due to problems with opposite sex is 24,1 %, while 20 % of responses highlighted that mental illness

is a major effect when it comes to Crisis Intervention. Also more than half of time period of the factors triggering the people to suicide and to have crisis last long than 6 months. Besides, it is mostly their first attempt to suicide and the vast majority numbers of people (93,3 %) tries to attempt suicide by poising them selves.

Whole Interview documents which are also main subject of this mentioned study were filled by the only responsible person. Having a look at contents of the treatment which conducted by unit responsible points out that significant number of interviews took place for the first time. Nevertheless,it is stated that treatment mostly (45,9 %) ended up with sending patients to the another unit or hospital or assisting them in terms of psychosocial supportIn other words, treatment process for those who apply for admission is mainly limited to having an interview done with patient, filling up the Interview documents of patients and sending the patients out to the another Unit afterwards. As a result of those interviews, it has been observed that applicants have filled the given Interview documents and Unit responsible has included a few sentences to evaluate the situation of patients at the end of the documents as well and later on has assigned the patients to another Unit or hospital.

Key Words

Psychosocial Support and Crisis Intervention Unit, Crisis, Suicide, Psychosocial Support, Content Analysis

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

A.Ü.T.F: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SHU: Sosyal Hizmet Uzmanı

TRSM: Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Cinsiyet Dağılımı 81
Tablo 2. Yaş Dağılımı 82
Tablo 3. Eğitim Durumları 84
Tablo 4. Çalışma ve Meslek Durumları 85
Tablo 5. Medeni Durumları 86
Tablo 6. Çocuk Sayısı 87
Tablo 7. Birlikte Yaşadığı Kişiler 88
Tablo 8. Bakımından Sorumlu Olduğu Kişiler 89
Tablo 9. En Uzun Yaşadığı Yer 89
Tablo 10. Sağlık Güvenceleri 90
Tablo 11. Hastaneye Geliş Şekli 91
Tablo 12. Bedensel Hastalıkları 91
Tablo 13. Daha Önceki Tanı ve Tedavileri 92
Tablo 14. Yakınlarını Kaybetme Durumu 94
Tablo 15. Bağımlılık Oluşturan Maddelerle İlişkisi 95
Tablo 16. Aile Yapısı 96
Tablo 17. Ailenin Ekonomik Durumu 97
Tablo 18. Evlilik Süresi 98
Tablo 19. Kriz ve İntihar Durumunu Tetikleyen Etkenin Süresi 99
Tablo 20. Kriz ve İntihara Neden Olan Problem Alanları 100
Tablo 21. Birim Sorumlusunun Değerlendirmesinde Yer Alan Kriz ve İnthara Neden Olan Problem Alanları 104
Tablo 22. Dikkat Çekme İsteği ve Kime Yönelik Olduğu 105
Tablo 23. Cezalandırma İsteği ve Kime Yönelik Olduğu 106
Tablo 24. Aldatılma Durumu ve Kimin Tarafından Olduğu 107
Tablo 25. Psikolojk Şiddete Maruz Kalma ve Kimin Tarafından Olduğu 107
Tablo 26. Fiziksel Şiddet Görme Durumu ve Kimin Tarafından Olduğu 108
Tablo 27. Ekonomik Sorunlar 109
Tablo 28. Diğer Kriz ve İntihar Nedenleri 110
Tablo 29. İntihar Girişimi Yöntemi 111
Tablo 30. Kendini Zehirleme Türü 112
Tablo 31. Kendine Zarar Verme Türü 113

Tablo 32. Geçmişte İntihar Girişimi Durumu 113
Tablo 33. Geçmişte İntihar Girişimi Zamanı 114
Tablo 34. İntihar Girişimi Mevsimi 114
Tablo 35. İntihar Girişimi Saati 115
Tablo 36. İntihar Girişimi Niyeti 116
Tablo 37. İntihar Girişimi Hakkında Düşünceleri 116
Tablo 38. Aile Öyküsü 117
Tablo 39. Ani Karar Verme Durumu 118
Tablo 40. Yapılan Görüşme Sayısı 119
Tablo 41. Müdahale Sürecinin Kapsamı 120
Tablo 42. Müdahale Sürecinde Birim Sorumlusunun Rolü 120
Tablo 43. Müdahale Sürecinde Hangi Örgütlerle Çalışıldığı 122
Tablo 44. Uygulanan Tedavi ve Takip Planı 123

BÖLÜM 1

KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. KRİZ KAVRAMI VE GENEL ÖZELLİKLERİ

Krizler, insanların yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları kaçınılmaz durumlardır. Kriz sözcüğü günlük yaşamımızda sık kullandığımız bir ifadedir: Kalp krizi, hipoglisemik kriz, ekonomik kriz, uluslararası ilişkilerdeki krizler, gelişimsel ve rastlantısal krizler vb. pek çok konuda olağanüstü bir durumu belirtmek üzere kullanılmaktadır. Duygusal alanda kullanımı ise; bir olay ya da duruma bağlı olarak ortaya çıkan, bireyin başa çıkma becerilerini geçici olarak yetersiz kılan, yoğun bir belirsizliğin yaşandığı karmaşık bir dönemi anlatır. Bu kriz durumu; hastalık, boşanma, sevilen birinin hastalanması ve kaybı, eşinden sürekli şiddet gören bir kadının durumu, iflas eden bir iş adamı, işsizlik olabilir. Bu gibi kriz durumlarında birey çok sevdiği insanları, materyalleri kaybettiklerinde ya da duygusal, davranışsal veya fiziksel olarak olumsuz etkileyen olaylar ile karşı karşıya kaldıklarında şok, üzüntü ve depresyon içine girebilir. Bu durumda birey kendisini çok çaresiz hisseder. Büyük bir korku içindedir. Artık hiçbir şeyin değişmeyeceğini düşünür. İşte bu hal, kriz durumudur. Bu anda uygulanan terapotik müdahale modeli krize müdahaledir (Sayıl ve diğ., 2000: s.7).

"Kriz, çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı denge bozukluğudur" (Sayıl, 2000:s.7). Moos (1976, Aktaran: Azizoğlu ve Hovardaoğlu, 1995: s.266) da stres verici yaşam olaylarının kriz halinin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığına dikkat çekmektedir.

Kriz ile ilgili ilk tanımlamaları Lindemann yapmıştır. Kriz durumlarında bireylerin soluk almada düzensizlik, güçsüzlük ve yorgunluk, sindirimle ilgili semptomlar verdiğini belirtmiştir (Demiröz, 2003: s.86).

Sarri (2005: 19-24, Aktaran: James ve Gilliland, 2012: s.7)'e göre kriz, kontrol edilemez ve tahmin edilemez travmatik bir olaydan doğmaktadır. Bireyin

eylemlerinde yetersizlik, eksiklik vardır. Kriz döneminde bireyin yaşantısındaki bazı olaylar olumsuz olarak değişmektedir.

Kriz bir krizdir. Çünkü bireyler olumsuz durumlarla karşı karşıya kaldıklarında çözümsüz ve yetersiz kalabilmektedirler (Carkhuff ve Berenson, 1977: s.165, Aktaran: James ve Gilliland, 2012: s.7-8).

Kriz bireylerin olağan dışı olaylar nedeniyle depresyon ve anksiyete yaşayarak stres durumlarıyla başa çıkamama durumdur. Bireyde psikolojik denge kaybı ve duygusal dengesizlik durumu söz konusudur (Kleespies, 2009: 15, Aktaran: James ve Gilliland, 2012: s.7-8).

Murgatroyd ve Woolfe (1982)'a göre ise kriz durumunun özellikleri şunlardır:

1) Stres belirtileri: Birey problemli durumla karşı karşıya kaldığında fiziksel ve psikolojik olarak stres deneyimi yaşar.

2) Panik veya yenilgi tutumu: Birey yardımsızlık ve ümitsizlik deneyimleri yaşamış oluğundan yenildiğini hisseder.

3) Kurtulmaya odaklanma: Birey kriz içinde olma hissinden biran önce kurtulmayı ister.

4) Azalmış hızlı ve verimli çalışma: Krizden ayrı olarak yaşamın diğer alanlarında kişinin fonksiyonları yara alabilir.

5) Sınırlı süre: Deneyim psikolojik olarak acı verdiği için, uzun sürmez ve sınırlı sürenin akut bir deneyimi olarak görülebilir (Murgatroyd ve Woolfe, 1982 Aktaran: Burnard, 1989: s.9).

Sıklıkla modern krize müdahalenin babası olarak nitelendirilen Caplan (1961: s.18) ise Lindemann'ın çalışmalarını daha da genişleterek genel olarak bugün kabul edilen kriz teorisi tanımlamasına öncülük etmiştir. Caplan (1964, Aktaran: Szmukler, 1987: s.158), krizi alışıldık problem çözme metodlarının başarısız olduğu, kısa süreli psikolojik dengesizlik durumu olarak tanımlamıştır. Diğer bir deyişle kriz, bireyin sürekli durumu içerisindeki bir hayal kırıklığıdır. Caplan (1964, Aktaran: Sayıl, 2008: s.8)'a göre krizler 1-5 haftalık dönemler içinde iyi ya da kötü sonlanacak

durumlardır. Bu süre içerisinde yapılacak müdahale çok etkili olabilir. Kriz sırasında birey ve ailesi yardım arayışı içindedirler, müdahaleye açık ve hazırdırlar.

Gilliland ve Jame (1997)'a göre kriz, bir olay ya da durum karşısında, bireyin mevcut kaynaklarını ve başaçıkma mekanizmalarının aşması, birey tarafından tolere edilemeyen güçlükte algılanmasıdır.

Rapoport'a (1965) göre krizler: (1) duygusal ve fiziksel bütünlüğe karşı bir tehdit, (2) sevilen bir kişiyi, yeteneği ya da işlevselliği içeren kayıp ve (3) bireyin mevcut kapasitesini aşan bir meydan okumadır.

Kriz tanımlamalarının çoğunda ortak olan faktör tetikleyici olaydır. Krizin en önemli yönü ise bireyin durumu nasıl algıladığıdır. (Kanel, 2003; Rapoport, 1965). Rapoport (1965)'e göre, birey için olayın nasıl algılandığını keşfetmek çok önemlidir. Gilliand ve James (1997: s.22) de krize müdahalede, bilişsel yaklaşım uygulanan bireyin düşüncelerinin kontrol altına alınmasının, kriz durumunun kontrolünü de kolaylaştıracağını savunur. Sifneos'un (1969), kavramsal modeli ise diğer yaklaşımlardan farklılık göstermektedir. Sifneos (1969), duygusal bir krizin (1) tehlikeli, talihsiz ve olağandışı bir olay, (2) incinebilirlik durumu, (3) tetikleyici faktör ve (4) aktif kriz durumu bileşenleri olduğunu belirtmiştir. Belirtilen bu bileşenler dikkate alındığında; yaşanan olayla, tetikleyici faktörün birbirinden ayırt edildiği görülmektedir. Ona göre, olağan dışı olay, krize yol açabilmekle birlikte, tetikleyici faktör bu olayı dayanılmaz kılarak, krize götüren son olay ya da durum olarak tanımlanmaktadır. Sifneos'un bu yaklaşımı, bireylerin kriz durumlarının başında daha yüksek tolerans gösterirken, sonradan oluşan daha az ciddi bir olayla krize yenik düştüklerinin nedenini açıklamaktadır (Sifneos, 1969, Aktaran: Sayıl, 1992: s.4).

Görüldüğü üzere, kriz kapsamına giren durumları ve özelliklerini tanımlayabilmek için bazı güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Çünkü her insan, benzer olaylara aynı tepkileri verememekte, aynı olay bireylerde farklı etkiler bırakmaktadır. Krize ilişkin tanımlarla ilgili bazı güçlükler olsa da en basit haliyle krizler; geçicidirler, üzüntüye ve sıklıkla normal fonksiyonları yürütememeye neden olurlar, sorun çözme ve baş etme kapasitesinde kayba yol açarlar ve uzun dönem negatif veya pozitif sonuçlara yol açabilirler (Brammer ve MacDonald, 1999: s.103).

1.1.1. Kriz Süreci

Şüphesiz krizin aktif döneminde birey bir dönüm noktası yaşar. Genellikle 4-6 hafta içinde bireyin, durumu iyiye ya da kötüye gider. Böylece kriz kendi doğası gereği zamanla sınırlıdır. Bu dönemde terapötik girişimde, destekleyici sosyal kaynakların ve soruna odaklı tedavi tekniklerinin kullanımı ile terapötik etki sağlanabilir. Krize müdahale yöntemi, kısa dönemli olmasına karşın, uygulanmasında esneklik söz konusudur. Süreyi krizdeki bireyin sorunu kadar terapistin mizacı ve stili de etkileyecektir. Krize müdahalede amaç sonuca ulaşmaktır (Sayıl, 1992: s.5).

Kriz sürecinde Caplan (1964) dört ayrı dönem olduğunu belirtmiştir:

1) Birinci dönemde bir sorunla karşılaşan birey, artan gerginliğine karşı duygusal dengesini yeniden kurmak için alışılageldiği problem çözme tekniklerini kullanır.

2) İkinci dönem alışılagelen yöntemlerin başarısız olduğu, tehdidin sürdüğü, gerginliğin daha da artarak yetersizlik duygularının ortaya çıktığı dönemdir. Birey dezorganize olur. Problem çözmek için deneme –yanılma yollarına başvurur.

3) Üçüncü dönemde problem çözme konusunda başarısızlık sürmektedir. Gerginlik artmıştır. Bütün iç ve dış kaynaklar seferber edilir. Bunun sonucunda bazen birey problemi çözer, bazen de gerilim büyük boyutlara ulaşarak akut depresyon tablosu ortaya çıkar.

4) Bu dönemde gerilim birikerek kırılma noktasını aşar. İki sonuçtan biri görülebilir. Ya birey büyük bir duygusal yıkıma uğrar ya da krizi kötü uyumlu davranış formlarıyla çözümleyerek gerilimi azaltırken sosyal işlevselliğini zedeleyebilir. Davranış bozuklukları; örneğin antisosyal, saldırgan davranışlar, depresyon, intiharlar gerginlik, letarji vb. kendini gösterir (Caplan, 1964, Aktaran: Sayıl, 2008: s.8)

Benzer şekilde Lydia Rapoport, kriz durumunun bir tehdit, kayıp, meydan okuma olarak algılanabilen bir problem yarattığını ve böylece birbiriyle ilişkili tehlikeli olay, yaşam amaçlarına bir tehdit ve uygun çözüm mekanizmalarıyla cevap vermedeki yetersizlik gibi üç faktörün bir kriz durumu oluşturduklarını ileri sürmektedir (Rapoport, 1971, Aktaran: Turan, 1999: s.5).

Slauike (1990: s.64-65) krizleri, gelişimsel ve durumsal krizler olarak iki kategoride değerlendirmiştir. Ona göre gelişimsel krizler, yaşam döngüsü içerisinde bir evreden başka bir evreye geçişle ilişkilidir. Durumsal krizlere göre daha tahmin edilebilirdir. Durumsal krizler ise beklenmedik, tesadüfi ve çevresel faktörlerden kaynaklanan krizlerdir. Örneğin; doğal felaketler, ani ölümler, suç, hastalık vb. gibi bireyin tahmin etmede ya da kontrol etmede çaresiz kaldığı olaylardır.

1.1.2. Kriz Tipleri

Caplan (1964) değişik kriz tiplerini Erikson'un gelişimsel ve rastlantısal krizler modelini kullanarak derinlemesine tartışmıştır. Caplan (1964) gelişimsel krizleri, kişilik gelişiminin güçlük ve bozulmalarla karakterize geçiş dönemleri olarak tanımlamıştır. Bu tür krizlerin sık görülen örnekleri doğum, bebeklik, çocukluk, ergenlik, erişkinlik ve yaşlılıktır. Rastlantısal krizler ise hastalık ve ölüm gibi önemli kayıpları içeren yaşamsal olaylar olarak açıklanmıştır. Caplan (1964) gelişimsel ve rastlantısal krizlerin bireylere hem büyümesi, hem olgunlaşması için fırsatlar yaratan hem de duygusal ve zihinsel yıkım riski getiren durumlar olabileceğini vurgulamıştır (Sayıl, 2008: s.10).

Baldwin (1978, Aktaran: Sayıl, 2008: s.11) kriz ve krize müdahale kavramını Caplan (1964)'ın modelinden çıkarması bakımından değerlidir. Kriz teorisini daha geniş kapsamlı ele alan Baldwin (1978) kriz ve krize müdahaleyi altı bölümde incelemiştir:

1) Durumsal Krizler: Aileye ait bir sorun söz konusudur (Kocası alkolik olan kadın). Müdahale daha çok sosyal boyuttadır. Sayıl (2000: s.97), durumsal krizlerde tetiği çeken olaylar, yaşam sürecinde herhangi bir zamanda bireyin aniden karşılaştığı dengesini sarsıcı ya da bozucu bir etkide bulunan olaylardır. Örneğin, ayrılık, boşanma, iflas, iş değişimi, taşınma, kaza gibi durumlardır.

2) Yaşamsal Krizler: Emeklilik, evlilik, çocuk sahibi olma, kronik hastalıklar örnektir. Müdahale, destekleyici ve yeni duruma uyum konusunda rehberlik çalışmaları şeklindedir.

3) Travmatik Yaşam Deneyimlerinden Kaynaklanan Krizler: Kontrol edilemeyen ve duygusal olarak üstesinden gelinemeyen ve acı veren, ani beklenmedik olaylara bağlı

durumlardır. Ani ölümler, ani iş kaybı, tecavüze uğrama burada sayılabilir. Müdahale destekleme, mevcut uyum kaynaklarını harekete geçirme ve yeni uyum yollarını öğrenme şeklinde yürütülür.

4) Gelişimsel Krizler: Bağımlılık, değer çatışmaları, cinsel kimlik bocalamaları otorite ile ilgili sorunlar burada sayılabilir. Altta yatan dinamiklerin belirlenmesi burada önemlidir. Uzun dönemli tedavi gerektirir. Örneğin; ergenlik, menopoz, emeklilik, mezuniyet, evlilik, anne-baba olma gibi yaşamsal değişikliklerle gelebilen krizlerdir.

5) Bir Psikopatolojinin Sonucu Olan Krizler: Mevcut psikopatoloji krizi ateşler ya da tedaviyi engeller. Şiddetli nevrozlar, kişilik bozuklukları, sınır zekâlar bu gruba girerler. Müdahalede gerginlik yatıştırılır. Birey uzun tedavi programı için hazırlanır.

6) Psikiyatrik Aciller: Krize yol açan durumun tanımı hızla yapılır gerekli müdahale ve tedavi planlanır. Psikozlar, organik beyin sendromları burada yer alır.

Bütün bunların sonucunda, krizin, kişiden kişiye değişiklik gösteren bir olgu olduğu söylenebilir. Çünkü krizi kriz yapan, olayın kendisi değil, o olayın kişinin hayatında ne anlama geldiği ve kişinin olay karşısında verdiği tepkidir. Krize verilen tepkiler, krizi meydana getiren olayın şiddeti, büyüklüğü ve maddi-manevi maliyeti kadar, kişinin yaşına, sosyo-ekonomik özelliklerine, gelişimsel öyküsüne, baş etme ve problem çözme becerilerine ve destek sistemlerine göre de farklılık göstermektedir.

1.1.3. Krizin Tehlikeleri

Krizler, istenmeyen durumlar olduğu gibi, kurumun, kişinin geleceğini ve düzenini tehdit eden durumlar da olduğu için beraberinde stresi getirmektedir. Dolayısıyla kriz durumunda stres eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kriz ortamı aynı zamanda karmaşa ortamıdır. Dolayısıyla kriz durumunda eş zamanlı olarak kaos da söz konusu olmaktadır (Kurtuluş, 2009: s.13).

Şüphesiz, kriz dönemlerinde duygusal yüklenme çok fazla olduğu için bu yükün hafifletilmesi önemlidir. Bu duygusal yükü hafifletme eğilimi kendisini ani

davranışlarla olabildiği gibi, uzun süren bedensel ve ruhsal bozukluklar ya da davranışlardaki değişikliklerle de gösterilebilir.

Sonneck, (2000: s.18) krizin tehlikelerini şu şekilde saymaktadır: Bir kriz;

1) Bazı durumlarda cinayet ve intihar davranışı gibi saldırgan davranışlara yol açabilir.

2) Ruhsal hastalıklara neden olabilir. Doğuştan veya sonradan edinilmiş ruhsal bir yatkınlık söz konusu ise kriz ruhsal hastalığa yol açabilir.

3) Somatizasyona neden olabilir. Somatizasyonda vücutta ortaya çıkan hastalık belirtileri fiziksel bir problemden kaynaklanmaz, psikolojik problemlerden kaynaklanır.

4) Kronikleşebilir: Büyük kitleleri etkileyen olumsuz olaylar, felaketler gibi bazı olayların ardından krizin kronikleşmesi riski yüksektir. Böylesi krizlerde bireysel panik reaksiyonlarla birlikte pek çok panik reaksiyonları da yaşanabilmektedir.

1.1.4. Dünyada Kriz ve Krize Müdahaleyle Yapılan Bazı Araştırmalar

Seadler (1999), "Yas Danışmanlığı ve Kayıp Durumunda Krize Müdahale: Okul Psikologlarının Rolüne İlişkin Ulusal Bir Çalışma" adlı çalışmasında, 344 okul psikoloğuyla çalışmıştır. Ölüm ve yas konusu bu çalışmanın odak noktasıdır. Okul psikologlarına, ölüm ve yasla ilgili davranışsal problemler gösteren öğrenciler hakkında sorular ve ölüm durumunda krize müdahalede nasıl müdahalede bulundukları gibi sorular sorularak psikologların bu konudaki rolleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda okul psikologlarının % 62'sinin ölüm durumunda krize müdahalede bulundukları, % 50'sinin yas danışmanlığı, % 44'inin yas rehberliği yaptığı, % 13'ünün de bu konuda eğitim verdikleri saptanmıştır. Okul psikologlarının % 97,1'i de krize müdahalede okul psikoloğunun rolünün büyük olduğuna inandıklarını belirtmiştir. Müdahale konusunda okul psikologlarının karşılaştıkları engeller ise zaman yetersizliği, eğitim yetersizliği, kendileri dışındaki okul personelinin krize müdahalesi ve yönetici desteğinin az olmasıdır. Seadler, okul psikologlarının kendi çabalarıyla ve bol okumayla psikoloji sertifika programına göre kendilerini daha çok geliştirdiklerini düşündüklerini saptamıştır.

Lewis ve Roberts (2001: s.17) "Krizi Değerlendirme Araçları: İyi, Kötü ve Kullanılabilir" adlı çalışmalarında, davranışçı klinisyenlerin, psikolojik danışmanların, pskiyatrların, psikologların ve sosyal çalışmacıların sıklıkla hastanın kriz durumunun hızlı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesinin gerekliliğini, kriz değerlendirme araçları konusunda bir eksikliğin söz konusu olduğunu vurgulamışlardır. Lewis ve Roberts'ın Çok Boyutlu Kriz Değerlendirme Skalası (MCAS) bu çalışmada açıklanmıştır. Krizin araçları olan stresli yaşam olayları, travmatik olaylar, problem çözme becerileri ile aktif kriz dönemi arasındaki farklılıklar tartışılmıştır. Yapılandırılmış görüşme formatı içinde kullanılan çeşitli kriz ölçme araçlarının avantajları ve sınırlılıkları açıklanmıştır.

Murphy'nin (2004) "Okullarda Psikolojik Danışman Adayları İçin Krize Müdahale Eğitimi Hazırlık Programları" adlı çalışmasında, krize müdahalede ihtiyaçlar artarken, alınan eğitimin artan ihtiyaçlara oranla yetersiz kalması hipotezinden yola çıkılmıştır. Bu çalışmanın amacı, danışman adaylarına verilen krize müdahale eğitiminin etkinliğini belirlemektir. Bu doğrultuda, hazırlanan iki saatlik krize müdahale modülünün etkileri incelenmiştir. Krize müdahale modulü: intiharı önleme krize müdahale teorileri ve krize müdahale kavramlarını içermektedir. Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin müdahale becerileri, kendilerini nasıl hissettikleri, görüşme yapmadaki ve kişiyi tanımadaki kendine güvenlerini ölçmüşlerdir. Araştırmada bir deney bir de kontrol grubu vardır. Deneklere iki ölçme aracı uygulanmıştır. Bunlar, "İntihara Müdahale Tepkileri Envanteri" ve "Krize Müdahale ve İntiharı Önleme Anketi"dir. Burada uygulanan anketlerle psikolojik danışman adayının, hem krize müdahaledeki yetkinlikleri ölçülecek; hem de krize müdahale eğitiminden sonra kendine olan güveninin gelişimi ve kendini nasıl hissettiği ölçülebilecektir. Araştırmanın önemli bulgusu, danışman adaylarına verilen eğitimle rahatlık ve güven duygusu gelişirken; yetkinlik bazında önemli bir gelişme olmadığıdır.

Nickerson ve Zhe'nin (2004: s.777) "Krize Müdahale ve Önleme: Okul Psikolojik Danışmaları Örneği" isimli araştırmaya, rastgele seçilen 197 okul psikolojik danışmanı katılmıştır. Araştırmada danışmanların müdahale, önleme ve hazırlıklar hakkındaki deneyimleri ve algılamalarını tarayan bir envanter uygulanmıştır. Verilen

cevaplar, doğrudan öğrenciyle gözlemlenen, öğrencinin öğrenciye fiziksel saldırıları, çeşitli yaralanmalar, beklenmedik öğrenci ölümleri, intihar girişimleri ve okuldaki silah veya benzeri araçlar şeklindedir. Okul psikolojik danışmanları, okullarında literatürde savunulan çeşitli yaygın önleme ve müdahale stratejilerini kullandıklarını belirtmişlerdir.

Martin (2005), "Gençlik Gelişim Kriz Önleme Programı Bir Etkinlik Çalışması" konulu araştırmasında, araştırmaya katılan 313 kişi ile hastanenin acil servisine başvuran 584 kişinin verilerini incelemiştir. Araştırmada sekiz bağımsız değişken analiz etmiştir. Bu sekiz değişken yaş, cinsiyet, etnik köken, tanı, sigorta, önceki kriz müdahaleleri, önceki hastaneye yatışları ve hastanede geçen gün sayılarından oluşmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre kriz önleme programına katılanların diğer gruba göre daha az oranda hastaneye yattığı saptanmıştır. Sıralanan sekiz değişkenden sonucu etkileyenler sigorta, tanı, yaş ve etnik kökendir. Kriz önleme programına katılan hastaların sadece % 7'sinin 30 gün içinde hastaneye yattığı tespit edilmiştir.

Winey (1996), "Yetişkinler için Krize Müdahale Danışmanlığında Kullanılabilecek Kişisel Bir Model" adlı çalışmasında, ihtiyaç duyan yetişkinlerde krize müdahale danışmanlığının etkili bir yöntem olduğunu vurgulanmıştır. Krizin tanımlanmasında yedi kritik unsurdan bahsetmiştir. Bunlar: (1) Olayın tetiklenmesi ve zamanlama, (2) Krizin neden olduğu duygular, (3) Kriz olayına verilen tepkilerdeki bireysel farklılıklar, (4) Kriz durumundaki çözülme, (5) Krizin çözüm basamakları, (6) İyi ve kötü sonuçlar, (7) Kriz çözümünde sosyal desteğin önemidir. Araştırmada kriz danışmanlığıyla ilişkili bazı kavramsal betimlemeler yapılmış olup modelin güçlü ve zayıf yönleri araştırma içerisinde tartışılmıştır.

Myer ve Moore (2006), "Bağlam Teorisinde Kriz: Ekolojik Bir Model" adlı çalışmasında, organizasyonlar ve bireyler üzerinde krizin etkilerinin anlaşılması için bir teoriyi açıklamaktadır. Bağlam teorisi içinde kriz (CCT) yazarların kişisel deneyimleri ve alandaki krize müdahale literatürü üzerinde şekillenen ekolojik bir modeldir. Krizin katmanlarını, bireyler ve sistem arasındaki karşılıklı etkiyi açıklamaktadır.

1.1.5. Türkiye'de Kriz ve Krize Müdahaleyle Yapılan Bazı Araştırmalar

Palabıyıkoğlu'nun (1992: s.13-16), "Krize Müdahale Merkezi Çalışmalarının Bir Yıllık Değerlendirilmesi" adlı çalışmasında, 1989 yılında kurulan Krize Müdahale Merkezi'ne telefonla, doğrudan ve diğer kliniklerden sevk edilmek suretiyle yapılan başvuruların 1 yıllık dökümü analiz edilmiştir. Bu incelemeler sonucunda intihar girişimi olarak 121 olgu, kriz olgusu olarak değerlendirilen 154 kişi, telefonla 170 kişi olmak üzere toplam 445 kişinin merkeze başvurduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin sosyodemografik özellikleri ve başvuru nedenleri verilmiştir. Merkezin hizmet verdiği grup 15–24 ve 25–34 yaş arasındaki genç ve genç yetişkinlerdir. Kadınların oranı erkeklere göre daha yüksektir. Başvuru nedenlerine bakıldığında yakın çevre ile ilgili sorunlar gündeme gelmiştir. Karşı cinsle ilişki güçlükleri birinci sırada yer alırken, bunu aile üyeleri ile olan sorunlar yaşayanlar izlemektedir.

Sayıl'ın (1992: s.4-7), "Olağanüstü Koşullarda Krize Müdahalenin Yeri ve Önemi" adlı çalışmasında, olağanüstü olaylar denildiğinde akla gelen travmatik yaşam deneyimlerinin ve bu deneyimlerin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinden bahsedilmektedir. Ayrıca, kriz teorisi, krizin bileşenleri, krize müdahalenin tarihsel gelişimi ve krize müdahalenin krizi yaşayan birey üzerindeki etkisi ve önemi çeşitli kuramcıların görüşlerine göre açıklanmıştır. Bir yıllık dönem içinde 405 başvuru yapılmıştır. Bunların 168'i telefonla yapılan başvurulardır. Başvurulardan 110'u intihar girişimidir. Olağandışı koşulların gözden geçirilmesinde ilk beş sırada yer alan sorunlar; eşle ilgili sorunlar, arkadaşa ilişkin sorunlar, aile içi sorunlar, şiddete maruz kalma ve ekonomik sorunlardır. Bu sorunlar içinde kişilerarası iletişim güçlüklerinin önde geldiği görülmektedir.

Sözer'in (1992: s.8), "Psikiyatride Kriz Kavramı ve Krize Müdahale" adlı çalışması, psikiyatride pek de uzun bir geçmişi olmayan kriz ve krize müdahale hakkındadır. Çalışmada kriz, zorlayıcı yaşam olaylarını izleyen bir dönem, bir "dönüm noktası" olarak tanımlanmıştır. Krizin patolojik bir durum olmadığı, ancak yeterince ve uygun bir biçimde ele alınmazsa, patolojik durumlara özellikle psikolojik sorunlara neden olabileceği, bu yüzden kriz kavramının psikiyatriyle uğraşan herkesin bilmesi

gereken bir kavram olduğu vurgulanmıştır. Çalışmada, kriz kavramı ve krize müdahalenin temel ilkeleri de gözden geçirilmiştir.

Ceyhun ve diğerlerinin (1993), "Krize Müdahale Merkezine Başvurularda Yaşam Olaylarının Değerlendirilmesi" adlı çalışmalarında, kriz durumu içinde merkeze başvuranlarda etkin olan yaşam olayları incelenmiştir. Krize müdahale merkezine başvuran 90 deneğin yaşam olayları tespit edilmiş ve intihar girişimi olan 90 deneğin intihara neden olan yaşam olayları karşılaştırılmıştır. Araştırma bulgularına göre başvuran grubun çoğunluğu genç ve kadınlardır. Yaşam olaylarında, aile içi ilişki sorunlarında ve fiziksel cezalandırılmada iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Berksun ve diğerlerinin (1993) "Krize Müdahale ve Yas: Olgu Sunusu" adlı çalışmalarında, yas reaksiyonu 5 vaka aracılığı ile kriz yaklaşımı içinde tartışılmıştır. Çalışmada krize müdahalenin koruyucu psikiyatri alanında faydalı ve uygulanabilir bir yaklaşım olduğu ve bu yaklaşımın kayıp sonrası kriz durumlarının çözümüne yardımcı olarak yas çalışmalarını kolaylaştırdığı anlatılmıştır.

Özden (1993: s.158), "Krize Müdahalenin Psikiyatrideki Yeri" adlı çalışmasında, krize müdahalenin kapsamı ve psikiyatrideki yerini araştırmıştır. Kriz kuramının, yaşamsal zorluklarla karşılaşmış sağlıklı bireylerle bağlantılı olarak oluşturulduğu ancak uygulamada psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyleri de kapsayacak şekilde genişletildiğinden söz edilmiştir. Bu çalışmada, krize müdahalenin ve kriz kuramının ne derece genişletilebileceği tartışılıp, bu konuda çeşitli merkezlerde yapılmış araştırmalar incelenmiştir. Sonuç olarak, kriz kuramının bir bütün olarak psikiyatriye yerleştirilemeyeceği, fakat gözden geçirilip ayarlanmış şekillerinin yararlı olabileceği kararına varılmıştır. Bunlarla birlikte çalışmada, kriz kuramının psikiyatri uygulamasındaki yeri aydınlatılmaya çalışılmıştır.

Palabıyıkoğlu, Berksun, Güney ve arkadaşlarının (1995: s.118-123), "Krize Müdahale Merkezi'ne Başvuranların Değerlendirilmesi: Demografik Özellikler, Sorun Alanları, Yaklaşım" adlı çalışmasında, merkeze başvuran popülasyonu, betimlemek merkezin işlevlerinin bir değerlendirmesini yapabilmek amacıyla 1994

yılında başvuranların arasından 300 kişilik bir grup bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu kişilerin çoğunluğu kadın, 15-25 yaş grubu arasında, yüksek okul ve lise mezunu, öğrenci grubundan oluşmaktadır. Medeni durum açısından bakıldığında bekarların oranı fazla olmakla birlikte evlilerin oranında bekarlara yakın olduğu saptanmıştır. Başvuru nedenlerine bakıldığında özellikle aile sorunları, evlilik sorunları, eşi ile ilişki kurmada güçlükler, iletişim sorunları, eşin evlilik dışı ilişkisi, ayrılma, boşanma isteklerini kapsamaktadır. Gençlerin anne-baba ile yaşadığı sorunları aile içi iletişim güçlüklerinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Azizoğlu ve Hovardaoğlu'nun (1995), "Krize Müdahale Merkezine Başvuran ve Başvurmayan Bireylerin Yaşam Olaylarının Karşılaştırılması" adlı çalışmalarında, yaşam olaylarının kriz kavramının ortaya çıkışında önemli kuramsal kaynaklardan biri olduğu, bazen bireyin bildiği tüm başa çıkma mekanizmalarının yaşam değişikliğinin yarattığı strese ilişkin rahatsızlığı ortadan kaldırmakta yetersiz kalabildiğinden bahsedilmiştir. Bu çalışmada geçici bozgun ve karmaşa halinde, kriz merkezine başvuran ve psikiyatrik bir tanı almamış 50 denekten oluşan kriz grubu ile kriz grubuna benzer sosyo-demografik özellikte olan ve son bir yıl içerisinde herhangi bir psikolojik yardım almamış 50 denek arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Hoimes Rahe'nin "Sosyal Uyumu Ölçme Listesi" uygulanarak elde edilen bulgular bazı maddeler açısından, gruplar arasında anlamlı farklar olduğunu ortaya koymuştur. Araştırma sonucunda, kriz merkezine başvuran deneklere ait yaşam olayları sayısının, karşılaştırma grubundan fazla olduğu görülmüştür.

Haran, Berksun ve Sayıl'ın (1995) "Acil Servis Kriz Odası Uygulamaları" adlı araştırmalarında, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi'nde hizmete giren Kriz Odası'nın çalışmaları hakkında bilgi verilmiştir. Bu birimin gerekliliği, kuruluşu, uygulamaları ve sürekliliği, ayrıca hekim ve hemşirelerin bu çalışma alanı ile ilgili bakış açıları yapılan anket sonuçlarına göre değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, müdahalede bulunulan vakaların % 66'sını intihar girişimleri, % 34'ünü ise kriz vakaları oluşturmaktadır. Bu vakaların büyük bir kısmı 15-34 yaş aralığında, kadın ve eğitim seviyesi daha çok lise düzeyindedir. Okur-yazar olmayanların oranı oldukça düşüktür. Bekârlarda intihar girişimleri, evlilerde ise krizler yüksek orandadır. Problem alanları incelendiğinde

vakalar sırasıyla; karşı cinsle ilişkiler, eşle ilişkiler ve aile içi ilişkiler alanlarında yığılma göstermiştir. Anketlere verilen cevaplardan çıkan sonuç, böyle bir birimin acil servise katkısının, sadece hizmet alanında sınırlı kalmadığını ve ileride daha olumlu sonuçlar doğuracak anlayış değişikliğine de önemli katkısı olabileceğini göstermiştir.

Güney'in (1997: s.65) "Krize Müdahalede Etik" adlı çalışmasında psikiyatri ve psikoterapideki temel etik faktörler, gözden geçirilerek, krize müdahalede etik bakış açıları tartışılmıştır. Örnek olarak verilen bir intihar girişimi olgusunda, hastanın otonomi gereksinmesi karşısında, güvenlik ve emniyeti sağlama çabaları değerlendirilmiştir. Yanı sıra hasta ve yakınları ile ilişkilerde, terapistin kişiliğinin önemli olduğu saptanmıştır.

Oral, Binici, Büyükçelik ve Yazar'ın (1997) "Kriz Olgularında Aile İçinde Yaşanan Şiddet" konulu çalışmalarında, 1996 yılında Kriz Merkezi'ne çeşitli şikâyetlerle başvuranlar arasından yaşamsal öyküsünde şiddet olan evli müracaatçılar ele alınmış, özellikler retrospektif olarak incelenmiştir. Sonuç olarak, ele alınan hemen her vakada saptanan özellikler, bu kişilerin tamamının kadın olduğu ve şiddete evlilik öncesi tanışma süresi de dâhil ilk yıllarda maruz kaldıkları, fiziksel şiddet yanında, sözel şiddetin de yer aldığı şeklindedir. Çalışmada iki örnek vaka, bu özellikler açısından tartışılmıştır.

Oral'ın (1998: s.17) "Psikososyal Boyutları ile Bazı Kriz Olguları" adlı çalışmasında ruh sağlığı ve toplumsal değişim konuları Kriz Merkezi'ne başvuran bazı olgular üzerinden ele alınmış, özellikle bireye ve ilişkilerine yansıyan yönüyle aktarılmaya çalışılmıştır. Araştırmada Kriz Merkezi'ne başvuranlar arasında öykülerinde bir şekilde toplumsal olayların katkıda bulunduğu birkaç olgu sunularak tartışılmıştır. Bu olgularda toplumsal olayların bireyleri zorlayan boyutlarının özellikle bazı kişisel koşul ve yatkınlıklar çerçevesinde, bir psikopatolojiyi başlatma sürecindeki yeri gündeme gelmektedir. Toplumda uçlardaki görüş ve inançların yarattığı çelişkilerin etkilerinin göz ardı edilemeyen sonuçları dikkati çekmektedir.

Yılmaz'ın (1999), "Basel Üniversitesi Psikiyatrik Krize Müdahale Servisinde Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik ve Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi" adlı araştırmasında, 1996 yılında, Basel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Krize Müdahale Servisi'ndeki 443 hastanın sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni ve eğitim durumu gibi), yatış nedeni ve süreleri, krize yol açan sebepler, psikiyatrik tanıları ve hastaneye yatırma sonrası tedavi şekli incelenmiştir. Bu veriler, klinik görüşmeler, hastanın dosyası, sevk eden hekim ve kuruluşların raporları hastane istatistik servisinin raporları temel alınarak derlenmiştir. Sonuç olarak krize müdahale servisinin, açık bir serviste yoğun tedaviyle her iki cinse, geniş bir yaş grubuna, çok farklı nedenlerle, geniş spektrumlu tanı grubuna dâhil edilen hastaların beş gün veya daha az bir sürede (kadınlarda % 95.2 erkeklerde % 95.9) yüksek oranda hastaneye yatırma sonrası ayakta tedaviyi mümkün kılmıştır. Dolayısıyla modern psikiyatrinin ve sosyal psikiyatrinin temel yapı taşlarından birini teşkil ettiği saptanmıştır.

Devrimci Özgüven ve Sayıl'ın (1999: s.7), "Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne Bir Yıl Süresince Başvuran Yeni Vakaların Sorun Alanları ve Tanılarına Göre Değerlendirilmesi" adlı araştırmalarının amacı, Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne bir yıl boyunca başvuran vakaların sosyo-demokratik özelliklerinin, sorun alanlarının, konan psikiyatrik tanı ve uygulanan tedavilerin belirlenmesidir. Araştırmanın verileri, kayıtların taranması ile geriye dönük olarak toplanmıştır. Yalnızca daha önce Kriz Merkezi'ne başvurusu olmayan yeni vakalar çalışmaya alınmıştır. Sonuç olarak, Kriz Merkezi'ne bir yıl içinde 364 yeni başvuru olmuştur. Bu kişilerin % 20,6'sı erkek, % 79,4'ü kadındır. Sorun alanları içinde evlilik sorunu başta gelmekte (% 30,2), bunu, ana-baba ile ilişki sorunu (% 12,1) ve karşı cins ile ilişki sorunları (% 12,1) takip etmektedir. Başvuruların % 27,7'sine herhangi bir tanı konmamış, kalanlara ise çeşitli psikiyatrik tanılar konulmuştur. Konulan tanıların çoğunluğunu uyum bozukluğu ve diğer reaktif tanılar oluşturmaktadır. Vakaların % 40,1'ine herhangi bir ilâç verilmemiş, kalan % 59,9'una ise çeşitli ilâçlar verildiği saptanmıştır.

Yalçın Canyiğit'in (2003) "İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kriz Olgularının Karşılaştırılması" adlı araştırmasının amacı kriz durumu ve intihar girişimi öncesi bir

yıllık yaşam olaylarının belirlenmesi ve intihar girişimi olguları-kriz olguları-sağlıklı kontrol grubu arasındaki hem yaşam olayları yönünden hem de problem çözme ve sosyal destek sistemleri açısından farklılıkların tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucuna göre; kişilerin çoğunluğu 16-25 yaş grubunda, kadın, bekar, lise ve yüksekokul mezunu, öğrenci, kendini yaralama davranışı olması, ailede intihar girişimi öyküsünün olması, alkol, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı olması, anksiyete, hostilite ve depresif belirtilerin bulunması, problemlerini çözme konusunda kendilerini yetersiz olarak algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca, yaşam olaylarının stres verici etkisi intihar girişimlerinden önce arttığı bulunmuştur. Yanı sıra, intihar girişimi olan kriz olguları, artan yaşam olayları karşısında problem çözme becerilerini intihar girişimi olmayanlara göre daha yetersiz olarak algıladıkları ortaya konmuştur. İntihar girişiminin olduğu kriz olgularının, sosyal destek sistemlerini diğer gruplara göre daha yetersiz gördüğü; intihar girişimi olan ve olmayan kriz olgularının ruhsal alanın tamamına yakınının, stres veren yaşam olayları karşısında etkilendiği belirlenmiştir.

Şenelmiş (2006: s.1), "Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma" adlı araştırmasının amacı, Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne başvuran yas olgularının değerlendirilmesidir. Bunun için; merkeze başvuran olgulardan, ölüme bağlı kayıpları sonucu yas sürecinde olanlar, merkez kayıtlarından geriye dönük bir tarama ile belirlenmiştir. Belirlenen olguların bilgileri; hazırlanan "Yas Bilgi Formu"na aktarıldıktan sonra, SPSS 10.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı ve betimleyici bir çalışma olan araştırmada; en fazla kadınların yas sürecinde yardım ve destek arayışında olduğu, olguların daha çok akut yas sürecinde merkeze başvurduğu, görüşmeler sonunda olguların büyük bölümünün yasını çözümlediği tespit edilmiştir. Bunun dışında, yas süreci içerisinde yerleşik psikiyatrik bozukluk geliştirebileceği düşünülen olguların tespitinin yapılarak ileri tedavi için yönlendirilmeleri koruyucu ve önleyici ruh sağlığı bakımından önemli bir sonuçtur.

Uçan (2007: s.38), "Boşanma Sürecinde Kriz Merkezine Başvuran Kadınların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi "adlı araştırmasında amaç, boşanmanın bir kriz durumuna dönüştüğü durumlarda, Kriz Merkezi'ne yapılan kadın başvurularının

boşanma nedenleri açısından değerlendirilmesi ve hangi durumların tetikleyici olarak varolduğunun saptanmasıdır. Araştırma verileri Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Merkezi'ne son beş yıl içinde başvuran 110 kadına ait takip kartlarının analizi şeklinde retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 10.0 kullanılarak sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada; sosyo-demografik özellikler, evlilik şekli, evlilik süresi, evlilik yaşantısında önde gelen sorunlar, boşanmayı gündeme getiren tetikleyici faktörler ve boşanma sürecinde ortaya çıkan psikiyatrik durumlar dikkate alınmıştır. Araştırma bulgularında, boşanma sürecinde iken Kriz Merkezi'nde takip edilen kadınların evlilik öykülerinde şiddete maruz kalma, eşin ailesiyle yaşanan sorunlar, alkol kullanımı sıklıkla bulunmaktadır. Yanı sıra boşanmayı gündeme getiren nedenler sadakatsizlik ve şiddetin derecesinin arttığı tartışmalar olarak belirmektedir. Bazı durumlarda kadınlar boşanmak istemesine rağmen, evliliği sürdürmek zorunda kalabilmektedir. Elde edilen bulgular sonucunda, varsa özellikle çocukları derinden etkileyen bir deneyim olarak ortaya çıkan ve bireylerin yaşamında birtakım değişikliklere uyum sağlamasını gerektiren boşanma bu özelliği nedeniyle kriz potansiyeli taşıdığı tespit edilmiştir. Aile üyeleri açısından zorlayıcı bir dönem olan boşanma sürecinde profesyonel yardım almanın önemli olduğu ve bireylerin bu konuda bilinçlendirilmeleri gerektiği gibi önerilerle araştırma sonlandırılmıştır.

Canat ve diğerlerinin (2009: s.1) "Kriz Yaşantısı Olarak Ergenlik Dönemi ve Ergenlik Döneminde Kriz Yaşantısı" adlı çalışmalarının amacı 2004- 2009 yılları arasında A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezine başvuran ergenlerin sorun alanlarının belirlenmesi, bir kriz yaşantısı olarak ergenlik dönemi ve ergenlik dönemine özgü kriz yaşantılarının değerlendirilmesidir. Araştırmada Kriz Merkezi kayıtları incelenerek son beş yıl içindeki 1259 başvurudan, 15-21 yaş grubunda olan 264 kişi çalışma kapsamına alınmış olup, hasta takip kartlarının taranması yoluyla elde edilen veriler, SPSS 12 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda ise kriz Merkezi'ne başvuran ergenler, toplam başvuruların % 20'sini oluşturmakta olup, bunun % 29,6'sı erkek ve % 70,4'ü kızdır. Başvuruların % 17'si ergenlik dönemine ilişkin kriz yaşantısı olup bir önemli başvuru nedeni ise % 30 oran ile sınav kaygısıdır. Bu çalışma aynı zamanda rastlantısal ve stresli yaşam olaylarının gelişimsel yaşam olaylarından daha yüksek oranda

başvuruya neden olduğuna dikkat çekmektedir. 264 başvurunun % 22,3'ü intihar düşüncesi ve % 8'i ise intihar davranışıdır.

1.2. İNTİHAR DAVRANIŞI

Hemen her ülkede ölüm nedenleri arasında önemli bir orana sahip olan intihar davranışı, bireyin kendi yaşamına istemli olarak son vermek amacıyla eyleme geçmesi anlamına gelmektedir. Çoğu farklı kültürde önemli bir sorun oluşturan intihar davranışı, bir yönden (biyolojik ve psikolojik) sağlıklı olmayan bir ruh yapısının ürünü, diğer yönden de (sosyolojik) tipik bir sosyal olay sayılması mümkündür. Bununla beraber hiçbir ruh sağlığı hastalığı ile ilişiği olmayan intihar tipleri de var olduğuna göre, sosyal ve kültürel nedenlerin ağır bastığı düşünülebilir (Uçan, 2005: s.16). Bu durum ülkeden ülkeye farklılık gösteren tamamlanmış intihar ve intihar girişimi sayılarında açıkça görülmektedir. Latince'de intihar "insanın kendini öldürmesi" anlamına gelen "sui" yani ben ve "cedere" yani öldürmek, kıymak anlamına gelen iki sözcüğün birleşmesi sonucu "suicidere" olmuştur. İngilizceye ise "suicide" şeklinde geçmiştir ve ilk kullanım tarihi 1662'dir. İntihar sözcüğü ise Türkçe'ye Arapça'dan geçmiştir. Arapça göğüs, göğse vurma boğazından asılma, deveyi boğazlama, gırtlağı bıçakla kesme anlamlarına gelen "nahr" kökünden türetilmiştir. İlk kez Tanzimat döneminde Türkçe'ye çevrilen eserlerde kendini katletmek yerine intihar kelimesi kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise bazı yerlerde intihar yerine öz-kıyım ya da öze-kıyım gibi kavramlar kullanılmaya başlanmıştır (Uçan, 2005: s.16; Acar, 2009 s.5; Yiğit, 2009: s.3).

İntihar kavramını açıklarken her ne kadar günlük dilde aklımıza ilk olarak "yok etme/öldürme" düşüncesi/davranışı gelse de bilimsel çalışmalarda ve bilim dünyasında intihar kavramının anlamının oldukça karışık olduğu görülmektedir. Bu nedenle intihar kavramını açıklarken seçtiğimiz terimler ve sözcük dizgilerinin dikkatlice seçilmesi gerekir. Çok boyutlu bir olgu olan intihara ilişkin birçok tanım yapılmıştır. En geniş anlamda intiharın, "bir insanın doğuracağı sonucu bilerek, müspet veya menfi bir eylemle, doğrudan veya doğrudan doğruya olmaksızın kendi kendini ölüme sürüklemesi" şeklinde ifade edilmektedir (Uçan, 2005: s.16).

Durkheim intiharı "kişinin ölümle sonuçlanacağını bilerek, olumlu ya da olumsuz bir eylemin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayı" olarak tanımlamıştır

(Ozankaya, 2002: s.25). Odağ (2002) bu tanımdan yola çıkarak "ölüm", "eylem" ve "eylemin ölüme götüreceğinin bilinmesi" gibi kavramların üzerinde durmuş ve toplumun bu kavramlardan anladıkları ile intihar davranışında bulunan kimsenin anladıklarının farklılıklar yaratabileceğini belirtmiştir. İntiharla ilgili ilk sosyolojik çalışmayı yapan Fransız sosyolog Durkheim, intiharı salt toplumsal bir olgu olarak göstermekte ve her toplumda kolektif bir intihar eğilimi bulunduğunu öne sürmektedir.

Shneidman intiharı "dayanılmaz acıları, ağır sorunları olan, şaşırmış, bozulmuş, gücü azalmış benliğin çözüm arayıcı eylemi" olarak tanımlamıştır (Shneidman, 1985, Aktaran: Odağ, 2002: s.109). Freud (1916) intiharı alt benlik, benlik ve üst benlik arasındaki çatışmaların bir sonucu olarak açıklamıştır (Odağ, 2002: s.100-101). Meninger (1938) ise intiharı başka bir kişiye duyulan öfkenin sonucunda içe alınan kişiyi cezalandırma olarak yorumlamaktadır (Odağ, 2002: s.104-105).

Fairbairn (1995: s.84) intiharı planlı ya da ani ve başkaları ya da kendi tarafından yapılan bireysel niyetler aracılığıyla oluşan ve ölümle sonuçlanması istenen bir davranış olarak tanımlamıştır. Çünkü kişi ölmek ister ve bu doğrultuda hareket eder.

Genellikle intihar denilince sadece ölümle sonuçlanmış olaylar akla gelmektedir. Oysa intihar bilimcileri arasında yaygın bir uygulama intihar olaylarının birer davranış olarak ele alınmasıdır ve "intihar davranışı" yaygın olarak kullanılan kavramdır. Bu doğrultuda intihar davranışı denilince düşünceden başlayıp ölümle sonuçlanan bir dizi davranış örüntüleri akla gelmektedir. Esasen intihar öznel, yani kişiye özgü bir davranıştır ve bu öznel davranışın arkasında aslında insanın kendini öldürmesi olayından uzun zaman önce başlayan bir süreç vardır (Eskin, 2003: s.5). Bu süreçte insanı intihar etmeye yönelten birçok etken vardır. Bu bağlamda intihar davranışını, ilkel toplumlardan günümüze kadar süregelen sadece bireysel bir kayıpla sınırlı kalmayıp biyolojik, sosyolojik, kültürel, toplumsal, psikolojik, dinsel, siyasal ve ekonomik faktörlerin etkisinde olan bir halk ve ruh sağlığı sorunu olarak tanımlanabilir. Yani intihar kavramı yapısı itibariyle büyük bir karmaşayı içinde barındırmaktadır.

İntihar ve intihar girişimi kavramı iç içe geçmiş olup bu iki kavramın anlamlarının karıştırılmaması için intihar ve intihar girişimi arasındaki ayırım üzerinde durmakta fayda vardır.

İntiharı tamamlayanlar ile intihar girişiminde bulunan kişilerin gerçekten kendini öldürmek isteyip istemedikleri arasındaki ayırım kesin değildir. Birçok araştırmacı intiharı tamamlayanlar ile intihar girişiminde bulunanlar arasında bilimsel açıdan bir ayırım gerektiğini belirtirken, bazı araştırmacılar ise bu ayırıma taraftar olmamaktadır (Shneidman 1985'den Aktaran: Odağ, 2002: s.27; Odağ, 2002: s.27; Alptekin ve Duyan, 2009: s.32).

İntihar araştırmalarında kavramların açıkça tanımlanmasının esas olduğunu belirten Stengel (1973: s.14) intihar ve intihar girişimi kavramını şöyle tanımlar: intihar öldürücü, intihar girişimi ise tam açık olmamakla birlikte aşağı yukarı bilinçli olarak kendine zarar verme niyetiyle yapılan, ölümle sonuçlanması istenmeyen kendine zarar verme anlamına gelmektedir.

İntihar ve intihar girişimini iki ayrı davranış olarak ele alan Shneidman (1985, Aktaran: Uçan, 2005: s.17) intihar ve intihar girişimi kavramını şöyle tanımlar: intihar, kişinin kendi iradesiyle kendisini yok etmesidir ve anlamsız bir eylem değildir, kendi içinde mantığı vardır. İntihar girişimi ise amacı gizli olan kararsız bir davranıştır. Shneidman intihar girişimine "parasuicid" ismini vermiştir.

Odağ (2002: s.25) ise ölümle sonuçlanan intihar eylemlerine "intihar", ölümle sonuçlanmayan intihar eylemlerine ise "intihar girişimi" adını vermiştir. Odağ'ın belirtmiş olduğu gibi ölümle sonuçlansın ya da sonuçlanmasın, intihar eylemine dinamik bir yaklaşım bu ayırımın hiç de kolay olmadığını göstermektedir. İntihar eyleminin bilinçdışı nedenleri, güdüleri, amacı ve sonucu araştırıldığında "intihar" ve "intihar girişimi" arasında ayrım yapmak oldukça güçleşir. "İntihar girişimi" denilince sonuçta ölüm olmadığı kastedilmektedir. Fakat yalnızca sonuç bu iki olgu arasında ayrım yapmak için yetersiz bir ölçektir. Çünkü ölme niyetinde olan fakat eylemden sonra yaşayan birçok insan bulunmakta buna karşılık ölme niyetinde olmayan kişilerin birçoğunun ise intihar girişimleri ölümle sonuçlanmaktadır. Yine Odağ (2002: s.25-26) intihar ve intihar girişimi arasındaki ayrımın amaç ve sonuç kadar, bilinç dışı başka ruhsal etmenlere de dayandırılması gerektiğini belirtir.

Kişinin nereden güdülendiği, istemleri, sorunlarını nasıl çözdüğü, yaşantıları, kurulan ilişki biçimleri, ölüm hakkındaki bilinçdışı tasarımları ve eylemin bilinç dışı nedenleri ayırmada kullanacağımız önemli ölçütlerdir. Ölümünden sonra kurbanın amacı, güdüleri ve nedenleri hakkında bilgi almaktan yoksun oluşumuz "intihar" ile "intihar girişimi" arasındaki güçleştiren bir başka nedendir. Ama asıl güçlük eyleme iten dinamik güçlerin birbirleri ile iç içe geçmiş olmasından kaynaklanmaktadır.

Odağ (2002: s.27) intihar ve intihar girişimi şeklinde kesin bir ayrıma taraftar değildir ve tedavi açısından bu ayrımı sakıncalı bulmaktadır. Odağ'a göre bu ayrım tedavide genellikle intihar girişimi tanısı konmuş eylemlere daha az korku duyularak yaklaşılması sonucunu doğurmaktadır. Bireyin ölüme intiharda olduğu kadar yakın olmaması bir rahatlık sağlamakta, bu rahatlık da bazen girişime gereken önemin verilmesini engellemektedir. Girişimde gösteriş ve yardım çağrısının ön planda oluşu da bu rahatlığı sağlamakta ve girişimi biraz hafiften alma eğilimini kolaylaştırmaktadır.

1.2.1.İntihar Davranışının Sınıflandırılması

Yukarıda da belirtildiği gibi, yapılan literatür araştırmalarında intihar davranışına ilişkin terminolojinin farklılık gösterdiği ve terminolojide yer alan kavramların anlamlarının yeterince açık olmadığı görülmektedir. Hatta kavramların bazen birbiri yerine geçecek şekilde kullanılıyor olması (Örneğin; intihar düşüncesine intihar girişimi; intihara intihar girişimi, intihar girişimine intihar denilmesi gibi) kimi zaman tutarsızlıklara, kimi zaman da birbiri ile çelişen anlam karışıklıklarına neden olmaktadır (Alptekin ve Duyan, 2009: s.24). Bu nedenle bazı yazar ve araştırmacılar bu anlam karışıklıklarını gidermek için intihar davranışını sınıflandırmaya çalışmışlardır. Bunlardan bir kaçına örnek aşağıda değinilecektir.

1.2.1.1.Durkheim'in İntihar Tipleri

Fransız sosyolog Durkheim yaklaşık 100 yıl önce yaptığı çalışmasında intiharı salt toplumsal bir olgu olarak göstermektedir. Ona göre toplumsal özellikler bir toplumdaki intihar oranlarını belirlemektedir. Durkheim'in kuramı "sosyal bütünleşme" ve "sosyal düzenleme" olmak üzere iki boyuta dayanır. Sosyal bütünleşme, toplumdaki bireylerin birbirlerine ne kadar bağlı olduklarının derecesini,

sosyal düzenleme ise toplumun kurallarının, normlarının ve değerlerinin gücünü içermektedir. Kurama göre, toplumsal bütünleşme ve düzenleme düzeylerinin yüksek veya düşük olması intihara yol açar. Durkheim intiharları üç ana grupta toplamıştır. Bunlar:

Bencil intihar: Bireyin toplumsal çevresiyle bütünleşmemesi sonucu olan intiharlardır. Durkheim, bireyin içinde yaşadığı toplum bazı bireylere toplumla bütünleşmeleri doğrultusunda yeterince olanak sunmuyor, onları kendi başının çaresine bakmak durumunda bırakıyorsa bu bireyler arasında intihar olgularının sık olabileceğini vurgulamıştır. Yine Durkheim bireyi topluma yani yaşama bağlayan unsurlar olarak örnek gösterdiği din, aile ve siyasal yaşamı bütünsellik düzlemi içinde inceler. Durkheim'e göre aile bağlarının zayıflamasıyla bencil intihar olaylarının artışı birlikte görülmektedir.

Durkheim bencil intihar kavramını; toplumsal bağların kuvvetli olmadığı, bireyselliğin pozitif anlamda vurgulandığı anlamda "bencillik" duygusunun ön plana çıkması ve bireyin yalnızlık hissini yoğun bir şekilde hissetmesi nedeniyle ortaya çıkan intiharlar olarak açıklar.

Elcil intihar: Bireyin kendi başına bırakıldığı ortamların bencil intiharı özendirici olmasına karşın, aşırı toplumsal bütünleşmişliğin de elcil intiharı kolaylaştırdığını belirten Durkheim, bu ikinci durumda birey yaşamının adetler, gelenekler ve alışkanlıklarla katı bir biçimde düzenlenmiş olduğuna, topluluğun buyrukları gerektirdiğinde, bireylerin düşünmeden kendilerini öldürdüklerine işaret etmektedir.

Kuralsızlık intiharı: Toplumsal değerlerin ve standartların bozulmasıyla birlikte görülebilir. Yani bireyin davranışlarında uyulacak ölçülerin bulunmamasından ileri gelmektedir. Bu tür intiharlar toplumsal iniş çıkışların yaşandığı dönemlerde artış gösterebilir. Aşırı bir düşüş ve umutsuzluk hali kadar, aşırı yükselme durumu da kuralsızlık intiharlarına yol açabilir. Burada belirleyici olan temel etken insanların alıştıkları düzenin bir anda bozulması halidir. Toplum yapısında meydana gelen ani değişiklikler bireyin kendi öz değerlerini alt üst edebilir. Kişiler bu kuralsızlık ve kargaşa halinde intihara daha meyilli olabilirler. Kuralsızlık intiharlarına örnek olarak 1927-1946 yılları arasında ülkemizdeki intihar istatistiklerini verebilir. Bu dönemde gerçekleşen devrimler toplum hayatında da hızlı ve keskin dönüşümlere yol

açmış ve toplumsal hayattaki bu ani değişim alışkanlıkların değişmesine neden olurken yeni sürecin başlangıcı ve iki süreç arasındaki bocalama durumu, kişilerin yaşamsal değerlerini alt üst etmiştir. Yine birden zenginleşen ya da iflas eden kişilerde intihar riskinin artması bu tip bir duruma yol açabilir (Ozankaya, 2002: s.6-8).

1.2.1.2.Baechler'in İntihar Tipleri

Fransız sosyal bilimci Jean Baechler'e göre intiharlar dört ana grupta toplanmaktadır. Bunlar:

Kaçma (escapist) İntiharları: Bu intihar tipinde bireyin çözümsüz olarak algıladığı bir durumdan ya da sorundan kaçmak isteği ile ilişkilendirilmiş intiharlardır. Dayanılmaz bir durumdan kaçmak için gerçekleştirilen intiharlardır. Bu intiharlar bir kayıp sonrası gerçekleştirilen yas intiharları; kişinin hata veya kusuru yüzünden gerçekleştirilen ceza intiharları biçiminde üç alt tip tanımlanmıştır. Maris, intihar sonucu ölümlerin yüzde 75'nin kaçma intiharları olduğunu belirtmiştir (Eskin, 2003: s.8-9).

Saldırganlık İntiharları: Bu intiharlar başkalarına yönelik duygular nedeniyle meydana gelmektedir. Saldırganlık intiharlarının dört alt tipi bulunmaktadır. Bunlar başkalarından öç almak için yapılan intikam intiharları; kişinin hem başkasını hem de kendini öldürdüğü cinayet intiharları; başkalarını etkilemek için yapılan şantaj intiharları ve kişinin çevreye sinyal vererek yardım talep ettiği intiharlardır. Maris, intihar sonucu ölümlerin yüzde 20'sinin ise saldırganlık intiharları olduğunu belirtmiştir (Eskin, 2003: s.9).

Adanma (oblative) İntiharları: Bu intiharlar Durkheim'in elcil intiharlarını çağrıştırmaktadır ve iki alt tipi vardır. Bunlar; kişinin kendi değerini arttırmak için kendini biri veya bir şeye adamak için gerçekleştirdiği kurban intiharları ve kişinin kendini yüceleştirmek (örneğin şehitlik mertebesine ulaşmak) için gerçekleştirdiği intiharlardır (Eskin, 2003: s.9).

Oyun (ludic) İntiharları: Bireyin hayatı mutlu ve huzurlu yaşarken, riskli davranışlar sonucu ortaya çıkan ölüm olaylarıdır. Bu intiharların iki alt tipi vardır. Bunlar;

kişinin kendi dayanıklılığını göstermek için gerçekleştirdiği intiharlar ve bireyin yaşamı riske atan ve risk alan davranışlarda bulunarak gerçekleştirdiği oyun intiharlarıdır. Bu tür intiharlarla birey, yaşamda daha fazla heyecan, mutluluk vb. duyguları tatmak için ölümle sonuçlanabilecek eylemlere girişmektedir (Eskin, 2003: s.9).

1.2.1.3.Shneidman'in İntihar Tipleri

Edwin Schneidman, çok yönlü bir hastalık durumunun sonlandırılmasını intihar olarak tanımlamıştır. Yine Shneidman'a göre intihar, bir durumdan kurtulma amacına yönelik patolojik davranış biçimidir. Bu ifadeyle intihar edenlerde patolojik davranışın temelinde bir patolojik kişiliğin de bulunduğu anlatılmak istenmektedir (Yiğit, 2009: s.14). Schneidman'a göre intiharlar üç ana grupta toplanmaktadır. Bunlar:

Bencil (egotic) İntiharlar: Kaynağı psikolojik kökenli olup sabit düşünme, bilişsel daralma, dünyaya at gözlükleriyle bakma gibi işlevsel olmayan bilişsel özelliklerden kaynaklanabileceği gibi, kişinin depresyonda olup kendini aşağılaması, çektiği acılar üzerine yoğunlaşması, gibi ruhsal süreçlerden kaynaklandığı belirtilmektedir.

Çiftli (dyadic) İntiharlar: Bireyin yakın ilişkilerde bulunduğu kimseler tarafından doyurulmayan gereksinimleri belirleyici olup, bireyin ilişki bağlamında yaşadığı hayal kırıklıkları, öfke, mutsuzluk, engellenmeleri ve doyurulmayan isteklerinin bireyin kendi canına kıymasına neden olan intihar türüdür.

Soyutlanma (ageneratic) İntiharları: Bireyin kendi soyundan neslinden ve belki de tüm insanlıktan soyutlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu intiharlar yalnızlık intiharları olarak da adlandırılmaktadır (Eskin, 2003: s.10).

1.2.1.4.Beck Komitesi İntihar Tipleri

1970'li yılların başında Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (United States of America National Institute of Mental Health) ve İntiharı Önleme Merkezi'nce düzenlenen toplantılarda bir komite tarafından intihar davranışının sınıflandırılmasına yönelik bir öneri getirilmiştir. Bu komitelerden Aaron Beck'in başkanlığını yaptığı Beck Komitesi'nin sınıflama sistemi, bugün halen intihar

bilimcileri tarafından geçerli bir sınıflama sistemi olarak kabul görmektedir. Beck Komitesinin sınıflama sistemine göre intihar davranışı üç ana davranıştan oluşmaktadır. Bunlar:

Tamamlanmış İntiharlar: Ölümle sonuçlanan intihar anlamına gelmektedir. Tamamlanmış intiharlardaki önemli ölçüt, ölümün gerçek nedeninin intihar olup olmadığı yönünde varılacak yargıdır. Ayrıca, bir ölüm olayının intihar olup olmadığı yönünde önemli ipuçları intihar eyleminin öldürücülüğünün derecesi, kişinin ölme niyetinin derecesi ve kişinin kendini öldürmek için kullandığı yöntemin seçimi ve niteliği gibi unsurlardır (Eskin, 2003: s.10).

İntihar Girişimi: Kişinin kendini öldürmek istediği ancak öldürmediği davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Burada intihar girişimlerinin gerçek bir intihar girişimi olup olmadığını anlayabilmek için kişinin eyleminin kesinliğinin değerlendirilmesi gerekir. Kişi gerçekten kendini öldürmek istemiş midir, girişimde bulunurken kendini öldürmeye gerçekten niyetli midir, kişinin kendini öldürme niyetinin derecesi ve intihar girişiminde bulunma niyetinin derecesinin bilinmesi, intihar girişimini anlamamızda son derece önemlidir. İntihar girişimlerini anlayabilme konusunda diğer bir ipucu, kişinin girişimde bulunduğu sırada alkol, uyuşturucu gibi maddelerin etkisinde olup olmadığı olabilir (Eskin, 2003: s. 10).

İntihar Düşünceleri: Kişinin intihar konusundaki yoğun düşünceleri, kendini öldürme yolundaki açık açık ifade edilen ölme riskleri olarak tanımlanmaktadır. İntihar düşüncelerinde de, düşüncenin kesinliği, kişinin bu yöndeki kararlığı önemlidir. Burada düşüncenin potansiyel olarak öldürücülüğü önem kazanmaktadır. Kişinin niyeti son derece önemlidir ve kişinin niyeti düşüncenin eyleme dökülüp dökülmeyeceğinin de belirleyicisi olacaktır. Kişinin geçmiş davranışları ve ifadelerinden kendini öldürme niyetini çıkarabiliriz. İntihar girişimlerinde olduğu gibi kişinin kendini öldürmeyi düşündüğü esnada alkol ve uyuşturucu gibi maddelerin etkisinde olup olmadığı ve kendini öldürme düşüncesini hangi yöntem veya yöntemlerle gerçekleştirmeyi düşündüğü olayın açıkça anlaşılması açısından önemlidir (Eskin, 2003: s.10).

1.2.2.İntihar Davranışının Gelişimsel Bağlamı

Buraya kadar yapılan açıklamalarda, intiharın belirli bir yaş dönemi ile sınırlandırılabilecek bir olgu olmadığı açıkça görülmektedir. Zira intihar davranışı insan yaşamının her evresinde farklı oranlarda da olsa kendini göstermektedir. Ancak intihar davranışını epidemiyolojik olarak incelediğimizde yaş ile arasında yakın bir ilişki olduğu görülmektedir.

İntiharların gelişimsel dönemlere göre ele alınması kuşkusuz her döneme ait farklı intihar türleri öngörülmesi anlamına gelmemektedir. Ancak, intiharların gelişimsel perspektiften ele alınması, anlaşılması yönünden kolaylık sağlayacaktır (Eskin, 2003: s.75).

Şüphesiz intiharlar tüm nüfus içerisinde eşit olarak dağılmazlar. Yaşam boyunca intihara yönelim herhangi bir yaşta başlayabilir. Günümüzde intihar tehlikesi 20 yaş yukarısında açıkça kendisini belli etmektedir. Ancak intihar için en çarpıcı dönem ileri yaşlılık dönemidir. Örneğin; 80'li yaşlara ulaşanlarda intiharlar artmaktadır. Çocukluk döneminde az olmakla birlikte ergenlik ile intiharların frekansında bir artma meydana gelmektedir. İntiharların en çok görüldüğü yaş grubu ileri yaş grubu olup yaşın artması ile intihar riski de artmaktadır (Alptekin ve Duyan, 2009: s.45).

İntihar davranışlarının görülme sıklıklarına bakıldığında gelişimsel bakış açısının önemi artmaktadır. Gelişim dönemleri her insanda aynı değildir, bu nedenle insan gelişimini kesin çizgilerle ayırmak neredeyse mümkün değildir. Ancak teorik olarak kolaylık sağlaması bakımından böyle bir yaş sınırının çizilmesi de gereklidir. Bu noktada, çocukluk, ergenlik ve yaşlılık dönemlerinde bireylerin intihar davranışında bulunma nedenlerinin neler olabileceği üzerinde durulması yararlı olacaktır.

1.2.2.1.Ergenlikte İntihar Davranışı

Ergenlik döneminde çocuklukla kıyaslandığında ergenin baş etmek zorunda kaldığı biyo-psiko-sosyal değişimler artmaktadır. İntihar çocuklukta nadir görülmesine rağmen ergenlikle birlikte intihar davranışında önemli bir artış olduğu bildirilmektedir. Her yıl tüm dünyada yaklaşık 900.000 intihar olayı gerçekleşmekte ve bunun 200.000'ini ergenler ve genç yetişkinler oluşturmaktadır (Calles, 2007:

s.259-273; Bille-Brahe, 2001: s.19; Eskin, 2003: s.84; Hocaoğlu ve vd., 2001: s.236, Uludüz ve Uğur, 2001: s.23).

Ergenlerin intihar davranışlarının anlaşılması için ergenlik döneminin özelliklerinin ve ergenin yaşadığı biyo-psiko-sosyal gelişimsel değişmelerin neler olduğunu bilmekte fayda vardır. Özbay- Öztürk'e göre ergenlik dönemi, bireyin biyolojik ve duygusal süreçlerindeki değişikliklerle başlayan, cinsel ve psiko-sosyal olgunluğa doğru gelişmesi ile sürerek bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı belirlenmemiş bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir. Bu döneme hızlı fiziksel ve sosyal değişiklikler eşlik eder (Özbay-Öztürk, 1992: s.12).

Ergenlik dönemi kendine has özellikleri olan bir dönemdir. Ergenlik dönemine özgü pek çok davranış bu dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde bedende görülen ve görülmeyen farklılaşmalar, değişmeler ortaya çıkmaktadır. Bu değişikliklere genç hazır olmayabilir. Bu fiziksel büyüme ve değişiklikler genci ürkütebilir, korkutabilir. Bu değişikliklerin kabulü için genç bir uyum sürecinden geçecektir. Bu dönemde hem fiziksel, hem ruhsal hem de sosyal olarak gelişme söz konusudur. Dolayısıyla gencin gerek ailesiyle, gerek arkadaşlarıyla hatta kendisiyle dahi çatışma yaşaması çok doğaldır.

Gökçe'nin (1984, Aktaran: Bayhan, 1997: s.210-211) ifadesiyle, gençlik çağının özellikleri 3 ayrı grupta incelenebilir. Buna göre;

1) *Fiziki gelişme*: çocukluktan gençliğe geçişte hormonal değişmeler, ikinci cinsiyet belirtilerinin ortaya çıkışı, kemiklerin gelişmesi, bedenin süratle büyümesi ve benzeri fizyolojik değişiklikler çocuğun kendi bedenine karşı yabancılaşması duygusunu oluşturur.

2) *Ruhsal gelişme*: beden için bir olgunlaşmanın söz konusu olduğu bu dönemde, ruhsal bakımdan düşünce, duygu ve davranış biçimlerinde de bir karmaşıklaşma görülmektedir. Fizyolojik anlamda çocukluk çağını kısa bir süre içinde geride bıraktıkları halde o çağın alışkanlıklarından aynı hızla kurtulamamaları bu karmaşıklığı doğurmaktadır.

3) *Sosyal gelişme*: bu dönemde çocuklar bir taraftan kendilerini yetişkin sayarak tutum ve davranışlarını çevrelerindeki büyüklere göre ayarlarken; diğer taraftan, çocukluklarına devam ederler. Bu durum, fazlasıyla ana-baba müdahalesine sebep

olduğundan başkaldırmalara ve giderek aile baskısından kurtulma fikrinin doğmasına yol açar.

Görüldüğü gibi bu dönemde ergenlikle birlikte sosyal ilişkilerde büyük değişimler yaşanmakta, ergenden beklentiler artmakta ve bu beklentiler doğrultusunda ergenin sorumluluklar üstlenmesi gerekmektedir. Bütün bu değişiklikler ergeni hem kendi hem de çevresiyle ilgili yeni bilişsel bütünlükler kurmaya zorlamaktadır. Ancak bu dönemde bazı ergenler diğerleri kadar başarılı olamayabilir ve bir takım ruh sağlığı sorunları ortaya çıkabilir (Eskin, 2000: s.229).

Ülkemizde intihar sonucu ölümün 15-25 yaşlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda olduğu, her yıl 5-14 yaş grubunda 40-50 çocuğun intihar davranışı sonucu öldüğü, 15-24 yaş grubunda ise bu sayının 200-400 kadar olduğu bildirilmektedir (Canat, 2008: s.31). Yapılan araştırmalar son zamanlarda geçmişe göre daha fazla ergenin ruh sağlığı sorunu yaşadığını göstermiştir (Collishaw ve diğ., 2004: s.1350-1351; Eskin, 2000: s.229). Ergenlik döneminde intihara yol açan nedenlerin başında depresyon gelmektedir (Kemal Sayar vd., 2000: s.133; Eskin, 2000: s.229; Canat, 2008: s.32; Eskin vd., 2008: s.383). Depresyonun özellikle orta ve gençlik döneminde sık görülen bir bozukluk olup bu dönemde görülme sıklığının % 5 ile % 20 arasında değiştiği bildirilmektedir. Depresif belirtilerin görülme sıklığı ise % 21 ile % 56 arasında değişmektedir. Depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı çocukluk döneminde % 3'ten az olduğu halde ergenlik döneminde bu oran % 14'e ulaşmaktadır (Eskin vd, 2008: s.383; Canat, 2008: s.31). Yanı sıra, Aysev (1992: s.17-21) tarafından A.Ü.T.F. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalına intihar girişimi nedeniyle getirilen çocukların demografik özellikleri, intihara neden olan yaşam olayı ve aile içi ilişki örüntülerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları toplu olarak incelendiğinde, bu çocukların % 73,3'ü kız, % 26,6'sı erkek, yaş dağılımı açısından bakıldığında ise kız ve erkek çocuklarda yaş oranının 12-14 arasında yığılma gösterdiği saptanmıştır. İntihar girişiminde bulunan çocuklar aile özellikleri açısından incelendiğinde ise anne ve babaların eğitim düzeylerinin ve sosyo-ekonomik durumlarının oldukça düşük olup anne-baba çatışması, boşanma ve babaların alkol kullanımının önemli düzeyde olduğu saptanmıştır.

Ergenlik dönemi depresyonu ülkemiz gençleri arasında yaygındır. Ülkemizde lise öğrencilerinde depresif belirti sıklığı % 27 olarak saptanmıştır (Ağaoğlu, 2008 Aktaran: Canat, s.2008). Depresif duygu durumu çökkünlükle birlikte ümitsizliği de beraberinde getirmektedir. Ergen intiharlarında ise ümitsizlik önemli bir etmendir. Zira ergenler ümitsizlik durumunu yetişkinlere göre daha yoğun yaşamakta ve kendi canına kıymayı çözüm olarak görebilmektedir (Çuhadaroğlu ve Sonuver, 1992: s.146; Canat, 2008: s.32).

Ergen intihar davranışı kapsamlı olarak ele alındığında 3 ayrı değişkenin var olduğu görülmektedir. Bunlar: *Makro toplumsal etkenler* (Yalnızlık ve sosyal yaşantıya katılmakta yetersizlik gibi), *Yaşam olayları* (Anne-baba boşanması, aile içi çatışmalar, duygusal ilişkinin sona ermesi gibi kişisel zorlayıcı yaşantılar), *Depresyon* gibi ruhsal bozukluklardır (Canat, 2008: 32).

Ergenlerde intihar davranışının bir diğer özelliği de intihara birdenbire karar vermeleridir. Bu da ergen davranışlarının "dürtüsel" olabileceğini düşündürmektedir. Odağ (1995: 42 Aktaran: Canat, 2008: s.32) bu özelliği şöyle açıklamaktadır: "Ergenler içsel uyaranları yönlendirebilme ve kontrol edebilme yetisinde bozukluk gösterirler. Ergenlik döneminde intiharların birdenbireliği ve genellikle plansız oluşu benliğin kontrol yetilerindeki yetersizliği düşündürmektedir". İntihar girişiminde bulunan ergenlerin bu davranışlarına ilişkin açıklamaları farklılık göstermektedir. Örneğin, yetişkinler intihar davranışını "ölmek" "zihnindeki dehşet verici bir durumda kurtulabilmek" veya "bir an için olanaksız durumdan kaçabilmek" için diye açıklarken, ergenler" ne kadar ümitsiz bir durumda olduğunu başkalarının anlaması için" intihar girişiminde bulunduklarını ifade etmektedirler (Canat, 2008: s.32-33). Buraya kadar yapılan açıklamalardan, ergen intihar girişimlerinin başkalarını öfkelendirerek, onları çaresiz bırakarak ya da onlarda acıma duygusu yaratarak yakınlık, sevgi sağlama ya da yardım arayışı amacı güttükleri sonucu çıkarılabilir.

1.2.2.2. Yetişkinlikte İntihar Davranışı

Yetişkinlik kavramı ilk kez 2000 yılındaki bir makale ile gündeme gelmiştir (Arnett 2000, Aktaran: Atak ve Çok, 2010: s.43). İnsan yaşamında yeni bir dönem olduğu

öne sürülen genç yetişkinlik, onlu yaşların sonundan yirmili yaşların ortalarına ve hatta sonuna kadar olan dönemi tanımlamaktadır (Arnett ve Eisenberg 2007, Aktaran: Atak ve Çok, 2010: s.47). Yetişkinlik dönemi ise, "ergenlik ile genç yetişkinlik dönemi arasında yer alan yetişkin olma yolunda adımlar atılan ve çok kısa bir süreyi kapsayan bir dönem" olarak tanımlanabilir.

Arnett (2004), genç yetişkin ve yetişkin dönemleri arasındaki ayrımı yaparken bazı gelişimsel döneme ilişkin işlevlerden bahsetmektedir Arnett (2004), genç yetişkinlerin çoğunun henüz evlenmemiş olup, kendilerini uzun süreli bir işe hazırlayacak olan eğitim ve iş deneyimlerini araştırma ve deneme sürecindeyken, otuzlu yaşlardaki bireylerin ise çoğunun kalıcı bir işte çalışmakta olup evlenmeleri ve en azından bir çocuk sahip olma olasılıklarının yüksek olduğunu vurgulamıştır.

Şüphesiz yetişkinlik, aynı zamanda bazı sorumlulukların yerine getirilmesi demektir. Örneğin; bakmak zorunda olunan bir aile, aile ile yürütülmesi gereken düzenli ve güvenli bir ilişki, akrabalar ile geliştirilmesi gereken ilişkiler, iş bulma, çalışmanın getirmiş olduğu yükümlülükler, iş arkadaşları veya patronlar ile geliştirilmesi gereken ilişkiler, ekonomik durum, vb. gibi birçok konuda belli sorumluluklar vardır. Bu yükümlülüklerin birinden veya bir kaçından duyulan rahatsızlık, bireyleri rahatsız edebilmekte ve zayıf kişilik yapılarını kolaylıkla depresyona sokabilmekte ve intihara sürükleyebilmektedir (Mete,http://www.ppd.com.tr/makale/intiharlar-ve-intiharin-onlenebilmesi.html).

Türkiye İstatistik Kurumu verileri yaş aralıkları açısından intiharlarda, 2011 yılında 15-19 yaş grubunun ilk sırada, 25-29 yaş grubunun ikinci sırada ve 30-34 yaş grubunun üçüncü sırada olduğunu göstermektedir(Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2011: s.45). 2012 ve 2013 yılında ise yine intiharların 15-19, 20-24 ve 30-34 yaş aralığında yoğunlaştığı görülmektedir. Verilerden de anlaşılacağı üzere, intihar girişiminin en yoğun olduğu dönemlerden biri genç yetişkinlik ve yetişkinlik dönemleridir. Türkiye'de intihar girişimleri üzerine yapılan bazı araştırmalar genç yetişkinlik ve yetişkinlik dönemlerindeki intihar girişimlerine dikkat çekmektedir. Alptekin (2008)'in Ankara Numune Hastanesi'nin Acil Servisin'de yaptığı araştırmasında, intihar davranışı gösteren bireylerin yaş ortalamasının yaklaşık olarak

23 olduğunu; bekâr olanların evli olanlardan iki kat fazla olduğunu, çoğunluğunun çalışmadığını vurgulamaktadır. Araştırmada, intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunun intihar davranışı için risk faktörü oluşturan kişilik özelliklerinden biri veya birkaçına sahip olduğu, sosyal destek sistemlerinin zayıf, sorun çözme ve başetme becerilerinin yetersiz, arkadaşlık, aile veya okul yaşamlarında ise çeşitli güçlükleri olduğu ortaya konmuştur.

Sayıl ve Özgüven (2002: s.11-16)'in araştırmasında, 15 yaş üzerinde intihar girişim oranlarının erkeklerde yüz binde 31,9, kadınlarda yüz binde 85,6 olduğu; intihar girişiminde bulunanların çoğunluğunun 15-24 yaş grubunda olduğu; en sık seçilen yöntemin ise aşırı ve yüksek doz ilaç olduğu saptanmıştır.

Tel ve Uzun (2003: s.151-158) tarafından acil servise intihar girişimi ile gelen hastalarla yapılan araştırma bulguları şöyle özetlenebilir: intihar girişiminde bulunan bireylerin yaşları 17-41 arasında değişmektedir. Yarıdan çoğunu (% 57) 15-19 yaş grubu oluşturmaktadır. Girişimde bulunanların çoğunu (% 87) kadınlar, bekârlar, (% 74)'ünü kayıp yaşantısı olanlar (% 43) oluşturmaktadır. Daha önce intihar girişimi öyküsünün varlığı % 39 oranındadır.

Şenol, Ünalan, Avşaroğulları ve İkizceli (2005: s.19-29) tarafından Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na intihar girişimi ile gelen bireylerle ilgili yapılan araştırmada, başvuranların çoğunluğunu ergen ve genç yetişkinlerin (15-24 yaşları arasındaki) oluşturduğu, kadınlarda ve bekârlarda daha fazla yaygın olduğu, intihar girişimi nedenlerinin ilk sırasında aile içi geçimsizliğin olduğu ve aşırı dozda ilaç alarak kendini zehirlemenin ilk sıradaki yöntem olduğu belirlenmiştir.

Bekaroğlu, Bilici, Hocaoğlu, Gürpınar ve Uluutku (2000: s.95-102) tarafından Trabzon'da 1995 yılında yapılan araştırma sonucunda; Trabzon'da 1995 yılı intihar girişimi insidansı yüz binde 31,5 bulunmuştur. Saptanan intihar girişimi insidansı kadınlarda erkeklerden, 15-24 yaş grubunda diğer yaş gruplarından, işsizlerde bir işi olanlardan, evli olmayanlarda evlilerden daha yüksek bulunmuştur.

Yukarıda değinilen araştırma bulgularına bakıldığında, intihar girişiminde bulunan bireylerin büyük çoğunluğu genç yetişkinlerden oluştuğu görülmektedir. Kuşkusuz toplumsal ve hızlı teknolojik değişmeler yetişkin insanların yaşamını da önemli ölçüde etkilemektedir. Geleneksel geniş ailelerin çekirdek ailelere dönüşümü, yaşam ve çalışma koşullarının değişmesi, ekonomik güçlükler vb. yetişkin insanın karşılaştığı güçlükler arasında ön sıralarda gelmektedir. Bu durum ise yetişkin insanın yaşamını olumsuz olarak etkilemekte, bireyi bazen çıkmaza sokarak krize hatta intihara sürükleyebilmektedir.

1.2.2.3.Yaşlılıkta İntihar Davranışı

Bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıklar nedeniyle bağımlılığın arttığı döneme yaşlılık denir (Duru ve Özdemir, 2009: s.34). Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde toplumsal koşullardaki iyileşmeler (beslenme, sağlık, eğitim, vb. yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması), modern tıpta meydana gelen önemli gelişmeler ortalama yaşam süresinin uzamasına neden olmuş ve buna bağlı olarak toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus yüzdesi yıldan yıla artmıştır (Turan, 2008: s.34; Aydemir,1999: s.21; Fidaner ve Fidaner, 1992: s.22).

Ülkemizdeki intihar ölümlerinin çoğunun genç ve orta yaş grupları arasında olduğu bilinmektedir. Ancak 100.000 kişi başına düşen ölüm sayısı olarak bakıldığında, intiharların nüfusun yaşlı kesimlerinde daha yoğun olduğu görülmektedir (Eskin, 2003: s.107).

Türkiye İstatistik Kurumu 2011 verilerine baktığımızda, genel toplumdaki intihar oranının 65 yaş ve üzerindeki kişilerde % 13'e ulaştığı görülmektedir. Kadınlara oranla erkeklerde daha fazla intihar yaşanmaktadır (TÜİK, 2011: 7). Yine Türkiye'de yaşlı grupta intihar en fazla 75 yaş ve üzerindeki erkeklerde görülmektedir. Yaşlı grupta her iki cinsiyet içinde en yaygın intihar nedeni hastalıktır (TÜİK, 2011: s.45). TÜİK 2012 ve 2013 verilerine baktığımızda da "75+" grubunda intihar yüzdesinin 2011 yılına göre arttığı görülmektedir. 2013 yılında, yüz binde 8,08 ile en fazla intihar olayı "75+" yaş grubunda görülürken en az intihar olayı yüz binde 4,56 ile "35-39" yaş grubunda görülmüştür.

Kaba intihar hızının en yüksek olduğu yaş grubu, erkeklerde yüz binde 14,63 ile "75+" yaş grubunda, kadınlarda ise yüz binde 5,52 ile "15-19" yaş grubundadır (TÜİK,http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16049).

De Leo (2004, Aktaran: Turan, 2008: s.35)'a göre, dünya nüfusunun 1950'den 2025 yılına kadar 6 katına çıkacağı ve 60 yaş üzeri nüfusun yaklaşık %14'e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu oran dikkate alındığında bütün tıbbi ve teknolojik gelişmelere karşın yaşlılık döneminde kronik hastalıklar, güç yeti kayıpları, bağımlılık, yalnızlık, ekonomik sıkıntılar, emeklilik sonrası depresyon, depresyon, alkol ve ilaç kötüye kullanımı gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların çözümünde ise kişilerin sorunlarla baş etme kapasiteleri, yaşama arzuları ve yaşlılığa bakış açıları oldukça önemlidir.

Belirtilmelidir ki yaşlılıkta da diğer yaş gruplarında olduğu gibi insanları kendi canlarına kıymaya yönelten birçok risk nedeni bulunmaktadır. İntihar için en önemli risk faktörleri; dul veya bekâr olmak, gelir düzeyinin ve eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal desteğin olmayışı, önemli kayıplar yaşanması, ağrılı ve yeti yitimine yol açan bedensel rahatsızlığın bulunması, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak, ailede intihar öyküsünün bulunması, alkol ve ilaç kötüye kullanımı ve depresyondur (Tamam ve Öner, 2001: s.51-52; Eker ve Noyan, 2004: s.77). Yaşlılarda intihar riskini arttıran en önemli risk faktörleri ise; erkek olmak, ağrılı ve yeti yitimine yol açan bedensel rahatsızlığın bulunması, yalnızlık, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmak, ailede intihar öyküsünün bulunması, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, intihar planı olması ve depresyondur (Pearson vd, 1997, Aktaran:

Duru ve Özdemir, 2009: s.36). Yaşlıda intihar riskini artıran hastalıklar arasında yeti yitimine yol açan kronik hastalıklar, depresyon, kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve kanserler bulunmaktadır. Özellikle terminal dönemde bulunan yaşlı kanser hastaları, intiharı mantıklı bir "çıkış yolu" olarak görebilmektedir. Bu hastalarda intihar riski teşhisten hemen sonra ve kemoterapi sırasında en yüksek düzeydedir (Duru ve Özdemir, 2009: s.37).

Bilindiği gibi genci, yaşlısı insanları intihara sürükleyen en önemli ruh sağlığı sorunu depresyondur. Yaşlılarda en sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir. Yaşlılarda depresyon tanısı, hem hastalığın yeterince dikkate

alınmamasından, hem de hastaya, ailesine ve doktorlara bağlı çeşitli nedenlerden dolayı sıklıkla atlanmakta ve depresyon belirtilerin başka nedenlerle (fiziksel rahatsızlık ya da yaşlılık) ilintili olduğu düşünülmektedir (Tamam ve Öner, 2001: s.50). Ertan ve arkadaşlarının (1998) ülkemizde yaptığı bir çalışmada geriatri polikliniğine başvuran hastaların %30,7'sinde, yatmakta olan hastaların ise % 35'inde majör depresyon var olduğu saptanmıştır. Yanı sıra, Kızıl ve arkadaşlarının (2007) 65 yaş üzeri majör depresyon tanısı alan bireylerle yaptığı bir çalışmada ise, çalışmaya katılan 130 kişinin 51'inde (% 39,2) ölme isteği olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ve intihar davranışını engelleyici faktörlere rağmen ülkemizde yaşlı intiharlarının arttığını ve bu kişilerin risk grupları içerisinde değerlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir.

1.2.3.İntiharlarda ve İntihar Girişimlerinde Risk Faktörleri

Şüphesiz bireyin yaşamına neden son verdiği ve bunun altında yatan nedenler sorunu günümüze kadar merak konusu olmuştur. Bu nedenle intihar davranışının nedenleri ya da intihar risk faktörleri hakkında birçok araştırma yapılmış ve yapılan çalışmalar sonucunda intiharın tek bir risk faktörü ile açıklanamayacağı anlaşılmıştır. Bu araştırmalarla ortaya çıkan vurgu noktası, intiharın çok nedenli bir davranış olduğudur.

Bu çok nedenli davranış sürecinde bireyi kendini öldürmeye götüren nedenlerin karmaşıklığı, intihar bilimiyle uğraşan hemen herkes tarafından kabul edilmektedir. İntihar davranışını psikolojik (bilişsel, davranışsal, duygusal), sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, mevsimler, sosyal sınıflar) ve toplumsal (medya, işsizlik, olumsuz yaşam olayları) birçok risk faktörü etkilemektedir. İntihar sürecinin karmaşıklığı içinde bu sayılan risk faktörlerinin tek başına insanları intihar davranışına itmeyeceği, diğer etmenlerle birleştiğinde intihar davranışının ortaya çıkabileceği görülmektedir (Eskin, 2003: s.135).

1.2.3.1. Sosyo-Demografik Risk Faktörleri

Cinsiyet ve İntihar

İntiharın görülme sıklığı toplumdan topluma değiştiği gibi, cinsiyetler arasında da intihar davranışı açısından önemli farklılıklar görülmektedir. Kendini öldürmeyi düşünme ve bunun için girişimde bulunma kadınlar arasında erkeklerden daha yaygındır. Ancak, girişimin ölümle sonuçlanması genellikle erkekler arasında kadınlardan daha fazladır. Bunun nedenleri değişik olabilir. Bu konuda ileri sürülmüş birçok görüş vardır. Sosyalleşme kuramı bu görüşlerden birisidir. Buna göre erkek ve kadın cinsiyet rolleri arasındaki farklılıklar önemli belirleyicidirler. Bütün toplumlarda kadın ve erkeklikle ilgili ortak stereotipler vardır. Örneğin, erkekler intihar yöntemi olarak kadınlara göre daha öldürücü yöntemler kullanarak yaşamlarına son vermede sonuca ulaşmaktadırlar (Eskin, 2003: s.201-204). Erkeklerde tamamlanmış intihar oranlarının kadınlarınkinden fazla olması, onların intihar yöntemi olarak silah, ası, yüksekten atlama gibi daha öldürücü teknikler kullanmalarıyla, kadınların ise erkeklerin kullandıkları tekniklere göre daha az öldürücü olan psikoaktif madde kullanmaları veya zehirli maddeleri içme yolunu seçmeleriyle açıklanmaktadır (Oral, 1997: s.48; Uludüz ve Uğur, 2001: s.21).

Geleneksel cinsiyet rollerine bağlılık ve buna ilişkin olarak kadın ve erkeklere atfedilen değerlerin faklılaşması, davranışların da farklılaşmasına yol açmaktadır. Özellikle ataerkil aile yapısının baskın olduğu toplumlarda, hemen her alanda bu farklılaşma kadınların aleyhine gelişmektedir. Ataerkil sistemde kadınların erkek iktidarı karşısında ikincil konuma geriletilmesi, aile içinde kadına yöneltilen duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik şiddet olarak yansımaktadır. Aile içinde de kadın, ailenin genellikle fiziksel açıdan daha güçlü üyeleri olan erkekler tarafından çeşitli şiddet biçimlerine maruz bırakılmaktadırlar (Özateş, 2009: s.100) Çeşitli şiddet biçimlerine maruz kalan kadınlar, kendilerini erkeğin gerisinde, kendine güveni olmayan, sinik kişilik yapısına sahip olmaktadırlar. Kendilerini gerçekleştiremeyen bu kadınlar yaşadıkları toplumsal baskı sebebiyle intihar girişiminde bulunmaktadır.

Stengel, kadın intihar girişimlerinin, erkek intihar girişimlerine oranla daha fazla manipülatif ilişki kurma anlamı taşıdığını öne sürmektedir. Erkeklerde ise intihar

girişimi baskı kurmanın, güç gösterisinin, parasal durumlarla ilgili tehditlerin bir aracı olabileceğini belirtmiştir (Alptekin vd, 2006: s.151).

İntihar oranı tüm yaşlarda, erkeklerde kadınlara göre ABD'de üç kat, Türkiye'de ise yaklaşık iki kat daha fazladır (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.176). Almanya'da erkekler kadınlara göre iki kat daha fazla intihar etmektedir. Brezilya'da dört kat, Fransa'da iki buçuk kat, Finlandiya'da üç buçuk kat, Rusya'da beş kat fazladır. Sadece Çin'de kadın intihar oranları erkek intihar oranlarından bir buçuk kat daha fazladır (Bağlı, 2004: s.36).

Yaş ve İntihar

İntihar oranı yaşla birlikte artmaktadır. Yıllar itibariyle bakıldığında toplumumuzda kendini öldürenlerin 15-24 yaşları arasında yoğunlaştığı görülmektedir (Eskin, 2003: s.206; Devrimci Özgüven, 2008: s.3; Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.176; Uludüz ve Uğur, 2001: s.21; Oral, 1997: s.48). Erkeklerde intihar girişiminin en fazla olduğu yaş 10-30 yaş dilimi arasıdır. Bu yaşlardan sonra intihar girişimi sıklığı hızla düşmekte, 45 yaşından sonra ise artmaktadır. Erkeklerde 65 yaşın üzerinde intihar hızı genel ortalamanın neredeyse dört katına çıkıp, yüz binde 40'a kadar yükselmektedir. 70-80 yaş dilimi arasında ise erkeklerde daha çok görülen ve ölümle sonuçlanan gerçek intiharların sıklığı artmaktadır. Kadınlarda birinci sırada intihar girişimlerinin görüldüğü yaş grubu 10-20 yaş, sonra da 20-30 yaş arasıdır. Tamamlanmış intiharların çoğunluğu ise 55 yaşından sonra olmaktadır. Kadınlarda gerçek intihar için en yüksek frekans oranı 80 yaşından sonraki dönemdir, ikinci sıklıkta görülen yaş dilimi ise 10-20 yaş dilimi arasıdır (Devrimci Özgüven, 2008: 3; Uludüz ve Uğur, 2001: 21). Türkiye'de son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda da intihar ederek hayatını kaybeden erkeklerin, kadınlardan fazla olduğu görülmektedir (Günay vd, 2001: s.7).

Son 20 yılda gençlerdeki intihar hızları da yükselmiştir (Devrimci Özgüven, 2008: s.3;). Gençlerde intihar girişimi oranı tamamlanmış intihar oranına göre oldukça yüksektir. Yaşlılarda intihar girişimlerinin sıklığı gençlerde olduğu kadar yüksek değildir fakat girişimin ölümle sonuçlanma olasılığı gençlerden ve genel toplumda olduğundan çok daha yüksek olup oranı yüz binde 25'tir. Gençlerde intiharların

intihar girişimlerine oranı 1/200 iken yaşlılarda bu oran yalnız 1/4 dir (Devrimci Özgüven, 2008: s.4).

TÜİK (2011: s.7) verilerine göre, 2010 yılında Türkiye'de intihar edenler yaş grubuna göre incelendiğinde, kadınların 15-24, erkeklerin ise 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. İntihar eden erkeklerin yaklaşık % 42'si, kadınların ise % 62'si 35 yaşından küçüktür.

Eğitim, Meslek, Ekonomik Durum ve İntihar

İntihar ve intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorun önemli bir risk faktörüdür. Genel olarak bir işte çalışıyor olma intihara karşı koruyucu bir faktördür ve işsizlerde intihar hızı bir işi olan gruba göre daha yüksektir. Ekonomik kriz zamanlarında ve işsizliğin arttığı dönemlerde ise azalmaktadır (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.176-177). Karataş'ın (1996: s.104) araştırmasında, işsiz gençlerin % 50,8'inin "bezginlik ve umutsuzluk" duyguları yaşadıkları saptanırken, çalışan gençlerde bu oranın % 37 olduğu saptanmıştır. Karataş, işsiz ve çalışan gençlerin ekonomik, toplumsal ve bireysel sorunlarda içine düştükleri çıkmazların, çözümsüzlüklerin bir ifadesi olarak görülebilecek olan bezginlik ve umutsuzluk durumunun, onları intihar gibi bir uç davranışa yöneltibilecek duygusal ortamı hazırlayabileceğini belirtmiştir.

Dünya genelinde intihar davranışı olan bireylerde eğitim düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir. Avrupa'da intihar girişimlerinin çoğunluğu eğitim düzeyi düşük. bireyler tarafından gerçekleştirilmektedir. İntihar girişimlerinde bulunan kadın ve erkeklerin yarıdan fazlası yalnız temel eğitim görmüş, erkeklerin % 38'i kadınların %50'si hiçbir mesleki eğitim almamış kişilerdir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireyler arasında kadınların % 12'si erkeklerin % 20'si işsizdir. Türkiye'de intihar girişimlerinin düşük-orta düzeyde eğitim görmüş, ev hanımı ve öğrenci gibi bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Devrimci Özgüven, 2008: s.4-5; Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177).

TÜİK (2011: s.13) verilerine göre, 2011 yılında Türkiye'de intihar edenler eğitim düzeylerine göre incelendiğinde, intihar eden 2677 kişinin 57'sinin (% 2,13) okuma-yazma bilmediği, 243'ünün (% 9,08) ise hiç okula gitmediği, 1435'inin (% 53,6)

ilkokul, 198'sinin (% 7,4) ortaokul ve dengi, 408'inin (% 15.24) lise ve dengi ve 181'inin (% 6,76) ise yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu görülmektedir. TÜİK 2013 verilerinde ise, intihar eden bireylerin % 38,4'ü "ilkokul mezunu" dur. İlkokul mezunlarını % 14,2 ile "lise ve dengi okul", % 10,4 ile "ilköğretim" ve % 9,9 ile "ortaokul ve dengi" mezunları takip etmektedir (TÜİK,://www.tuik.gov.tr/PreHaberBlt). Bu veriler bize intihar olgularının çoğunluğunun eğitim seviyesi düşük olan kesimlerde daha fazla görüldüğü izlenimini vermektedir. Ne var ki yapılan diğer araştırmalara bakıldığında intihar girişiminde bulunanların sadece düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde değil, eğitim seviyesi yüksek bireylerde de olduğu görülmektedir.

İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlar arasında psikiyatristler başta gelmekte, onları göz doktorları ve anestezistler izlemektedir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177).

Polis intiharları diğer meslek grubu mensuplarına oranla 2 kat daha fazla olduğu, çoğu polis intiharlarının saklandığı veya belirtilmediği ve kendini vuran polislerin % 90'nın alkollü olduğu saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda; Örneğin Amerika'da kadın doktorların diğer meslek gruplarına dört kat daha fazla intihar ettikleri, İngiltere'de polislerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla oranda intihar ettikleri, Türkiye'de ise silahlı görev yapan ve polislik mesleğinde intihar olaylarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Taşdemir, 2007: s.15).

Medeni Durum ve İntihar

İntihar davranışları ile medeni durum arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. İntihar davranışları bekâr ve dullar arasında daha yaygındır. Bu konuda bekar ve dulların toplumla bütünleşmesi konusunda yaşanan sorunlar ve sosyal destek sistemlerinin yeterince olmayışı konusunda açıklamalar getirilmektedir. (Eskin, 2003: s.207). Evli bireyler, ailelerine ve özellikle de çocuklarına karşı duydukları sorumluluk duygusu, kendilerinin yokluğu durumunda çocuklarının ortada kalacağı ve başkasına muhtaç olacakları düşüncesiyle ölümden farklı olarak problemlere karşı yeni çıkış yoları aramaktadır. Diğer taraftan bekâr ya da dullara baktığımızda, kendisine bağlı,

sorumlu olduğu herhangi bir bireyin yükümlülüğünü taşımaması nedeni ile yaşamaktan daha kolay vazgeçebildikleri düşünülebilir.

Literatürde evli bireylerde intihar oranının daha düşük olduğu görülmektedir. İntihar, evlilere oranla bekârlarda iki kat, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört-beş kat daha sık görülmektedir. Erkeklerde ise bu fark daha belirgindir. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğu bekâr ya da duldur ve bunların yaklaşık %30'u yalnız yaşamaktadır. Kadınların % 6'sı, erkeklerin % 9'u düzenli ev koşullarından düzensiz ev koşullarına bir geçiş yaşadıktan sonra intihar girişiminde bulunmuşlardır (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.176).

TÜİK verilerine göre (2011: s.47), 2011 yılında Türkiye'de intihar edenler medeni duruma göre incelendiğinde, intihar eden 2677 bireyin 1341'i (% 50,01) evli olduğu, 977'sinin (% 36,5) hiç evlenmediği, 93'ünün (% 3.5) eşinin öldüğü ve 197'sinin (% 7,6) ise eşinden boşandığı görülmektedir. TÜİK 2013 verilerinde ise, intihar eden bireylerin % 48,8'inin "evli", % 38,4'ünün "hiç evlenmemiş", % 5,6'sının ise "boşanmış" olduğu görülmektedir. İntihar eden bireylerin medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde en fazla "evli" olanların intihar ettiği görülürken, kadınlarda "evli" olanların yanında "hiç evlenmemiş" kadın intiharlarının da yüksek olduğu görülmüştür (TÜİK,://www.tuik.gov.tr/PreHaberBlt). Bu veriler bize intihar olgularının evliler arasında daha yaygın olduğu izlenimini vermektedir. Ancak yukarıdaki verilere başka bir gözle de bakabilir. Bu sayıları birbirleriyle yaşayanlar (evliler) ve tek yaşayanlar olarak ikiye bölersek toplam 2677 intihar olgusunun 1267'sinin (% 47,6) tek yaşadığı görülmektedir.

Sosyal Sınıf ve İntihar

Bireyin sosyal statüsünde değişiklik olması (yükselmesi ya da düşmesi) intihar davranışı riskini arttıran nedenlerden biridir. Genel olarak düşük sosyal sınıftan olmak intihar girişimi riskini arttırmaktadır. Avrupa'da intihar girişiminde bulunan kadınların % 5'i, erkeklerin % 10'u üst sosyal sınıftan gelmekte iken, yarıdan fazlası alt sosyal sınıftan gelmektedir. Genel olarak kentte özellikle gecekondu kesiminde yaşayan bireylerde intihar ve intihar girişimi riski, kırsal bölgede yaşayan bireylere göre daha yüksektir (Devrimci Özgüven, 2008: s.5; Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177).

Günümüzün sınıflı toplumunda düşük sosyoekonomik düzeydeki toplumsal sınıftan olmak işsizlik, yoksulluk, hastalıklar gibi birçok insan onurunu zedeleyici olayla ilişkilidir. Bunların dışında bu toplum kesimlerinde diğer olumsuz sosyal olaylar da sık görülmektedir. Örneğin, maddi yoksunlukla birlikte aile içi geçimsizlikler artmakta ve birçok ruh sağlığı sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu etmenlerin intihar sürecini hızlandıran ya da doğrudan katkıda bulunan risk etmenleri olduğu bilinmektedir (Eskin, 2003: s.211-212).

Bilhassa kırsal kesimden kente göç ederek gecekondu bölgelerini oluşturan kesim, kent yaşamı ile kırsal yaşamın arasına sıkışıp kalmış bireylerden oluşmaktadır. Ne tam anlamıyla kentli ne de tam anlamıyla köylü olarak yaşamaktadırlar. Sosyal sınıf atlama durumu ortaya çıktığında, yaşanması ideal haline gelen kentliliğe bir adım daha yaklaşılmışlık hissi uyandırır. Ancak yaşanılan ortam, yaşam tarzı, eğitim seviyesinin ve sosyal çevrenin aynı kalması bireyin kırsal yaşamdan kopmasına engel olmakla birlikte atladığı sosyal sınıfla da tam anlamı ile bütünleşmesine ve kendini 'kentli' hissetmesine engel olmaktadır. Yaşanan ikilem ve arada kalmışlık hissi, içinden çıkılamaz bir girdap oluşturarak bireyi intihar davranışına sürüklemesine neden olduğu söylenebilir.

1.2.3.2.Ailesel Risk Faktörleri

İntihar davranışına neden olan diğer bir önemli risk faktörü ise ailesel faktörlerdir. Ailesinde intihar eden ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olan bireylerde intihar oranı yükselmektedir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.176). Ayrıca bireyin birinci derece yakınlarında intihar öyküsünün olmasının intihar girişim sayısını arttırdığı da düşünülmektedir (Lizardi vd., 2009: s.408-409).

Roy ve arkadaşları (1995: s.1075-1076) tarafından yapılan bir araştırmada aile bireylerinde intihar öyküsü bulunan bireylerin intihar davranışında bulunma riskinin daha yüksek olduğu ve tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre tamamlanmış intiharların ve intihar girişimi riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Yanı sıra, Nakagawa ve arkadaşlarının (2009: s.1) yaptığı bir çalışmada intihar girişiminde bulunan 469 bireyin 70'inin (% 14,9) ailesinde intihar hikayesi olduğu ve bunların intihar sebebinin yüksek oranlarda ailesel nedenler olduğu saptanmıştır.

Konuyla ilgili araştırmalarda parçalanmış aileye sahip olan bireylerin intihar girişim riskinin yüksek olduğu belirlenmesine karşın, ülkemizde Dilbaz ve Aytekin (2003: s. 5)'in araştırması intihar girişiminde bulanan bireylerin aile yapılarında herhangi bir ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı, intihar girişiminde bulunan ve bulunmayan bireylerin aile yapıları yönünden bir fark bulunmadığını ortaya konmuştur. Ne var ki çoğu araştırmacılar, intihar davranışının açıklanmasında ailenin yapısı, aile üyelerinin kaybı ya da kayıp tehditlerinin önemli bir rolü olduğu konusunda görüş birliği içindedir. Kayıplar ister ölümle, ister boşanma ve ayrılma ile olsun intihar davranışı gösteren bireylerin ailelerinde parçalanmış ailelerin oranı yüksektir. Araştırma bulguları intihar potansiyeli açısından erken yaşlarda yaşanan anne-baba kaybının önemine işaret etmektedir (Palabıyıkoğlu, 1993; Palabıyıkoğlu vd., 1993: s.69).

Tuğcu (1996)'nun araştırmasında "parçalanmış aileye sahip bireylerin intihar olasılığının, parçalanmamışlara göre daha yüksektir" hipotezi desteklenmemiştir. Çuhardaroğlu (1993: s.29)'nun araştırmasında ise intihar girişiminde bulanan gençlerin aile ilişkileri boyutunda önemli aksaklıkların olduğu ve ailedeki çocuk sayısının fazlalığının intihar girişiminde önemli bir olumsuz faktör olabileceği belirtilmiştir.

1.2.3.3.Klinik Risk Faktörleri

Şüphesiz psikiyatrik bozukluklar intihar davranışında en önemli risk faktörlerindendir. Kendini öldüren, öldürmeyi deneyen veya kendini öldürmeyi düşünen kimselerin büyük bir bölümünün psikolojik sorun yaşadığı ve bu sorunların verdiği mutsuzluğun insanı kendi canına kıymaya götürdüğü bilinen bir gerçektir (Eskin, 2003: s.171). İntihar davranışında bulunan bireylerin büyük bir çoğunluğunun en az bir psikolojik sorunu vardır. Sayısız araştırmalara göre intihar eyleminde bulunanlarda ruhsal bir hastalık gösterenlerin sayısı % 80 hatta %90'a ulaşmaktadır. Bu çalışmalarda intiharın depresyonlarda % 30-50, alkol bağımlılarında % 20-30, psikotik bozukluklarda % 1-7 arasında değişen oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Odağ, 2002: s.40). Örneğin Koçal ve arkadaşlarının (1994) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören intihar girişiminde bulunmuş 125 hastanın dosya bilgileri geriye dönük inceledikleri

çalışmalarında, intihar girişimi oranı en yüksek olan grupta (% 52,4) kişilik bozukluğu olduğu, daha sonra sırasıyla şizoaffektif bozukluk, atipik psikoz, depresyon ve şizofreni tanılarının olduğunu tespit etmişlerdir (Koçal ve diğerleri, 1994: s.328). Yine Hawton (1987)'un yaptığı çalışmada intihar edenlerin hemen hepsinde bir psikiyatrik bozukluk olduğu, bu olguların yarısında duygudurum bozukluğu, 1/4'ünde alkol bağımlılığı ve yaklaşık % 5'inde şizofreni tanısı olduğu tespit edilmiştir.

Yukarıda zikredilen araştırmalarda elde edilen bulgularda da görüldüğü gibi, psikiyatrik bozukluklar arasında şizofreni, alkol ve madde kullanımı, kişilik bozuklukları ve anksiyete bozuklukları intihar davranışına neden olan önemli risk faktörlerinden bazılarıdır. Şizofreni hastalarında intihar sonucu ölüm oranı yüksektir ve bu hastaların yaklaşık % 10'u intihar sonucu ölmektedir. Birçok şizofreni hastası, hastalığın ilk yıllarında intihar girişimi sonucu kaybedilmektedir. İntihar eden hastaların 1/3'ü hastanede yatarken, diğer1/3'ü taburculuğu takip eden birkaç ay içinde intihar etmiştir (Atay ve Gündoğar, 2004: s.41).

Belirtilmelidir ki, şizofreni hastalarında intihar davranışının yaygın olmasının birçok nedeni olabilir. Bunlar intihar davranışıyla yakından ilişkisi olan diğer hastalıkların şizofreni hastalarında eş zamanlı bulunması, öfke kontrolü sorunu ve hastalıkla birlikte kişinin sosyal destek sisteminde meydana gelen kötüleşmedir (Eskin, 2003: s.179-181).

Literatürde panik bozukluk ve intihar riski arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, panik atak geçirmenin bireyi kendini öldürme düşüncelerine yönelttiğini ve bu tür eğilimleri körüklediğini, bu tür düşünceler ve eğilimler geçiren kimsenin kapıldığı korku ve dehşet duygularından kurtulma isteğinin dışa vurumu olarak intihar davranışında bulunduğu görülmektedir. Buna karşın bazı bilimsel bulgular diğer risk etmenleri olmadan panik bozukluğun, intihar davranışı için bağımsız bir risk faktörü olmadığını belirtmektedirler (Eskin, 2003: s. 183).

Klinik gözlemler anoraksiya nervosa, borderline kişilik bozuklukları ve ergenlik dönemi hastalıklarının da bireyi kendini öldürme düşüncelerine ve eylemlerine yönelttiğini ortaya koymaktadır. Anorektik hastaların bedenlerine karşı yıkıcı tutumları, ilişkilerini ve planlarını kısa zamanda bozmaları, intihar eğilimlerinin dışa

yansımış belirtileridir. Hastaların uzun süreli yeme bozuklukları, tehlike sınırında olan zayıflıkları, ölümü çağırır ya da ölüme meydan okurcasına zayıflıklarına aldırmayışları, var olan gizli intihar eğilimlerinin sonuçlarıdır. Anorektik hastaların aşırı kontrolleri karşın, ergenler ve borderline kişilik bozukluğu bulunanlarda içsel uyaranları yönlendirme ve onları kontrol edebilme yetileri bozukluklar gösterir. Ergenlik dönemi ve borderline kişilik bozukluklarında intihar girişimlerinin ani ve genellikle plansız oluşları, benliğin kontrol yetilerindeki yetersizliği de düşündürmektedir (Odağ, 2002: s.51).

Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan intihar eyleminde bulunmuş hastaların oranı % 3 ile % 9,5 arasında değişmektedir. Gunderson (1984'den Aktaran: Brodsky vd., 1997: s.1715) ise daha önce intihar girişiminde bulunmuş hastaların %75'in de borderline borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olduklarını belirtmektedir.

Alkol bağımlılarının yaşamları boyunca intihar etme oranı % 2,2-3,4 arasındadır. Erkek olmak, uzun yıllar alkol kullanımı, son zamanlarda ağır içme atağının olması, depresif bir hastalığının olması, yakın ilişki kaybı, yalnız yaşama, sosyal desteğin zayıflaması veya olmaması, yasal sorunların varlığı, işsizlik ve benzeri mesleki ekonomik zorluklar, intihar düşüncelerinin varlığı alkol bağımlılarında intihar girişimlerindeki hazırlayıcı etkenlerdir (Clifton vd, 1993: 36 -38).

Konuyla ilgili araştırmalar, intihar eyleminde bulunan bireylerde ruhsal bir hastalığın bulunma oranının % 90'lara kadar ulaştığına işaret etmektedir. İntihar eden bireylerin en fazla % 1 veya % 2'sinde klinik bir rahatsızlık olmadığını göstermektedir (Batıgün, 1999: s.70-72). Ülkemizde Cirit ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin % 40'ının daha önce psikiyatrik başvuru yapıp tedavi gördükleri, % 10'unun ise yatarak psikiyatrik tedavi aldıkları saptanmıştır (Ateşçi vd, 2002: s.25). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da intihar öyküsü bulunanlarda, diğer psikiyatrik hastalara ve normal kişilere göre umutsuzluk hislerinin yoğun olduğu belirlenmiştir (Durak ve Palabıyıkoğlu, 1994: s.312).

Sayar ve arkadaşları (2004: s.149-150) tarafından yapılan araştırmada ise intihar girişiminde bulunanlarla sağlıklı bireyler karşılaştırılmış ve intihar davranışında bulunan kişilerin daha depresif ve umutsuz oldukları belirlenmiştir. Bu araştırma sonuçlarından ortaya çıkan vurgu noktası, bireylerde var olan ruhsal rahatsızlıkların

ve psikiyatrik bozuklukların bireylerin intihar ve intihar girişiminde bulunmalarında en önemli risk faktörlerinden olduğudur.

1.2.3.4.Fiziksel Hastalık

Literatürdeki yapılmış araştırmalara bakıldığında intihar girişimindeki önemli risk faktörlerinden birinin de ciddi fiziksel hastalığa sahip olmak olduğu görülmektedir. Yani kanser, böbrek yetmezliği, gibi ciddi ölümcül rahatsızlığı bulunan bireylerin intihar girişiminde bulunma riski daha fazladır.

Benzer şekilde kronik ya da ölümcül hastalıkların varlığında, ergenlik, gebelik, postpartum dönem, menopoz gibi biyolojik geçiş dönemlerinde intihar davranışı riski artmaktadır (Devrimci Özgüven, 2008: s.11). İntihar girişimlerinde bedensel hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış oldukça yüksektir. Oxford çalışmasında, intihar girişimlerinin olduğu yılda erkeklerin % 25,5'i kadınların ise % 34'ü çeşitli bedensel hastalıkları nedeniyle hastaneye yatırıldığı belirtilmiştir. Hastane başvurularına bakıldığında epilepsi ile intihar girişimi arasındaki ilişki oldukça açık görülmektedir. Epileptik hastalarda intihar girişimi oranı 5 hatta 7 kat daha fazladır. Erkeklerde epilepsi görülme sıklığı daha yüksek ve intihar da daha çok görülmektedir. Epilepsisi olan hastalarda intihar girişimlerinin tekrarlanması daha fazladır (Hawton ve Catalan, 1994: s.29). Yanı sıra, intihar eden kadınlarda % 70'inde meme veya genital kanser olduğu bulunmuştur (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177). Ülkemizde Soykan ve arkadaşları (2003: s.1290-1291) tarafından yapılan araştırmada ise, tüm hastalarda intihar riskinin arttığı, özellikle bekâr ve boşanmışlarda, sosyal desteği az olanlarda ve yaşam kalitesi düşük olan bireylerde, riskin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

1.2.3.5. Göç

İntihar girişimindeki önemli risk faktörlerinden biriside göçtür. Yapılan çalışmalarda göçlerle beraber gençlerde psikiyatrik hastalıkların artmakta olduğu ve bu durumunda toplumlar için oldukça önemli olduğu gösterilmektedir. Göçün intiharla ilişkisinde etnik özellikler, yeni ülkede kalma süresi, nesiller arası iletişim, aile çatışmaları önem taşımaktadır (Bursztein Lipsicas ve Henrik Makinen, 2010: s. 274).

Sosyal dayanışmanın azalmasına ve toplumsal destabilizasyona neden olan göç olgusunun yaşandığı durumlarda intihar oranlarının arttığına ilişkin veriler vardır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada intihar edenlerde anlamlı düzeyde daha fazla göç olayı yaşandığı saptanmıştır. Çalışmada son 5 yıl içinde meydana gelmiş göçler intihar grubunda 47 kişiden 9'unda (% 19,1) olmasına karşın kontrol grubunda 45 kişide bir (% 2,2) olarak bulunmuştur (Ekici vd, 2001: s.209-210).

1.2.3.6.Durumsal Risk Faktörleri

Olumsuz Yaşam Olayları ve Stresörler

İntihar davranışlarının ortaya çıkmasında tetikleyici yaşam olaylarının çok önemli bir rolü vardır. Birçok intihar olgusu incelendiğinde, bu insanların geçmişte stresli yaşam olaylarından derinden etkilendikleri görülmektedir. Kişilerarası ilişki sorunları (Anne, baba ya da partner ile), partner tarafından terk edilme, fiziksel/ sözel/ cinsel taciz, yakınlarının ölümü, işsiz kalma, iflas etme, okul başarısızlığı, yaşlılarda yeti yitimiyle izolasyon, bir kaza ya da hastalık sonucu bedensel yetilerde kayıp gibi somut kayılar; şu yada bu nedenle toplumsal statünün, güvenlik duygusunun kaybı gibi daha soyut kayıplar intihar davranışı için tetikleyici olmaktadır. Bu tür olaylar kuşkusuz bireyi psikolojik olarak yıpratmanın yanı sıra kişinin kurmuş olduğu öznel dünyasının yıkılmasına, yaşamın anlam bütünlüğünün bozulmasına neden olmaktadır. Anlam bütünlüğü bozulmuş birey ise yaşamı anlamsız ve boş; dünyayı kendisine aldırış etmeyen bir yer olarak algılayacak ve anlamsızlık, boşluk ve yalnızlık duygularının yanı sıra, sayılan olaylardan herhangi birini yaşamak bireyde aşırı öfke duygularının ortaya çıkmasına neden olacaktır (Devrimci Özgüven, 2008: s.11; Eskin, 2003: s.29).

Yapılan çalışmalar intihar davranışında bulunan kişilerin tek ve çok ağır bir zorlayıcıdan çok, üç ila beş zorlayıcının üst üste yaşadığı bir dönemde olduklarını göstermektedir (Devrimci Özgüven, 2008: s.11). Heikkinen ve arkadaşları (2003: 343-344) yaşam olaylarının intihar olgularının gelişmesinde önemli rol oynadığını belirtmekte ve boşanmalar, ciddi hastalıklar, kişinin yakınlarını kaybetmesi, ekonomik sorunların insanların kendilerini öldürmeleriyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır.

İntihar Araçlarının Ulaşılabilirliği

İntihar düşüncesi olan bir kişinin intiharda kullanabileceği bir araca sahip olması girişim ve ölüm riskini arttırmaktadır. Dolayısıyla intihar araçlarına ulaşılabilirliğinin kolay olması ile intihar girişim oranın da arttığı bildirilmektedir (Kekeç vd., 2000; Aktaran: Karaman, 2010: s.22). Literatürde intihar girişiminde bulunan bireylerin en sık kullanılan intihar girişimi yöntemi olarak ilaç ve toksit maddeyi tercih ettiklerini belirten çalışmalar vardır (Şahin ve Özkan 1993, Tezcan vd.. 1995: Aktaran: Aşılıoğlu vd., 2009: s.6; Deveci vd.., 2005-b: s.3; Dilbaz vd.,2005: s.7; Alptekin vd..,2006: s.154; Koçal vd., 1994: s.329; Karaman, 2010: s.22). Buraya kadar yapılan açıklamalardan, ilaca ulaşmanın kolay olması nedeniyle, ilaç alma yoluyla intihar girişiminde bulunmanın, bireylerin en sık başvurdukları yöntem olduğu sonucu çıkarılabilir.

Belirtmek gerekir ki ateşli silahların kolay bulunabilirliği intihar yöntemi olarak kullanılma riskini arttırmaktadır. Kellemann ve arkadaşları (1992, Aktaran: Altındağ vd., 2005: s.241) evde ateşli silah bulundurmanın intihar riskini 4,8 kat arttırdığını saptamıştır. Bununla birlikte Markush ve Bartolucci de (1984, Aktaran: Altındağ ve ark., 2005: s.241) evde ateşli silah bulundurma oranındaki % 10 artışın intihar hızını da yüz binde 3 arttırdığını saptamıştır. Ateşli silah, ve toksit madde bulundurmayı kısıtlayan uygulamaların intihar oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Altındağ ve ark., 2005: s.241). Bu duruma ilişkin 1990 yılında ülkemizde silah bulundurma ve taşıma ruhsatı almaya ilişkin kanunlar değiştirilmiş ve kolaylaştırılmıştır. Böylece intihar yöntemi olarak ateşli silahların kullanımında son 10 yıl içinde artma olmuştur. Buna karşılık intihar araçlarının ulaşılabilirliğinin azaltılmasının geniş ölçekli çalışmalarda gösterilmiştir. Silah sahibi olmanın kanunlar ile sınırlandırıldığı, arabalarda katalitik konverterlerin kullanımının zorunlu tutulduğu, kömür gazı yerine toksik olmayan kuzey denizi gazlarının kullanıldığı, ilaç paketlerinin içerdiği toplam ilaç miktarının toksik olmayan bir düzeye indirildiği ülke ve bölgelerde intihar hızları düşmüştür (Devrimci Özgüven, 2008: s.12).

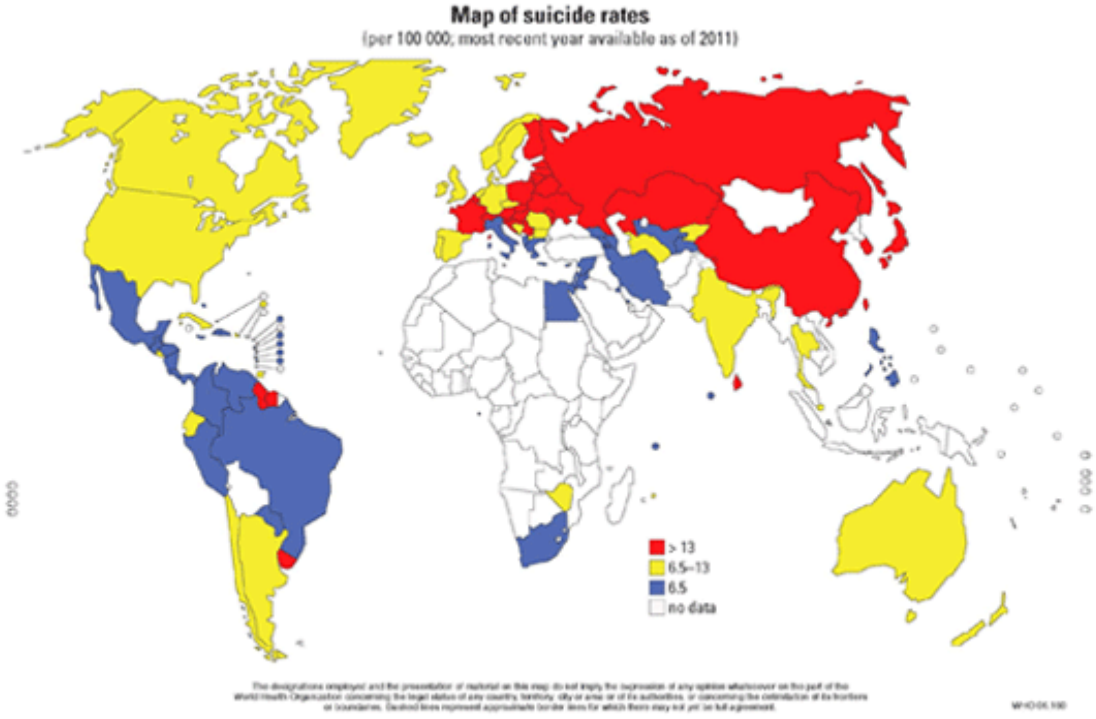
Model Alma

İntihara yatkınlığı olan bireylerde intihar davranışına tanık olmak intihar davranışı riskini arttırabilmektedir. Bu tanıklık doğrudan olabileceği gibi medya aracılığı ile de olabilmektedir (Devrimci Özgüven, 2008: s.12).

Philips (1979) bir araştırmasında toplumda meşhur kimselerin intiharlarının gazetelerin ilk sayfalarında yer almasının ardından intihar oranlarında artış saptamıştır. Aynı şekilde gizli intihar olarak gördüğü trafik kazaları ve uçak kazalarında da bir artış olduğunu bulmuştur. Philips, araştırmalarının sonuçlarından yola çıkarak kitle iletişim araçlarından gerçek ya da kurgusal bir intihar öyküsünün verilmesi hatta genel bilgiler verilmesinin bile intihar oranlarında bir artışa neden olduğu sonucuna varmıştır (Philips, 1979, Aktaran: Palabıyıkoğlu, 1994: s.280). İntihar olaylarının medyada verilişinin bu tür davranışların artmasına neden olduğuna işaret edilmektedir. (Phillips vd., 1992; Gould, 2001, Aktaran: Eskin, 2003: s.213). Dolayısıyla medyada intiharla ilgili haberlerin olumsuz etkisini en aza indirgemek için bu konuda yasal ve uygulamalara ilişkin düzenlemelere ihtiyaç vardır.

1.2.4.Dünyada İntihar Davranışının Yaygınlığı

İntihar günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Nojomi vd., 2007: s.452; The World Health Report, 2001: s.37). Yapılan çalışmalarda dünyada en sık görülen ilk on ölüm nedeni arasında intiharında yer aldığı ve özellikle 15-35 yaş grubunda yer alan genç kuşakta dramatik bir şekilde artış gösterdiği bildirilmektedir. Son yıllarda intihar alanında sağaltım olanaklarının genişlemesine rağmen intihar girişim sıklığında olumlu bir gelişme sağlanamamıştır (Alptekin ve Duyan, 2009: s.32; Dilbaz vd., 2005: s.2). İntihar oranlarının toplumdan topluma değişmesi, hatta aynı toplumun farklı kesimlerinde görülen oran ve yöntem farklılıkları, toplumsal olguların intiharları etkilediğinin bir işareti olarak kabul edilebilir (Ekici vd, 2001: s.205).



Şekil 1 Dünya İntihar Hızları Haritası

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; dünyada her yıl 40 saniyede bir intihar, her 3 saniyede ise bir intihar girişiminin gerçekleştiği her yıl yaklaşık bir milyon insanın intihar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Ayrıca tüm dünyada ölüm oranının 16/100.000 olduğu ve son 45 yıl içerisinde intihar oranlarının % 60 civarında arttığı bildirilmiştir. Yanı sıra, bildirilen verilerde genellikle intihar oranlarının en fazla orta yaş ve yaşlı insanlarda yüksek olduğu bilinmesine rağmen, son yıllarda ergen ve gençlerde bu oranın gittikçe artmakta olduğu bildirilmiştir (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en).

DSÖ, yaklaşık olarak 1.53 milyon insanın 2020 yılına kadar intihar nedeniyle öleceğini, dünya genelinde ise 10-20 kat daha fazla insanın intihar girişiminde bulunacağını bildirmiştir. Bu veriler her 20 saniyede bir intihardan ölüm olacağını, her 1-2 saniyede bir ise intihar girişimi olacağını göstermektedir (Bertolote ve Fleischmann, 2002: .6).

En yüksek intihar oranları Avrupa'da özellikle de doğu Avrupa 'da görülmektedir. Örneğin, Estonya, Litvanya, Macaristan gibi ülkelerdir ve bu ülkelerde benzer tarihi

ve sosyo-kültürel özellikleri paylaşmaktadırlar. Buna karşın Sri Lanka ve Küba gibi ülkelerde benzer tarihi ve sosyo-kültürel özellikler paylaşmamasına rağmen bu ülkelerde de intihar oranları fazladır. DSÖ verilerine göre de, en yüksek oran Avrupa'dan sonra Küba, Japonya, Sri Lanka gibi ada ülkelerinde görülmektedir. En düşük oran ise islami geleneklere sahip olan ülkeler ve daha önce Sovyetler birliğinin boyunduruğu altında olan Doğu Akdeniz bölgesi ülkelerinde görülmektedir (Bertolote ve Fleischmann, 2002: s.6).

Amerika'da her yıl 30.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İntihar hızı, 2001 yılı verilerine göre, Amerika'da %000 10,7 bulunmuştur ve on birinci ölüm nedeni olarak bildirilmiştir. Bu kişilerin intihar etmesinde aile içi şiddet, işsizlik, ekonomik zorluklar, madde bağımlılığı, kronik ya da mental hastalıklar gibi psiko-sosyal ve biyolojik faktörler etkili olmuştur. Yaş oranları 11 ile 96 arasında 2864 intihar vakası gerçekleşmiştir. Kişilerin çoğu erkek (% 81,7) ve beyaz (% 94,8) dır. Bu kişilerin ise sadece % 0.59'u zenci bayanları kapsamaktadır. Bu kişilerin ateşli silahlar (% 67,5), kendini asma (% 13,7), aşırı doz (% 9,9) ve karbonmonoksit zehirlenmesi (% 4,4) gibi yöntemlerle intihar ettikleri saptanmıştır (Shields ve diğerleri, 2005: 613).

Norveç'te yaklaşık 650 kişi her yıl intihardan hayatını kaybetmektedir. Bu Merkez İstatistik Kurumu'nun verdiği bilgilerle de doğrulanmıştır. Ancak bazı intihar vakaları farklı ölüm sebepleri ile gösterildiği için kayıtlara geçmemiştir (Rettersol, 1993: s.1). Yüz yıl önce Norveç'te intihar oranı 1/4 iken, günümüzde bu oran 2,8/1, İsveç'te 2,4/1 ve Danimarka'da 1,7/1 dir. Bu oran Finlandiya'da ise 1/4'dür (Rettersol,1993: s.75).

Dünya çapında intihar cinayetler ve savaşlardan daha çok can almaktadır. DSÖ verilerine göre intihar girişimi oranları tamamlanmış intihar oranlarına göre 10 ile 40 kat daha fazladır. Öyle ki DSÖ verilerine göre dünya çapında her yıl 9 ile 36 milyon arasında intihar girişimi yaşanmaktadır (Bertolote vd.,2006: s.260).

Dünyadaki en yüksek intihar hızı %000 42 ile Litvanya'dır. Bu oranı sırasıyla %00037 ile Rusya, % 00035 ile Beyaz Rusya, % 00034,3 ile Letonya, % 00033,2 ile Estonya, % 000 32,1 ile Macaristan, % 000 30.9 ile Slovenya, % 00029.4 ile Ukrayna , % 00028,7 ile Kazakistan, % 00024.3 ile Finlandiya izlemektedir

(http://www.aneki.com/suicide.html).Görüldüğü gibi intihar ölümleri dünya toplumları arasında önemli farklılıklar göstermektedir.

1.2.5. Türkiye'de İntihar Davranışının Yaygınlığı

Ülkemiz intihar hızı düşük ülkeler arasında yer almasına rağmen, istatistiklere göre kaba intihar oranları yıldan yıla artmaktadır. Özellikle gençler arasında giderek artmakta ve günden güne büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İntihar istatistikleri tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz içinde en az güvenilir istatistikler olup, intiharların hala tabu sayılan bir davranış oluşunun bunda etkili olduğu söylenebilir (Uçan, 2005: s.18; Atlı, 2007: s.4; Asoğlu, 2007: s.8).

Ülkemizde intihar olayları ile ilgili resmi veriler 1962 yılından itibaren ülke geneli için, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından derlenmekte ve 1974 yılından bugüne kadar düzenli olarak yayınlanmaktadır. İntiharlar, ölüm istatistikleri içerisinde, ölüm nedenleri arasında 1931 yılından beri sadece il merkezlerinde derlenmekte, 1959 yılından itibaren ise, bütün il ve ilçe merkezleri kapsam içerisine alınarak yayınlanmaktadır. Bu istatistiklerden bağımsız olarak, adli kaynaklara dayanılarak elde edilen intihar olayları ise 1963 yılından itibaren Adalet İstatistikleri Yıllığı içerisinde kısa bilgiler şeklinde yayınlanmaya başlanmıştır. İntihar istatistikleri verilerinin kaynağı intihar olaylarında polis ya da jandarma tarafından doldurulan "İntihar İstatistik Formları'dır. 1974 yılından itibaren intiharla ilgili derlenen bu resmi veriler Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından "intihar istatistikleri" adıyla yayınlanmaktadır (Asoğlu, 2007: s.8; İntihar İstatistikleri, 2010: s.4).

DİE tarafından yayınlanan intihar istatistikleri incelendiğinde intihar ve intihar girişimi ayırımı yapılmadığı, sadece ölümle sonuçlanan intihar olaylarının istatistikî bilgi olarak değerlendirildiği görülmektedir (Ceyhun ve Ceyhun, 2003: s.218). Ceyhun ve Ceyhun (2003) bu duruma ilişkin ülkemizde tamamlanmış intiharlara ilişkin kayıt tutulmasına karşın intihar girişimlerine ilişkin kayıtların düzenli olarak tutulup bir merkezde toplanmadığı için gerçek oranın bilinemediğini belirtmiştir. İntihar girişimlerine yönelik çalışmalar bölgesel çalışmalar olarak dikkat çekse de, ülkemizde intihar girişimlerine ilişkin en kapsamlı veriler Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Merkezi ile Dünya Sağlık Örgütü'nün ortak çalışması çerçevesinde elde edilen verilerdir. İntihar girişimlerine ilişkin bir istatistik bulunmamakla birlikte

1990 yılında yapılan bir çalışmada Ankara'da intihar girişimleri hızı % 000107 olarak belirlenmiştir (Sayıl, 2000, Aktaran: Uçan, 2005: s.19).

Türkiye genelinde intiharlar diğer ülkelerle kıyaslandığında şimdilik büyük bir sorun olarak görülmeyebilir (Sayıl, 1994: s.293). Buna karşın Sayıl (1994: s.294) ve Eskin (2003: s.40) intihar girişimlerinin yaygın ve büyük bir sorun olduğunu ileri sürülmektedir. TÜİK'nın resmi verilerine bakıldığında sayı olarak ülkemizde intiharların 1980'den 2012'ye kadar önemli bir artış kaydettiği görülmektedir. Toplumdaki yüz bin kişi başına düşen intihar ölümlerine bakıldığında sınırlı da olsa da intihar oranlarının belirli bir artış gösterdiği görülmektedir.

TÜİK 2012 verilerine göre, Türkiye'de ölümle sonuçlanan intihar sayısı, 2012 yılında 3225'tir. İntihar edenlerin % 72'sini erkekler, % 28'ini kadınlar oluşturmaktadır. Kaba intihar hızı yüz binde 4.29'dur. Kaba intihar hızı illere göre incelendiğinde, 2012 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 8,5 ile Uşak'tır. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 1,6 ile Bartın'dır. Yaşa özel intihar hızları incelendiğinde, yüz binde 8,54 ile en fazla intihar olayı 75+ yaş grubunda görülürken en az intihar olayı yüz binde 4,73 ile 35-39 yaş grubunda görülmektedir. 2012 yılında intihar eden bireylerin % 53,1'inin intihar nedeni bilinmemektedir. İntihar eden bireylerin % 17,3'ü hastalık, % 7,8'i aile geçimsizliği, %7,6'sı geçim zorluğu, % 4'ü hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, % 2,1'i ticari başarısızlık ve % 0,6'sı ise öğrenim başarısızlığı nedeniyle intihar etmiştir. İntihar nedenleri cinsiyete göre incelendiğinde, her iki cinsiyette de hastalık (erkek % 15,9, kadın % 20,9) birinci sırada yer alırken erkeklerde % 10 ile geçim zorluğu, kadınlarda % 9,1 ile aile geçimsizliği ikinci sırada yer almaktadır. İntihar edenlerin %50,7'si kendini asarak intihar etmektedir. İntihar şekilleri arasında % 24,9 ile ateşli silah kullanmak ikinci sırada, % 10,3 ile yüksekten atlamak üçüncü sırada, % 5,1 ile kimyevi madde kullanmak dördüncü sırada gelmektedir. İntihar şekilleri cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerin % 51,5'i kendini asarak, % 28,8'i ateşli silah kullanarak, % 7,5'i yüksekten atlayarak intihar ederken, kadınların % 48,6'sı kendini asarak, % 17,3'ü yüksekten atlayarak", % 15,1'i ise ateşli silah kullanarak intihar ettiği görülmektedir. İntihar edenlerin % 31,7'si ilkokul mezunudur. İlkokul mezunlarını % 20,6 ile ilköğretim, % 16,4 ile lise ve dengi okul ve % 7,7 ile yükseköğretim mezunları takip etmektedir. 2012 yılında intihar edenlerin % 50'si

evli, % 36,7'si hiç evlenmemiş, % 5,9'u ise boşanmış kişilerdir. İntihar edenlerin medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde en fazla evli olanların intihar ettiği görülürken, kadınlarda evli olanların yanında hiç evlenmemiş kadın intiharlarının da yüksek olduğu görülmektedir (TÜİK, 2012).

TÜİK 2013 verilerine göre ise, ölümle sonuçlanan intihar sayısı, 2013 yılında 3189'dur. İntihar edenlerin % 72,7'sini erkekler, % 27,3'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Kaba intihar hızı yüz binde 4.19'dur. Kaba intihar hızı illere göre incelendiğinde, 2013 yılında kaba intihar hızının en yüksek olduğu il yüz binde 9,33 ile Karaman'dır. Kaba intihar hızının en düşük olduğu il ise yüz binde 0,74 ile Gümüşhanedir. Yaşa özel intihar hızları incelendiğinde, yüz binde 8,08 ile en fazla intihar olayı 75+ yaş grubunda görülürken en az intihar olayı yüz binde 4,56 ile 35-39 yaş grubunda görülmektedir. İntihar sayıları yaş grubu ve cinsiyete göre incelendiğinde, yaş grupları arasındaki cinsiyet farklılığının belirgin olduğu görülmektedir. 15 yaş altı intiharlar hariç tüm yaş gruplarında erkek intiharlarının kadın intiharlarından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 2013 yılında intihar eden kişilerin % 53,8'inin intihar nedeni bilinmemektedir. İntihar eden bireylerin % 16,1'i hastalık, % 9,3'ü aile geçimsizliği, % 6,9'u geçim zorluğu, % 3,3'ü hissi ilişki ve istediği ile evlenememe, % 1,9'u ticari başarısızlık ve % 0,5'i ise öğrenim başarısızlığı nedeniyle intihar etmiştir. İntihar edenlerin % 50,9'u kendini asarak intihar etmiştir. İntihar şekilleri arasında % 25,5 ile ateşli silah kullanmak ikinci sırada, % 9,4 ile yüksekten atlamak üçüncü sırada, % 6 ile kimyevi madde kullanmak dördüncü sırada gelmektedir. İntihar edenlerin % 38,4'ü ilkokul mezunudur. İlkokul mezunlarını % 14,2 ile lise ve dengi okul ve % 10,4 ile ilköğretim ve % 9,9 ile ortakul ve dengi mezunları takip etmektedir. 2013 yılında intihar edenlerin % 48,8'i evli, % 38,4'ü hiç evlenmemiş, % 5,6'sı ise boşanmış bireylerdir. İntihar edenlerin medeni durumu ve cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, erkeklerde en fazla evli olanların intihar ettiği görülürken, kadınlarda evli olanların yanında hiç evlenmemiş kadın intiharlarının da yüksek olduğu görülmektedir (TÜİK, 2013). Bütün bu araştırma verilerinin sonucunda, Türkiye'deki intihar olaylarında ciddi boyutlarda olmasa da belirli bir seyirde artışın var olduğu söylenebilir.

1.3. İNTİHARI ÖNLEME ve KRİZE MÜDAHALE

Önleme sosyopolitik yönü ağır basan bir olaydır; çünkü konu toplumsal önceliklerin nasıl düzeleceği ile yakından ilintilidir. Temelinde, toplumsal kaynakların ne şekilde kullanılacağı yatmaktadır. Konunun felsefi yönleri ağırdır çünkü olay tamamen, nasıl bir yaşam istendiği ve bunun toplumsal düzenlemesinin nasıl olacağı ile ilgilidir (Eskin, 2003: s.313).

Tarihsel bir süreç içerisinde, önleme göz ardı edilerek ruh sağlığı alanında tedavi yaklaşımlarının ön plana çıktığı görülmüştür. Kuşkusuz bunun hem sosyopolitik hem de ekonomik nedenleri vardır. Heller'e göre (1996, Aktaran: Eskin, 2003: s.313-314) bu süreç içerisinde ruh sağlığı uzmanları, önlemeyi unutup sadece tedavi üzerinde yoğunlaşmayla kendi kendilerine bir tuzak kurmuşlardır. Çünkü "tedavi söylemi" sanki toplumsal sorunların çözümlenmekte olduğu izlemini yaratmıştır. Oysaki intihar sorunu olan birinin tedavisiyle, yeni intihar olgularının ortaya çıkması önlenememektedir. Görüldüğü gibi yaklaşım olarak önleme, tedaviden farklıdır.

İntiharı engelleyici önlemlerin alınıp alınmayacağı tartışmalı bir konudur. Çünkü önlem alınması bireysel ve kurumsal eğitimin yanı sıra toplumun bilinçlenmesini de gerektiren çok geniş kapsamlı bir işlemdir. Toplumun intihar konusunda bilinçlenmesi ve böylece tehlikeye karşı duyarlılığın artması son derece güçtür, öte yandan bilinçlilik toplum içinde intihara karşı takınılan katı, yasaklayıcı hatta cezalandırıcı tutumun değişimi için bir önkoşuldur. İntiharın bir çaresizlik, alarm ve yardım isteyen çağrı olabileceğinin toplumca kavranması bu bilincin oluşmasında önemli bir aşamadır (Odağ, 2002: s.137).

İntiharı önleme konusunda öncelikli konuların başında toplumsal psikiyatrik bozuklukların erken ve yeterli tedavisi gelmektedir. Bu özelliği nedeni ile konu, ruh sağlığı uygulamaları, program ve politikaları içinde ele alınmalıdır. İntihar, ruhsal bozukluklar yanı sıra acımasız eleştiriler, hakaret, dayak, işkence gibi davranışlara maruz kalma, kişilerarası ilişki güçlükleri yaşama, üst üste gelen zorlu yaşantılar gibi birbirine benzemez nedenlerle de ortaya çıkan çok özel bir sorundur. İntihar girişimlerinde daha çok zorlayıcı koşullar, umutsuzluk, çaresizlik duyguları ölüm isteğini gündeme getirir (Sayıl, 2008: s.138).

Sayıl (2000: s.188-189; 2008: s.138) insancıl, tıbbi, sosyal psikolojik ve ekonomik nedenlerle intiharı önleme çalışmalarına gereksinim olduğunun öneminin yadsınamayacağına dikkat çekmektedir. Sayıl'a göre "*intiharlar ekonomik açıdan bakıldığında diğer sağlık hizmetlerine göre daha az sayıda insanı kapsar ve otopsi dışında bir masraf getirmezler. Ancak intihar girişimleri için durum farklıdır. İntihardan 20-30 kat fazla oranda kişiler intihar girişiminde bulunmaktadır. Girişim sonrası bakım ve tedavi masraflıdır. İntihar girişimleri üzerine yapılan DSÖ bağlantılı çok merkezli çalışmada kişi başına 10.000-15.000 dolarlık bir masrafın söz konusu olduğu belirlenmiştir. Beş milyonluk bir ülkede intihar girişimlerinin yüz binde 150 olduğu varsayılırsa bu her yıl yaklaşık 100 milyon dolarlık bir harcama anlamına gelmektedir. Buna kaybedilen üretken yaşam yıllarını da ekleyince bunun devletlere verdiği yük daha da artacaktır*".

Takip edilen bölümde, intiharı önleme ve krize müdahale konusuna değinilecektir. İntiharı önlemenin düzeyleri ve intihar davranışının aynı zamanda yaşam krizleri ile yakın ilişkisi nedeniyle krize müdahale konusuna da değinilecektir.

1.3.1. İntiharı Önleme

İntihar eylemi yaşamı tehdit edici ve çevreyi derinden etkileyen bir girişimdir. Zira eylem ister bir ilişki kurma isteğini dile getirsin, ister konumu değiştirme amaçlı olsun, ister bir çağrı, ister bir uyarı, isterse bir ileti olarak anlaşılsın çevreye etkisinin şiddetini değiştirmemektedir. İntihar davranışı, bu davranışı gerçekleştiren bireyin kendisine ve çevresine olmak üzere genellikle iki yönlü etkide bulunmaktadır. Bu davranış öncelikle bireyin ruhsal yaşamını etkilemektedir. Ruhsal yapıdaki değişmelerin en belirgin özelliği bireyin kendisine ve çevresine yabancılaşmasıdır. İntihar eylemi en çarpıcı etkisini bireyin konumu ve çevreyle ilişkilerinde de gösterir. Bireyin hastaneye kaldırılması, sağaltıma başlanması, işyerinin değiştirilmesi, emekli edilmesi, ayrılışına ya da yitimine dayanamadığı anlaşılan kişinin bulunup geri getirilmeye çalışılması, ülkemizde nişanlanma, evlendirme ya da kaçan sevgilinin pişman olup geriye gelmesi gibi. İntihar eyleminin diğer bir yönü de eylemin çevreye etkisidir. İntihar girişimlerinin neden olduğu gergin dönemlerde hastayı hangi ruhsal dinamik güçlerin intihar girişimlerine zorladığını araştırmak kadar, neden olduğu toplumsal dinamiği de ele almak gerekmektedir (Odağ, 2002: s.68-70).

1.3.1.1. Önleme Düzeyi

Bu bölümde ele alınan üç önleme düzeyinde olası önleme strateji ve yöntemlerinin neler olabileceği üzerinde durulacaktır.

I. BİRİNCİL ÖNLEME

Birincil önleme toplumsal düzeyde ele alınmaktadır. Halk sağlığı çalışanları birincil önleme yöntemleri uygulanırken sorunun temeline (nedenin nedeni) doğru gidildikçe daha etkili sonuç alındığını görürler. Genel yani makro planlar, daha özel mikro planlardan (krize müdahale merkezleri gibi) her zaman daha etkin olmuştur. Ancak birincil önleme çalışmaları ile sorunun temeline inilmesine ve daha etkili sonuçlar alınabileceği düşünülmesine karşın intihara müdahaleyle ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde birincil önleme sorunları üzerinde daha az durulduğu, araştırmaların büyük bir çoğunluğunun ikincil ve üçüncül önleme üzerine odaklandığı görülmektedir (Canetto ve Lester, 1995, Aktaran: Öncü, 1998: s.45-46).

Birincil düzeyde önleme, ruhsal sorunlar ortaya çıkmadan önlemeyi amaçlamaktadır. Eskin (2003: s.321) intiharın birincil önlenmesini, insanları kendi canlarına kıymaya iten durum ve koşulların ortadan kaldırılması veya önlenmesi olarak açıklamaktadır. Sözü edilen durum ve koşullar çevresel olabileceği gibi kişisel de olabilir.

Birincil önleme çalışmaları yapmak için standart bir görev ve sorumluluk alanı belirlemek güçtür. Çünkü birincil önleme çalışmaları uzun bir zamana yayılarak her toplumun kendine özgü koşulları içinde yapılandırılmaktadır. Alptekin ve Duyan (2009: s.107) genel hatları ile birincil düzeyde intiharı önleme çalışmaları için görev ve sorumluluk alabilecek alanlara örnek olarak aşağıdakileri göstermiştir:

Çevresel risk etmenlerini ortadan kaldırma veya etkilerini azaltma: İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan bireylerin büyük bir bölümünün psikolojik bir rahatsızlığı vardır. Onun için intiharın önlenmesi ruhsal bozuklukların önlemesiyle yakından ilişkilidir. Ruhsal bozuklukların nedenlerinin bilinmesi, intiharın önlenebilmesi bakımından da önem taşımaktadır. Ruhsal hastalıkların kökeninde yatan etkenlerden biri de toplumsal eşitsizliklerdir. Ruhsal bozuklukların önlenebilmesi için toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi gerekmektedir. Çünkü bireylerin onurlu yaşam sürmeleri

için gerekli olan toplumsal faktörlerin başında ekonomik koşullar gelmektedir ve olumsuz ekonomik koşullarında birçok intihar davranışının tetikleyicisi olduğu açık bir biçimde görülmektedir. Bu doğrultuda toplumsal eşitsizlikler intihar davranışında önemli olan çevresel risk etmenleri olarak değerlendirilebilir (Eskin, 2003: s.329).

İntihar davranışına karşı bilinç ve duyarlılık sağlama: Toplumun intihar davranışı konusunda bilgilendirilmesi, "tabu" olmaktan çıkarılması için gerekli çalışmaların yapılması, intihara yönelik tutum ve inançlarda gerçekçi çağdaş yönelimlerin sağlanması için çalışılması önemli bir konudur (Sayıl, 2008: s.140). Sayıl (2000: s.190) intiharı önleme çalışmalarında toplumun intihar davranışına tutumunu etkileyen, aile-arkadaş akraba çevresinden gelecek desteğinde önem ve yararından toplumun haberdar edilmesi ve bilgilendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Toplumu bilgilendirici rolünde birer eğitici ve öğretici birey olarak danışmanlar;

a) Toplumun intihar davranışına karşı, katı, yasaklayıcı, cezalandırıcı ve hatta etkileyici tutumunun önüne geçilmesinde,

b) Yaygın olarak bilinmesine karşılık son derece yanıltıcı olan mit'lerin (örneğin intihardan bahseden kişi bu doğrultuda bir girişiminde bulunmaz, intihar eğiliminde olan kişi tamamen ölme niyeti içerisindedir, intihar hiçbir belirti/işaret olmaksızın meydana gelir, ya zenginler ya da fakirler intihar eder gibi) düzeltilmesinde,

c) Davranışın doğası, belirtileri, nedenleri, gelişim süreçleri ve korunma yöntemlerinin tanıtılmasında katkı sağlayabilir(Alptekin ve Duyan, 2009: s.108-109).

Gönüllü çalışmaları organize etme: İntiharı önleme çalışmalarında gönüllü kişilerin ve kuruluşların destekleri son derece önem taşımaktadır. Böylece profesyonel hizmetlerin ulaşamadığı veya yetersiz kaldığı yerlerde, profesyonel yardıma direncin arttığı kriz durumlarında gönüllü çalışmalar önemli açığı kapatabilir. Bu doğrultuda danışmanlar tıpkı diğer alanlarda toplumla çalışırken yaptıkları gibi, gönüllü ihtiyacının belirlenmesi, gönüllü potansiyelinin isteklendirilmesi ve ortaya çıkarılması, eğitimi, kurumlara yerleştirilmesi ve izlenmesi gibi aktiviteleri organize edebilir (Alptekin ve Duyan, 2009: s.109).

Ulusal intiharı önleme programının oluşturulmasına ve uygulamasına yardımcı olma: İntihar önleme çalışmalarının da zaman içerisinde değişime uğradığı görülmektedir. Samaritanların ve intihar önleme merkezlerinin çabalarından sonra önleme çalışmaları ulusal düzeyde de ele alınmaya başlamış; Kanada, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Hollanda, Norveç, Finlandiya ve İsveç gibi ülkeler kendi ulusal intihar programlarını oluşturmuşlardır (Eskin, 2003:s. 315).

Görüldüğü üzere birincil önleme, toplumsal müdahaleyi ve değişimi gerektirmektedir. Yapılacak olan önleme çalışmalarında toplumsal-ekonomik politikalarla gerçekleştirilecek iyileştirmelere ve toplumsal kaynaklardan faydalanmaya ihtiyaç vardır. Bu nokta da ise siyasi otoritelerin desteği oldukça önemlidir. Zira siyasi otoritelerin henüz ortaya çıkamamış bir sosyal sorunun önlenmesi için toplumsal kaynak tahsisini gerçekleştirmede ya da politika veya yasalarla iyileştirme yapmada da ikna olmayabilirler. Bu da intiharı önleme ve azaltma çalışmalarında birincil önleme düzeyinin etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini engelleyebilir.

II. İKİNCİL ÖNLEME

İkincil önlemenin hedefi, şiddeti daha az olan ruhsal sorunların kronikleşmesini ve zarar verici hale gelmesini önlemektir. İkincil önlemeyle, bilinen bir hastalığın etkinlik süresi kısaltılarak olumsuz sonuçları azaltılmak istenmektedir (Eskin, 2003: s.331). Bu düzeyde önleme çalışmalarının amaçlarına ulaşılabilmesi için de risk etkenlerinin bilinmesi ve risk altındaki kişilerin belirlenmesine bağlıdır. Yüksek risk altındaki gruplar sınırları belirli olan bir alanda tanınıp ortaya çıkarılabildiğinde, krizin ortaya çıktığı yerde yardım etme olanağı doğmaktadır. Bu durumda risk gruplarına yakın olmanın veya onlara ulaşabilmenin önemi artmaktadır (Alptekin ve Duyan, 2009: s.110-111).

İntiharın ikincil önlenmesindeki en önemli strateji, kimlerin intihar riski taşıdığının belirlenmesidir. Bu aşamada kimin ya da kimlerin kendini öldüreceğinin yordanmasından ziyade, kimlerin belirli risk etmenlerini taşıdığının belirlenmesi önemlidir. Kimlerin intihar riski taşıyıp taşımadığının belirlenmesi aşamasında, bilimsel araştırmalar önemli bir araç olarak ortaya çıkmaktadır (Eskin, 2003: s.332).

Bu açıklamalardan ortaya çıkan sonuç şu şekilde özetlenebilir; ikincil önleme de kilit nokta intihar riski taşıyan birey ya da grupların saptanmasıdır, yani bilimsel çalışmalar ışığında; risk grubu olarak düşünülen dezavantajlı gruplar belirlenerek bireylere erken tedavi, rehabilite ve problem çözme becerilerinin kazandırılmasıyla intihar davranışını önleme veya azaltma çalışmaları etkili bir şekilde gerçekleştirilebilir.

III. ÜÇÜNCÜL ÖNLEME

İntiharda üçüncül önleme, kendisini öldürmek için herhangi bir girişimde bulunmuş bireylerin tedavisine odaklanan çalışmalardan oluşmaktadır. Çünkü kendini öldürme girişiminde bulunmuş olan kimselerin tekrar benzer girişimlerde bulunma ve hatta kendilerini öldürme risklerinin yüksek olduğu, bilinen bir gerçektir (Eskin, 2003: 334). Tedavi süreci genellikle intihar düşüncelerinin saptanmasından, çoğu kez de intihar girişimlerinden sonra başlar. İntihar girişiminde bulunan ya da intihar düşünceleri taşıyan herkese tedavi gereklidir. Bu bireylerin hiçbir yardım istemediklerini bazen yüksek sesle söylemelerine karşın bu bireylerle en azından bir görüşme denenmelidir. Çünkü intihar girişiminde bulunan bireylerin içinde bulundukları tehlike, baş edemedikleri pek çok sorununun işlenmesi gereği ve artmış olan gereksinimleri böyle bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (Odağ, 2002: s.139). Dolayısıyla bu tür davranışlarda bulunan kimselerin tekrar bu davranışa yönelmelerinin önlenmesi, intiharın üçüncül önlenmesinin esasını oluşturmaktadır.

İntihar girişiminde bulunan bireyin ilk teması genellikle acil servisteki personel ile olur. Genellikle burada hastanın hayati tehlikesinin olup olmadığı ve bedensel sorunları açısından ele alınır. Oysa hastanın duygusal durumu ile de yardıma ihtiyacı vardır. Hasta güç bir durum içerisindedir ve burada yapılacak olan ilk görüşme önemlidir. Hasta kendine gelmeye başlayınca hasta ile ilişki kurulmaya çalışılmalıdır. Hasta ile insanca ilişkiye girmek, bedensel sorunların yanı sıra duygusal sorunlarına ilgi göstermek, onları açıklamasına yardımcı olmak çok önemlidir. Bu hastanın yaşama dönmesine ve tedavisinin sürmesi için motive olmasına yardımcı olunur (Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı, 2004: s.2).

Gelder ve arkadaşları (1996), intihar girişiminde bulanan bireylerin tedavisinde iki amaçtan bahsetmektedir: İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisinde ilk amaç, bireye intihar girişimine neden olan zorlukları çözebilmesi için yardım edilmesidir. Tedavi süreci sırasında bireye içinden çıkamadığı, çözemediği sorunlarını çözebilmesi için yardım edilmelidir. İkinci olarak ise bireyin ileride karşılaşacağı zorlukları intihar davranışına başvurmadan çözebilmesi amaçlanmaktadır. Burada bireylerin problemle karşılaştıklarında intihar davranışına yönelmeden problemi nasıl çözebileceği öğretilmelidir.

İntihar sorununda başarılı bir tedavi için iyi bir planlamayı gerektirir. Kendini öldürme ya da bunun için girişimde bulunma riski taşıyan bireylerin tedavisi nasıl olmalıdır? Böyle bir tedavinin yaşama geçirilebilmesi için ne tür planlamaya gereksinim vardır? Sorularına yanıt aranmalıdır. Başarılı bir tedavi planı yapılabilmesi için değerlendirme ve tedavi ekibinin işbirliği oldukça önemlidir. Bu süreçte bireye tedaviyle yardımcı olunabilmesi için bir sağlıklı değerlendirme sürecine ihtiyaç vardır. Değerlendirme sürecinin sonunda, tedavisi yapılacak kişinin sorun ve tespitlerinin yapılmış olması gerekir. İntihar girişimi risk değerlendirmesi için, bireyin sosyo-demografik özellikleri, ruhsal bozuklukları, psikolojik özellikleri, kişilerarası ilişkileri ve yaşam koşullarının bilinmesi tedavinin planlanmasına yardımcı olacaktır. Yine başarılı bir tedavi planlamasında sağaltımı gerçekleştirecek olan psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire gibi diğer meslek gruplarından oluşan tedavi ekibinin işbirliği önemlidir. Tedavi sırasında ekip içindeki kimselerin görev ve sorumluluklarının belirlenmesi ve ekip elemanlarının ona göre davranmasının önemi vurgulanmalıdır. Tedavi sürecinde danışmanın güven verici olmak, yargılayıcı olmamak ve profesyonel tutum gibi sergilemesi gereken bir takım becerileri olmalıdır. Tedavi sürecinde empatik yaklaşım, güven verici yaklaşım, hastanın tedavi konusunda güdülemek, tedavinin devamlılığı, acıyı azaltmak, umut verici bir yaklaşım, sorun çözücü yaklaşım, zorlayıcı olmamak ve bireylerin tedavisinde bütüncül bir yaklaşım ele alınmalıdır (Eskin, 2003: s.279-287).

Kuşkusuz ki her insanın sorunları ve bu sorunların gittikçe artarak kriz durumuna dönüştüğü zamanlar vardır. Yaşanan bu kriz durumları zaman zaman felakete dönüşebilmektedir. Burada önemli olan bireylerin günlük yaşantısında ortaya çıkan bu sorunların ve kriz durumlarının zamanında görecekleri tedavi/yardım ile intihara

yönelmeden atlatabilme olasılıklarının bulunmasıdır. Bu noktada intiharı önleme çalışmalarında krize müdahale yaklaşımının önemi yadsınamaz bir gerçektir.

1.3.2.Krize Müdahale

Psikiyatride kriz ve krize müdahale olgusu, ikinci dünya savaşını izleyen yıllarda gündeme gelmiştir. Ancak kriz teriminin bugünkü anlamıyla yerleşiklik kazanması oldukça yenidir. Kriz kavramı, Hinsie ve Compebell'in klasikleşmiş psikiyatri sözlüğünde ancak 1970 yılında yer alabilmiştir (Sayıl, 2000: s.8).

Kriz çeşitli duygusal zorlanmalar sonunda meydana gelen akut ve süresi sınırlı bir denge bozukluğudur, kararlı, süreğen denge, homeostasis bozulmuştur. Duygusal bir dengesizlik söz konusudur. Bireyin kendini tehlikede hissettiği bir durumdur. Kişinin iyilik halinin bozulmasıdır (Sayıl, 2000: s.7). Krize müdahale genellikle kişi merkezli olup müdahalede iletişim, ekip çalışması ve tedavi ön plandadır (Cacciatore ve diğ.,2011: s.82). Kimi araştırmacılar krize müdahaleyi, bireyin psikolojik dengesizliğinin yeniden yapılandırılması için başaçıkma becerilerinin geliştirilmesi ve kaygı yaratan durumla ilgili olarak alternatif çözüm önerilerinin sunulması olarak tanımlamıştır (Poland vd., 1995; Greenstone ve Leviton, 1993).

Bir krizin değişim ve olgunlaşmayla mı yoksa intihara kadar gidebilen bir felaketle mi sonuçlanacağı "krize yol açan olaya, bu olayın kişi için sübjektif anlamına, kişinin krize yatkınlığına, çevrenin tepkisine, kişinin sahip olduğu yardım olanaklarına, kişinin sosyal çevreyle bütünleşmesinin ölçüsü" gibi faktörlere bağlıdır (Sonneck, 2000: s.56). Aşırı stres, psikolojik travma ve her türlü olumsuz olaylarla karşılaşan bireylere müdahalede krize müdahalenin önemi açıkça görülmektedir (Flannery ve Everly, 2000: s.120). Bugüne kadar birbirinden farklı kriz müdahalesi tanımları yapılmıştır. Bu tanımlara bakıldığında hepsinin ortak bir anlayış etrafında toplandığı görülmektedir. Buna göre, bireyler kriz durumlarıyla karşı karşıya kalmakta, kendi başlarına bu durumlarla baş edememekte ve etkili bir baş etme sürecini sağlayan kriz müdahalesine ihtiyaç duymaktadır (Erbay, 2004: 87). Bu noktada değinilecek bir diğer konuda krize müdahalenin hedefi ve krize müdahale yaklaşımının aşamalarıdır.

1.3.2.1. Krize Müdahalenin Hedefi

Sonneck (2000: s.21-22) krize müdahale yaklaşımının hedefinin kişinin kendi kendisine ve çevrenin kişiye yardım etme becerisini desteklemek olduğunu ileri sürmektedir. Bu süreçte yardım eden kişinin fonksiyonu, acı veren gerçeği inkar etmek veya kaybedilenin yerini almak değil; destek olmak, empati kurmak ve yaşanılan düşmanlık, öfke gibi saldırgan duyguların ifade edilmesini yüreklendirmek olarak belirtmektedir.

Barker (1999: s.36)'a göre kriz müdahalesi; "kriz içindeki kişilere yardım etmede, problemleri kabul edip etkisini anlayarak, tahmin edilebilir benzer deneyimlerle baş etmek için yeni ve daha etkili davranışları öğrenerek etkili bir baş etmeyi sağlama amacı ile kullanılan, pozitif bir gelişme ve değişime götüren tedavi edici bir uygulamadır".

Diğer bir tanıma göre ise kriz müdahalesi; "insanların baş etmeyi çok zor veya imkânsız buldukları olayların doğasını ve böyle olaylarda bu insanlar için nasıl hizmetlerin organize edilebileceğini anlama girişimidir (Thomas ve Pierson, 2001: s.98).

Golan (1978: s.3)'a göre krize müdahalenin temel hedefi stresli durumlarla karşı karşıya kalan birey, aile ve gruplara yardım etmektir. Kriz müdahalesinde birçok yaklaşım olmasına karşın hemen hepsinde ortak temalar vardır. Tüm tanımlarda görülmektedir ki; kişiler kriz durumlarıyla karşı karşıya kaldıklarında, kendilerini çaresiz hissetmekte, kendi başlarına bu olaylarla baş edememekte ve kriz müdahalesine ihtiyaç duymaktadır.

Kriz müdahalesinin temel amacı bireyin en kısa sürede kriz öncesi fonksiyonelliğine dönmesini sağlamaktır (Aktaş, 2002: s.37). Kriz müdahalesinde amaç; gerginliği azaltmak, bireyin kriz öncesi işlevsellik düzeyine geri dönebilecek gücü kazanmasına ve şimdiki durum ile baş edebilmesi için daha etkin düzenekler geliştirmesine yardımcı olmaktır (Sayıl, 2000: s.21). Bu amaçların yanında; bireyin baş etme kapasitesinin geliştirilmesi, duygusal, sosyal, psikolojik ve ekonomik destek sağlaması, daha sonra oluşabilecek kriz durumlarına yönelik olarak bireye problem çözme sürecinin öğretilmesi, kendi kendine yardım edebilmesinin sağlanması ve

çevrenin bireye yardım etme becerisini desteklemek gibi amaçlar kriz müdahalesinin amaçları arasında sayılabilir (Erbay, 2004: s.87).

Yanı sıra Korkut (2004: s.223) ve Özgüven (2003: s.27-28) intiharı önleme çalışmalarında krize müdahale yaklaşımının en çok kullanılan intiharı önleme programı olarak ön plana çıktığını ve intihar girişiminde bulunan kişilere yardım için en uygun yaklaşım olduğunu belirtmektedir. Kriz durumu ile başvuran vakaların %10-20'si intihar ile ilintilidir. İntihar girişimlerinin önemli bir bölümü kriz durumlarındaki aciliyet ve çaresizlik duyguları içinde yapılan, yardım çağrısı ya da zorlayıcı durumdan uzaklaşma isteği niteliğindeki girişimlerdir. Özgüven etkili bir krize müdahalede "tıbbi müdahalenin sağlanması, ilk görüşme, tedaviye yönelik uygun psikiyatrik yaklaşımın belirlenmesi, ölümcül araçlara ulaşabilirliğin azaltılması, intihar riskinin değerlendirilmesi, problem çözümü ve ilaç tedavisi" gibi hususların göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır (Özgüven, 2003: s.28-32).

Sonneck'e göre krize müdahale yaklaşımının genel ilkeleri şunlardır: İvedi başlangıç (bir an evvel başlamak), aktif olmak, yöntemde esnek olmak, aktüel/güncel duruma ya da olaya odaklanmak, çevrenin katılımını sağlamak, kriz yükünü hafifletmek, eş güdümlü çalışmaktır.

Flannery ve Everly (2000: s.120)'e göre ise krize müdahale yaklaşımının genel ilkeleri şunlardır: Hemen müdahale, dengeleme (toplumsal kaynaklarla bağlantı kurma), anlamayı sağlamak (bireyin hislerini, duygularını rahatlıkla anlatabilmesi için cesaretlendirmek, olumsuz olayların bireyde yarattığı etkiyi anlamaya çalışmak), problem çözmeye odaklanmak, özgüveni teşvik etmektir.

Bütün bu açıklamalardan ortaya çıkan sonuç şu şekilde özetlenebilir; Kriz, bireyin normal yaşam süreci içinde karşılaştığı tüm yetersizlikler ve beklenmedik olayların bireyin yaşantısını tehdit etmesi ve işlevsellik düzeyini azaltması olarak tanımlanabilir. Birey beklenmedik bir durumla karşılaştığında çözüm arama çabalarına girer. Zaten kendi içinde çözüm üretebilen kişilerde bu durum sorun yaratmamaktadır. Birey o güne kadar karşılaşmadığı ve çözüm üretemediği bir olayla karşılaşınca yardıma ihtiyaç duyar. Krize müdahaledeki amaç ise bireyin kriz öncesi işlevsellik düzeyine geri dönebilecek gücü kazanmasına ve şimdiki durum ile baş

edebilmesi için problem çözme becerilerini geliştirmesine yardımcı olmaktır. Bu noktada kilit nokta bireye sorunların ve içinde bulunduğu kriz durumunun aşılabilir olduğunun kabullendirilmesi ve kendisine olan özgüvenin eksikliğinin giderilmesidir.

1.3.2.2. Krize Müdahale Yaklaşımının Aşamaları

Az öncede değinildiği gibi, kriz müdahalesinde birtakım aşamalar vardır (Morley vd.,1967). Her bir aşamanın açık bir şekilde tanımlanmış bir kategorisi bulunmamaktadır. Ancak müdahale aşağıda verilen, birbirini izleyen aşamalarda geçekleştirilir:

1.AŞAMA-Bireyin ve problemlerinin değerlendirilmesi: Akut kriz durumlarına müdahalede öncelikle bireyle ilişki kurma denenir. Bireyin dikkatle dinlenmesi, duygularının paylaşılması, güçlüklerinin anlaşılması, ona kendisini anlatmak için fırsat tanınması çok önemlidir. Bireyin gelme nedeni, kriz sebebi, yaşam koşulları, problemi çözmek için kullanılan çözüm stratejileri gözden geçirilir. Bireyin geçmişi ile çok fazla ilgilenilmez. Kriz süresi, daha önce yaşadığı benzer sorunları nasıl yendiği araştırılır (Oberholzer, 1983: Aktaran: Sözer, 1992: s.11). Eğer bireyin kendisi veya başkaları için yüksek düzeyde tehlikeli olabileceği düşünülüyorsa, birey bir psikiyatriste hastanede yatırılması için havale edilmelidir. Hastaneye yatırmanın gerekli olmadığı düşünülüyorsa müdahale edilir (Buz, 2001: s.42).

2. AŞAMA- Terapötik müdahalenin planlanması: Krizin ve krize neden olan olayların doğru bir şekilde değerlendirilmesinden sonra, müdahale planlanır. Plan, bireyin kişilik yapısında esaslı değişiklikler yapmak için değil, bireyin en azından kriz öncesi dönemdeki denge düzeyine ulaşması amacıyla yapılır. Bu aşamada, kriz öncesindeki zamanın süresi belirlenir. Krize yol açan olay, genellikle bireyin yardım istemeye başladığı andan 1-2 hafta önce meydana gelir. Sıklıkla bu olay son 24 saat içinde meydana gelmiş olabilir. Krizin bireyin yaşamını ne düzeyde bozduğunu ve bozulmanın onun çevresindeki krizler üzerindeki etkilerini bilmek önemlidir. Bu aşamada bireyin güçlü yanlarını, geçmişte yaşadığı problemleri hangi başa çıkma becerilerini kullanarak çözdüğünü, bu becerilerini şuan neden kullanamadığını ve yaşamında ona destek olan diğer insanların olup olmadığını belirlemek amacıyla bilgi toplanır. Şu anda kullanmadığı alternatif başa çıkma yöntemleri için araştırma

yapılır (Buz, 2001: s.43). Yine bu aşamada krizin bireyin yaşamındaki olumsuz etkilerini öğrenmek amacıyla bireyin önyargıları, inançları, tutum ve davranışlarının neler olduğu, bunları kişisel, sosyal ve mesleki hayatında nasıl kullanıldığı anlamaya çalışılır (Puig ve Glynn, 2003: s.63).

3. AŞAMA- Müdahale: Müdahale tekniklerinin yapısı, büyük ölçüde danışmanın becerilerine, yaratıcılığına ve esnekliğine bağlıdır. Morley (1967), bireyin krizine ilişkin entelektüel anlayış kazanmasına yardımcı olma, bireyin yanına yaklaşmadığı şu anki duygularını açmasına yardımcı olma, başa çıkma mekanizmalarını ortaya çıkarma, sosyal dünyayı yeniden açma gibi çalışanlar için faydalı olabilecek önerilerde bulunmuştur (Buz, 2001: s.43).

4. AŞAMA- Krizin çözümü ve planın yapılması: Danışman bireyin gerilimini ve anksiyetesini azaltmada başarılı bir şekilde kullandığı zaman, uyum sağlayıcı başa çıkma mekanizmalarını pekiştirir. Müdahaleyle birlikte kişinin başa çıkma becerilerinin artması ve pozitif değişikliklerin meydana gelmesi sonucunda görülen gelişmenin kişi tarafından yeniden yaşanmasına izin verebilir. Gelecek için gerçek planlar yapabilmek için gerekli olan yardım verilir ve gelecekte meydana gelecek krizlerle başa çıkmada, şu anki deneyimin ne şekilde yardımcı olabileceği tartışılabilir (Buz, 2001: s.43).

Krize müdahale aşamasında ise Roberts (1991, Aktaran: Roberts, 2000: s.15-21) yedi kritik aşama tanımlamıştır. Bu aşamalar şunlardır: Yakın zamanda gerçekleşebilecek tehlikelerin yarattığı tahribatı planlamak ve yürütmek, psikolojik ilişki kurmak ve hızla ortak ilişkiler yerleştirmek, krizi meydana getiren temel problemleri tanımlamak, hislerin ve duyguların yakalanmasını cesaretlendirmek, alternatifleri ve yeni stratejileri keşfetmek ve oluşturmak, faaliyet planlarını uygulamak ve geliştirmek, sonlandırma yapmak ve izleme planı oluşturmaktır. Roberts'in tanımladığı bu yedi aşama genellikle kriz durumunun sabitlenmesi, çözülmesi ve üstesinden gelinmesi için gözden kaçırılmaktadır. Krize müdahale sürecinde aşamalar zorunlu, sıralı ve bazen de birbiri üstüne gerçekleştirilmektedir (Roberts, 2000: s.15-21).

Pitcher ve Poland (1992; Aktaran: Mete Otlu, 2011: s.26), krize müdahale planında olması gereken unsurları şu şekilde belirmiştir:

1) Krize müdahale planı, daha önceden oluşturulmuş ekip üyelerinin bulunmasını gerektirir.

2) Kadın ya da erkek ekip üyesi, planı ertelemeksizin devam ettirmelidir.

3) Müdahale ekibindeki asil üyelere ulaşılmama ihtimaline karşı yedek ya da alternatif kişilerin hazır bulunmaları gerekmektedir.

4) Ekiptekilerin eğitimi, insanlarla ilişki kurulabilmesi, müdahale planının politikalarının ve prosedürlerinin bölgelere ayrılması açısından gereklidir.

5) Bir kriz ortaya çıktıktan sonra, acil olarak iletişime geçilmesi gereken kurum ya da kuruluşların belirlenmesi ve kriz planının yeniden gözden geçirilmesi önemlidir.

Şüphesiz intiharı önleme ve krize müdahale süreci ekip işidir. Çünkü müdahale sürecinde tek bir meslek grubunun tüm yönleriyle önleme veya azaltma çalışmalarını gerçekleştirmesi mümkün değildir (Aktaş, 2000: 112; Pentermann ve Nijman, 2011: s.463; Frengly vd., 2011: s.2605). İnsan sosyal bir varlıktır ve "çevresi içinde birey anlayışı" ile bireyin toplumla etkileşimi sonucu ortaya çıkan gereksinimlerini ve çözüm bekleyen sorunlarını geniş ve toplumsal açıdan bakılması gerekmektedir. Bu noktada intiharı önleme ve krize müdahale Tıp Doktoru, Psikiyatri hekimi, Sosyal Hizmet Uzmanı, Psikolog, Hemşire gibi profesyonel meslek elemanlarından oluşan bir ekiple verilir. İntiharı önleme ve krize müdahale ekibinde yer alan meslek elemanları intihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşılan bireylere ve ailelerine uygun zamanda gerekli tıbbi ve psikososyal desteği vermek, birey ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak ve sorunlarını çözmek için birlikte hareket eder. Her profesyonel kendi mesleki sınırları içinde destek verip, müdahil olduğu ekip çalışmasının olumlu sonuçlanmasını ummaktadır.

Sonuç olarak, intihar ve krizde birçok faktör birbirini etkilemekte ve karmaşık bir davranış ortaya çıkmaktadır. Esasen intihar da bir kriz durumudur. Bir kriz değişim ve olgunlaşmayla intihara kadar gidebilen acı bir olayla sonuçlanabilir. Bir kimsenin intihar girişiminde bulunması hem kendisi hem de çevresi için bir kriz oluşturur. Böyle durumlarda krize müdahale yaklaşımı en uygun müdahaledir denilebilir ve bu

nedenle durumun gerçekten de kriz olup olmadığına iyi karar verilmelidir. İntiharın ise yalnızca tedavi yaklaşımlarıyla önlenemeyeceği, birincil, ikincil ve üçüncül önleme düzey ve stratejilerinin de oldukça önemli olduğu açıkça görülmektedir. Bu tür çalışmaları yaparken ise kriz ve intihar durumlarında risk faktörlerinin çok sayıda ve çeşitli olması nedeniyle, çalışmaların oldukça kapsamlı interdisipliner ve multisektörel olması gerekmektedir. Zira yalnızca bir mesleğin veya disiplinin kriz/ intiharı önleme veya azaltma çalışmaları üzerinde tüm yönleriyle çalışabilmesi mümkün görünmemektedir.

1.4. ACİL SERVİSTE İNTİHAR GİRİŞİMLERİNE PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE BİRİMİ

Türkiye'de Acil Servislerde İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" ile kurulmuştur. 2006 yılı itibari bu program dâhilinde belirlenen 30 ilde pilot çalışması yapılan hastanelerin acil servislerinde "Krize Müdahale Birimleri" faaliyete geçmiştir.

Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı (2004)' na göre Krize Müdahale Birimlerinin amacı, intihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşılan bireylere ve ailelerine uygun zamanda gerekli psikososyal desteğin verilmesini sağlamaktır.

Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı (2004)'na göre Psikososyal Destek ve Krize Müdahale ekibinin sorumlulukları aşağıdaki gibidir:

Psikiyatrist:

Programda tanımlanan il eğitimlerinin gerçekleştirilmesinden sorumludur. Pilot illerde uygulama başlatıldığında vakalar hakkında günlük görüşme yapar ve uygulama belirlenir. Kriz odası birim sorumlusunun çalışmalarını denetler.

Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim Sorumlusu:

İl eğitimlerinde görev alır. İntihar girişimleri ile diğer kriz durumundaki hastalara yönelik gerekli değerlendirme ve psikososyal ilk yardım planının yapılması ve müdahalenin yürütülmesinden sorumludur. Kriz odası uygulamalarından psikiyatrist ile birlikte sorumlu olup, mesai saatleri içerisinde intihar girişimi ve kriz durumundaki hasta sayıları dikkate alınarak acil serviste fonksiyonel olarak da hizmet verir ve nöbetten muaftır. Ayrıca söz konusu Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim sorumlusunun psikiyatriste karşı sorumluluğu vardır. Psikiyatrist ile koordineli olarak çalışır. Pilot illerde uygulama başlatıldığında vakalar hakkında psikiyatrist ile günlük görüşme yapar ve uygulama belirlenir. Gerekli hallerde hastaları psikiyatriye yönlendirir. İntihar Girişimleri ve diğer kriz durumundaki hastalara yönelik Bakanlıkça oluşturulan "Görüşme Kartları"nı doldurur ve dosyalar. Hastalara gerekli hallerde randevu vererek görüşmeler yapar. Bakanlıkça geliştirilen "Acil Kayıt Formu"nun düzenli olarak tutulmasından ve denetiminden sorumludur.

Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Ekibi:

Kriz odası birim sorumlusunun başkanlığında kriz odası uygulamalarını gerçekleştirmekle yükümlü olan ekiptir. Krize müdahale ekibinin gündüz çalışma esaslarını kriz odası birim sorumlusu, acil servis sorumlu hekimi ve başhekimlik koordineli olarak belirler.

Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi Hizmet Alanları:

Her türlü intihar riski taşıyan ve intihar girişiminde bulunan hastalar; diğer kriz durumlarından; aile içi şiddet, kayıplar (sevilen birinin kaybı, statü kaybı, sağlığın kaybedilmesi –ölümcül hastalığa yakalanma, organ kaybı- , boşanma, iflas), istismar olguları, insan eliyle ya da çeşitli doğal yollarla gelişen zorlu yaşam koşulları (göç, trafik kazaları, sınav kaygısı, yangın, deprem, sel) (Acil Serviste Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi, 2004). Birimin amacı intihar girişimleri ve yaşam olaylarına bağlı durumsal, gelişimsel krizlere müdahalede bulunmaktır.

Mesai saatleri içerisinde her türlü intihar girişimi ve kriz olguları ile gelen vakalar öncelikle acil servis içerisinde değerlendirilir. Medikal tedaviyi müteakiben vaka ile ilgili psikopatoloji düşünüldüğünde psikiyatriste, diğer intihar girişimi /kriz olgularında ise Psikososyal Destek ve Krize Müdahale birim sorumlusuna yönlendirilir. Mesai saatleri dışında psikopatolojiye bağlı olarak gelen vakalar psikiyatriste, diğer intihar girişimleri ve kriz olguları ise hafta içi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim sorumlusuna yönlendirilir (Acil Serviste Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi, 2004).

İntihar da bir kriz durumudur ve bu süreci oluşturan sorunlar iç içe geçmiştir. Bu sorunların uygun bir tedaviyle bireye yardımcı olunabilmesi için sağlıklı bir değerlendirme sürecine gerek vardır. Bu doğrultuda Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine başvuran her türlü intihar riski taşıyan, intihar girişiminde bulunan ve kriz olguları ile başvuranlara psikososyal destek verilmek üzere ilk görüşme ortamı sağlanır. Başvuranlar arasında istekli, işbirliğine açık olanlarla, isteksiz, motive olmayan ve işbirliğine açık olmayan bireyler kolay ayrılır. İsteksiz bireyleri mümkün olduğunca az zorlamak gerekir. Birey birim sorumlusundan ne kadar az yardım isterse birim sorumlusunun yardım etme ilişkisi zorlaşır, hatta imkânsız hale gelebilir. Kendi isteği ile gelen birey ile ilişki kurmak, bireyin kendi isteği söz konusu olduğundan en azından başlangıçta daha kolay olmaktadır. Birim sorumlusu ilk karşılaşma aşamasından sonra tedavi biriminde bireyle yapacağı görüşme bir ön değerlendirme görüşmesidir. Eğer gerekli görülürse birey psikiyatri hekimine havale edilir. Psikiyatri hekimine konsültasyon gerekli görülmezse bireyle görüşmeye devam edilir. Bu görüşmede vurgu noktası bireyi bu eyleme yönelten olay ya da olaydır. Bu görüşmede birim sorumlusu bireyi daha iyi tanır, onunla iletişimini geliştirir ve durumunu psikososyal bağlamı içerisinde değerlendirir. Burada birim sorumlusu başvuranın ailesine, ilişkide bulunduğu sosyal çevresine yönelik pek çok bilgiye ulaşmaya çalışır. Bireyin sosyodemografik özellikleri, beden ve ruh sağlığı, kriz ve ya intihar davranışı öyküsü alınır. Aslında intihar girişiminde bulunmuş her bireyin intihar davranışında bulunması hem birey hem de sosyal çevresi için kriz oluşturmaktadır. Bu doğrultuda birim sorumlusu krize müdahale aşamalarını kullanarak bireyin tekrar edebilecek intihar düşünceleri, intihar eğilimleri ve hatta intihar girişimlerini en aza indirgenmesi amacıyla müdahalede bulunur.

Gerekli hallerde bireye randevu vererek görüşmeler yapar ya da görüşme sonlandırılır. Birim sorumlusu görüşmesi devam eden bireye başarılı bir müdahalede bulunmak için iyi planlama yapar. Bireyle birlikte çalışarak bireyin sorun çözme, etkili iletişim kurma becerileri kazandırma ve duygusal kontrolü arttırmaya yönelik çalışma yapmayı düşünür ve bunu yapacağı görüşmelerle uygulamaya koyar. Bireylere mevcut sorunları doğrultusunda rehberlik, danışmanlık ve bilgilenrme hizmetinden faydalandırır. Yapılan müdahalenin etkili olup olmadığı belirlenir ve son değerlendirme yapılır. Son değerlendirmeden elde edilen bilgilere göre eksik kalan amaçlara ulaşabilmek için yeni bir takım uygulamalar geçekleştirilebilir veya doğrudan görüşme sonlandırılır. Birim sorumlusu bireyle yaptığı her görüşmeyi Bakanlıkça oluşturulan "Görüşme Kartları"na kaydeder ve dosyalar.

1.5.ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Sosyal bir varlık olan insan yaşam süreci içerisinde zorlayıcı, yıpratıcı, tehdit edici birçok olay ve durumla karşılaşır. Yaşam durumunda anlamlı bir bozulma yaratan bir olay ve durum söz konusu ise kriz durumu akla gelmelidir. Kriz insan yaşamının yinelenebilen ve evrensel bir parçasıdır. Krizi pataloji ya da zayıflığın bir göstergesi olarak algılamaktan ziyade yaşamın doğal bir fenomeni olarak düşünmek mümkündür (Janosik, 1986: s.3).

Krizler hayatın bir gerçeğidir. İletişim bozuklukları, sevilen birinin kaybı, ihmal ve istimrar, beklenmedik hamilelik, sağlık sorunları, doğal afet, terörizm belli başlı kriz tipleridir (France, 2007: s.3). Günümüze ait krizlerin doğası ve yaygınlığı son yıllarda değişiklik göstermiştir. 20 yüzyılın son zamanlarında yaşayan insanlar, uzun süreli ve karmaşık yeni problemlerle baş etmek zorunda kalmışlardır. Son yıllarda cinsel taciz, suç içeren şiddet davranışları, terör olayları, okulda çatışma,vb.. olaylar önemli kriz durumları olarak dikkat çekmektedir (James ve Gilliand, 2001). Bilhassa gelişmekte olan ülkelerde açlık, işsizlik, küresel krizler milyarlarca insanı yıldan yıla olumsuz etkilemektedir (The Global Social Crises, Report on the World Social Situation 2011). Yanı sıra, son yıllardaki hızlı değişimler ve teknoloji toplumuna dönüşüm, insanların geçmiş yıllara oranla çevresindeki kişilerle daha az iletişim kurmalarına neden olmuş ve bireyleri ve ailelerini rahatsız eden kriz durumları oluşturmuştur (Pitcher ve Poland, 1992).

Ülkemizde daha çok bir ekonomik bunalım ve çözümsüzlük dönemleriyle anılan kriz kavramının, amaçları ve işleyişi itibariyle farklılaşan eğitim kurumları için ayrıca gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Yine sağlık, güvenlik, kültür ve siyaset kurumları açısından bakıldığında da krizlerin ortaya çıkış biçimleri, özellikleri ve etkileri farklılaşabilmektedir. Krize bir başka bakış açısı da bilim alanlarından gelebilir. İktisat alanının ve psikiyatrinin kriz çözümlemeleri ve krizi tanımlaması ile ona yüklediği önem, bir ölçüde de krizlerden beklentileri, felsefe, sosyoloji ve sanat alanlarının ortaya koyduklarından farklıdır. Buna göre, kriz bazen bir gelişmenin tetikleyicisi, bazen de bir kurumun yok olmasının başlangıcı olabilecektir. Bireysel olarak beden açısından kriz ise bir kontrol edilemezlik, insan dengesinin ve bütünlüğünün bozulmasının bir ürünüdür. Bu noktada, farklı yönelimleri olan çalışma alanlarının kriz kavramına farklı anlamlar yüklemesi de doğal sayılabilir (Aksoy ve Aksoy; 2003: s.39).

Caplan (1964), krizi, mevcut başa çıkma yöntemleri ile çözülemeyen ve uzaklaşılamayan tehlikeli bir durumla karşı karşıya kalınmasıyla birlikte meydana gelen geçici bir psikolojik dengesizlik durumu olarak tanımlamıştır. Bireylerin gerek kendi gerekse başkalarının yaşamlarında oluşan krizlerden tamamen kaçabilmeleri mümkün değildir. Bireylerin çoğu, mesleğine ve rolüne bakılmaksızın yaşamının bir döneminde krizle karşılaşabilir (Janosik, 1986: s.3). Kriz dönemleri bireyleri farklı duygu, düşünce ve davranışlara itmekte ve bireyin süregiden yaşamını değiştirmektedir. Dolayısıyla bireyin yaşamında yeni durumlar oluşmaktadır. Bu yeni duruma uyum becerileri herkeste farklı olabilmektedir. Ne var ki birey karşılaştığı bu sorunların birçoğunun üstesinden gelirken bir kısmında başarılı olamaz. Sorunlar karşısında her zaman kullandığı çözüm yollarının işe yaramadığını gören birey engellenmişlik duygusu ile kendini çaresiz, umutsuz hisseder, süregelen yaşamında bir alt-üst olma hali yaşar. Kaygı düzeyi yükselir, şok, depresyon gibi sonuçlarla çeşitli kriz durumlarıyla karşı karşıya kalır. Kriz durumuyla karşı karşıya kalan bu bireylerin yaşamla ilişkilerini kesmeleri hatta intihara yönelmeleri mümkün olabilmektedir. İntihar davranışı krize müdahale alanında hem aciliyeti hem de yaşamı tehdit ediciliği nedeniyle oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

İntihar davranışı insanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda farklı sıklıklarla meydana gelmekte ve dünyanın her yerinde görülebilmektedir. Kültürler arası farklar görülse

de güneyden kuzeye, batıdan doğuya, siyahından beyazına, zenginin den yoksuluna, gencinden yaşlısına bütün insan topluluklarında görülen intihar davranışı tüm toplumların ortak sorunu haline gelmiştir. Zira intihar davranışı günümüzde sadece gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de giderek artan oranlarıyla dikkat çekmektedir. Neden olduğu kayıp ve acılar göz önüne alındığında intihar davranışı bireysel bir kayıpla sınırlı kalmayıp; karmaşık bir davranış biçimi olması sebebiyle biyolojik, psikolojik, sosyolojik, kültürel, toplumsal, dinsel, siyasal, ekonomik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulduğu multidisipliner yaklaşımı gerektirmektedir. Bu noktada intihar sorununun ulaştığı boyut dünyada ve Türkiye'de değerlendirildiğinde, günümüzde intiharın artık yalnızca ruh sağlığı alanında çalışanları ilgilendiren bir sorun olmadığı ve bir halk sağlığı sorunu haline geldiği açıkça görülmektedir.

DSÖ tarafından; dünyada her yıl 40 saniyede bir intihar, her 3 saniyede ise bir intihar girişiminin gerçekleştiği her yıl yaklaşık bir milyon insanın intihar nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Ayrıca tüm dünyada ölüm oranının 16/100.000 olduğu ve son 45 yıl içerisinde intihar oranlarının % 60 civarında arttığı bildirilmiştir. Yanı sıra verilerde genellikle intihar oranlarının en fazla orta yaş ve yaşlı insanlarda yüksek olduğu bilinmesine rağmen, son yıllarda ergen ve gençlerde bu oranın gittikçe artmakta olduğu görülmektedir (Stauffer, 2004: s.14; WHO, 2010). Ne var ki verilerin toplanmasındaki farklılıklar nedeniyle ülkeler arasında kıyaslama yapmak zordur.

Türkiye açısından değerlendirildiğinde intiharlar, ülke genelinde giderek artma eğiliminde olmasına karşın diğer ülkelerle kıyaslandığında büyük bir sorun olarak görülmemektedir (Sayıl, 1994: s.297; Eskin, 2003: s.62-63). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2013 yılı kaba intihar hızı 4,19 (%000) dur. (http://www.tuik.gov.tr/yillik/Ist_gostergeler.pdf). Bu veriler göz önüne alındığında tüm dünyada hızlı gelişen teknolojik, sosyo-kültürel, ekonomik gelişmelerle birlikte artan sorunlar nedeniyle intihar davranışının önümüzdeki yıllarda da gün geçtikçe artacağına işaret etmektedir.

Yukarıda kısaca tartışıldığı gibi gerek kriz gerekse intihar davranışı bireylerin yaşamlarını önemli şekilde etkilemektedir. Bu bağlamda, her iki olgu ile ilgili birey

ve çevresi ile çalışılmasının ve müdahale içeriğinin yeri büyüktür. Aslında her iki olgu, birbiri ile iç içedir. İntihar bir kriz durumu yaratabileceği gibi, kriz durumları da intihar olgusunu ortaya çıkarabilir. Bu açıdan, kriz ve intihara ilişkin hizmetler ve programlar hayati olabilir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin sosyal ilişkilerin niteliğinden kaynaklanan krizleri intihar gibi uygunsuz davranışlara yönelmeden çözüme kavuşturmalarında ve yaşamın daha sonraki evrelerinde karşılaşacakları olası krizleri sağlıklı bir şekilde atlatabilmelerinde intiharı önleme ve krize müdahale çalışmaları son derece önemlidir. Kriz ve intihar davranışının oluşma ve gelişme sürecinde bireysel özelliklerin tek başına bireyi intihar davranışına itmeyeceği çevresel ve toplumsal koşulların da önemli bir risk faktörü olduğu açıktır. Sosyo-demografik, ailesel, klinik, fiziksel hastalık, göç gibi çok nedenli risk faktörleri kriz ve intihar sürecinde, diğer etmenlerle birleştiğinde öldürücü olabilmektedir. Esasen intihar da bir kriz durumudur ve bu süreci oluşturan sorunlar iç içe geçmiştir. Bu nedenle intihara eğilimi olan bireylerin belirlenmesi ve bu bireylerde intihar riskinin sistematik biçimde değerlendirilip gereken girişimlerin zaman kaybetmeden yapılması önem kazanmaktadır Bu noktada, kriz ve intihar davranışının oluşma sürecinde bireysel özelliklerin yanı sıra çevresel/ toplumsal koşulların da önemli bir risk faktörü olması multidisipliner ekip çalışmasının gerekliliğini ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizdeki toplumsal değişme ve gelişmeler ve bunların yarattığı zorlanmalar krize müdahale ve intiharı önleme kurumlarına olan gereksinimi artırmaktadır. Ülkemizde Ruh sağlığını koruma ve intiharı önleme alanında ilk kurum olan “Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi”dir. Türkiye'deki ilk ve tek kriz merkezi olan "Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi" 27 Ekim 1989 tarihinde kurulmuş, 1990 yılında faaliyete geçmiştir. Koruyucu Ruh Sağlığı alanında özgün bir kurum olan merkezin yapılanmasında "Viyana Kriz Merkezi" uygulamaları esas alınmıştır. Yine bu süreçte varolan kriz ve intihar girişimleri Üniversite ve Devlet Hastanelerinin Acil Servislerinde yürütülmekteydi. Ancak, Türkiye’de kriz durumuyla karşı karşıya kalan ve intihar girişiminde bulunan bireylere üniversite ve devlet hastanelerinin acil servislerinde verilen hizmetlerin daha çok medikal boyutta yürütüldüğü görülmektedir. Bir başka deyişle kriz ve intihar girişiminde bulunan bireyin sadece sağlık sorunlarına odaklanılıp, sorunlarla ilişkili diğer bireylerle ya da

sistemlerle (ev, okul, işyeri) görüşme yapılamamakta, krizi/intiharı meydana getiren temel problemleri tanımlama, planlama, uygulama ve sorun çözme sürecinde yetersiz kalınmaktadır. İnsan ilişkilerinde yaşanan bu güçlüklerin aşılamaması ve yeterli psikososyal destek ve müdahalenin yapılamaması yaşanılanları daha da zorlaştırmaktadır. Bu olumsuz faktörlere bir de acil servis ekibinin yaşamış olduğu stres eklendiğinde gergin bir ortam oluşmaktadır (Büyükkaya vd, 2004: 2). Dolayısıyla zorlayıcı yaşam olayları ile başa çıkmada güçlük çeken bireyler için bir danışma ve gerekli yardımı alabileceği uzmanlaşmış bir birime olan gereksinim kendini hissettirmiştir. Bu doğrultuda, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı" ile Türkiye'de Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimleri, kurulmuştur. 2006 yılı itibari bu program dâhilinde belirlenen 30 ilde pilot çalışması yapılan hastanelerin acil servislerinde "Krize Müdahale Birimleri" faaliyete geçmiştir. Krize Müdahale Biriminin amacı, intihar girişimleri ve diğer kriz durumları ile karşılaşılan bireylere ve ailelerine uygun zamanda gerekli psikososyal desteğin verilmesini sağlamaktır.

Yapılan literatür taraması sonucunda ülkemizde henüz yeni yapılanmaya başlayan Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimlerinin hizmetine ilişkin bir değerlendirmenin ya da işleyişinin ne olduğuna ilişkin herhangi bir bilimsel bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu noktada, bu araştırmanın temel problemini Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Biriminin kriz ve intihar girişimi nedeniyle başvuranların proflini ve başvuranlarla ilgili müdahale sürecini belirlemek oluşturmuştur.

1.6.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz/ intihar girişimi nedeniyle başvuranların profilini belirlemek ve Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Biriminin uygulamalarını değerlendirmektir.

Araştırmada bu amaçla oluşturulan soru cümleleri aşağıdadır:

1. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuranların krize/ intihara neden olan problemleri nelerdir?

2. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuranların intihar girişimi öyküleri nedir?

3. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuranlara yönelik nasıl bir tedavi (müdahale) uygulanmıştır?

1.7.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

İntiharlar, sosyal ve psikiyatrik nedenler, psikolojik, biyolojik, fiziksel hastalıklar ve ekonomik nedenler gibi birçok etkenin iç içe geçtiği karmaşık bir olgudur. Etiyolojisi bu denli çeşitli olan intihar olgusu; sosyal hizmet, psikoloji, psikiyatri, sosyoloji, felsefe ve teolojik boyutları ile birçok bilim dalının ilgi odağı haline gelmiştir. Halen hiçbir bilim dalı, intihar davranışının örüntüsünü tam olarak açıklayamamıştır. Dolayısıyla, intihar ve intihar girişimini önlemede biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulduğu bir yaklaşım gerekmekle birlikte intihar davranışına neden olan faktörlerin bu kadar çeşitli olması nedeniyle multidisipliner işbirliğiyle yapılan çalışmaları da zorunlu bir ihtiyaç haline getirmektedir.

Türkiye'de intihar riski taşıyan bireylere yönelik koruyucu ve önleyici hizmetlerin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Zira intihar girişimleri özellikle büyük kentlerde bir sağlık sorunu olarak görmezden gelinemeyecek boyutlardadır. Bu nedenle öncelikle büyük kentlerden başlamak üzere ülke genelinde intihar girişimlerine yönelik önleme programlarının oluşturulmasına ışık tutacak araştırmaların yapılması gerekmektedir. Bu noktada araştırmanın, birçok sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar kapsamında intihara neden olan konulara dikkat çekerek intihar ve intihar girişimini önleme ve müdahale çalışmalarında geliştirilecek hizmet modellerine bilimsel dayanak oluşturacağı düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilecek verilerin, Türkiye'de Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimlerindeki çalışmaların değerlendirilmesi; bu birimlerde benimsenecek strateji ve programlara yol gösterici olacağı beklenmektedir.

Araştırma bulgularının Sakarya İli başta olmak üzere, intiharı önlemeye yönelik hizmetlerin planlanmasında ve yürütülmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

Yapılan literatür taraması sonucunda sosyal hizmet disiplini içerisinde intihar girişimine yönelik oldukça az sayıda akademik çalışma olduğu görülmektedir. Araştırmanın sosyal hizmet disiplini içerisinde intihar girişimine yönelik az sayıda akademik çalışmalardan birini oluşturması bakımından önemlidir.

1.8.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada daha geniş bir örneklem grubuna ulaşmak amacıyla Sakarya ilinin bir diğer Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine sahip olan ve B sınıfı sağlık kuruluşu olarak hizmet veren Yenikent Devlet Hastanesi de araştırma kapsamına alınmak istenmiştir. Ancak araştırmacının çalışma koşulları, süre, maliyet ve ulaşım güçlüğü nedeniyle, araştırma kapsamı yalnızca Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz ve intihar girişimi nedeniyle başvuranlarla sınırlı tutulmuştur.

1.9.TANIMLAR

Başvuran: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine 01 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında kriz ve intihar girişimi nedeniyle başvuruda bulunmuş ve hakkında görüşme kartı doldurulmuş 15 yaşın üzerindeki bireydir.

İntihar Girişiminde Bulunan: Sadece intihar girişimi nedeniyle başvuruda bulunmuş bireydir. Araştırmada, "intihar girişimi nedeniyle başvuran" da aynı anlamda kullanılmıştır.

Kriz Nedeniyle Başvuran: Sadece kriz durumu nedeniyle başvuruda bulunmuş bireydir.

Birim: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimini ifade etmektedir.

Birim Sorumlusu: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuranlara yönelik gerekli değerlendirme ve müdahalenin yürütülmesinden sorumlu kişidir.

Görüşme Kartı: 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihlerinde Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuran 233 birey için doldurulan belgedir.

Müdahale: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Biriminde kriz odası birim sorumlusunun kriz/intihar girişimi nedeniyle başvuruda bulunan bireylerin tedavisine yönelik izlediği yoldur.

BÖLÜM 2

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma belgesel tarama modelinde yapılmıştır. Karasar (1995: s.183)'a göre belgesel tarama, var olan kayıt ve belgeleri inceleyerek veri toplamadır. Geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan bu araştırma tarama modeline örnektir (Karasar, 1991: s.77). Araştırmada analiz birimleri olarak ele alınan belgeler, Birime başvuranlara ilişkin doldurulmuş görüşme kartlarıdır.

Araştırmada analiz birimi 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihlerini kapsayan bir yıllık süre içerisinde kriz ve intihar girişimi nedeniyle Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine başvuranlar için birim sorumlusu tarafından doldurulan 233 bireyin görüşme kartlarıdır. Durum tespitine yönelik betimleyici bir araştırmanın yapıldığı bu çalışmada, kriz ve intihar girişimi olgularına ilişkin görüşme kartları içerik analizi (content analysis) yöntemiyle incelenmiştir.

Birime hem kriz durumu hem de intihar girişimi nedeniyle başvuruda bulunanlar araştırma kapsamına alınmıştır. Kriz nedeniyle Birime başvuranların sayısı (19), intihar girişimi nedeniyle başvuranların sayısına (214) göre oldukça düşüktür. Araştırmada temel amaç, Birime başvuranların profilini ortaya koymak ve Birimin nasıl bir uygulama içinde olduğunu bir başka deyişle başvuranlar ilgili müdahale içeriğini değerlendirmektir. Bu yapılırken, her iki grubun verileri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Dolayısıyla bu sayı farklılığı, iki grubun karşılaştırılmasında grupların temsiliyetini düşündürse de, Birime başvuran kişilerin profilini görmek ve Pilot bir çalışma olarak hızla başlatılan ancak daha sonra ilerleme kaydedilmediği söylenebilir bir uygulama olarak Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimlerine ilişkin bir değerlendirme sağlayacağı düşünülmüştür.

2.2.VERİ TOPLAMA ARACI VE VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine başvuran 233 bireyin görüşme kartı analiz birimini oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimlerinde kullanılan görüşme kartları (Örnek görüşme kartı için bakınız EK: 4) iki ana bölümden oluşmaktadır.

İlk bölüm, başvuranların tanıtıcı özelliklerini, intihar girişiminde bulunan başvuranların intihar öykülerini, kriz/intihara neden olan problem alanlarına ve tedaviye ilişkin sorular yer almaktadır. Çoğunluğu kapalı uçlu olan bu sorular standart olarak her başvurana sorulmaktadır.

Görüşme kartının ikinci bölümü ise birim sorumluları tarafından başvuranla ilgili mesleki değerlendirmesine ve tedavi yöntemine ilişkin doldurmaları beklenen boş bir sayfadan oluşmaktadır. Birim sorumlusu başvuranlarla ilgili bu sayfayı el yazısıyla doldurmaktadır. Araştırmada görüşme kartlarının bu iki bölümü, içerik analizi yoluyla analiz edilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği'nden izin alınmıştır (EK: 2). Alınan resmi izin doğrultusunda görüşme kartları fotokopi edilmiştir.

İÇERİK ANALİZİ

Araştırma kapsamına alınan 233 görüşme kartı, içerik analizine tabi tutulmuştur. Bilgin'e (2006: s.1) göre içerik analizi, çok çeşitli söylemlere uygulanan bir takım metodolojik araç ve tekniklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. İçerik çözümlemesi adı altında toplanan bu araç ve teknikler, her şeyden önce kontrollü bir yorum çabası olarak ve genelde tümden gelime dayalı bir "okuma" aracı olarak nitelendirilebilirler. Söz konusu okuma, sınırları belirlenmiş söylem örneklerinin çözümlenmesi esasına dayanmaktadır. Araştırmada verilerin dökümü, SPSS 17. paket programı aracılığıyla yapılmıştır.

İçerik analizi, sözel ve yazılı verilerin belirli bir problem veya amaç bakımından sınıflandırılması, özetlenmesi, belirli değişken veya kavramların ölçülmesi ve bunlardan belirli bir anlam çıkarılması için taranarak kategorilere ayrılmasıdır (Yalçın vd., s.3; www.eab.org.tr/eab/oc/egtconf/pdfkitap/pdf.). İçerik çözümlemesi, betimsel araştırma için bir belgesel çalışmadır. Sonuçları, genellikle betimsel verilerde olduğu gibi aynı biçimde yüzdelik ve sıklığı içeren çizelgeler içinde gösterilebilmektedir (Bailey, 1987: s.301).

İçerik analizi, toplanan verilerin önce kavramsallaştırılması daha sonra da ortaya çıkan kavramlara göre mantıklı bir biçimde düzenlenmesi ve buna göre veriyi açıklayan temanın saptanmasıdır. Bir başka açıdan içerik analizi verilerin tanımlanması, kodlanması ve kategorileştirilmesi sürecidir. ”Kodlamak”, mesajın anlamı üzerinde bir işlem yapmak demektir. Bu işlem mesajın anlamını bir takım kategorilere bölerek indirmek, mesajın bütünü ile mesajın indirgenmiş şekli arasında bir özdeşlik ya da en azından bir benzerlik bulunduğu varsayımına dayanmaktadır. Kategoriler saptandıktan sonra, anlam birimler ya da öğeler, bu kategorilere yerleştirilerek frekansları saptanır (Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, 2008: s.73).

Araştırmada içerik analizi tekniklerinden frekans analizi ve kategorisel analiz kullanılmıştır:

1. Frekans analizi, en basit şekliyle, birim veya öğelerin sayısal, yüzdesel ve oransal tarzda görünme sıklığını ortaya koymaktır. Bu analiz türü belirli bir öğenin yoğunluğunu ve önemini anlamayı sağlamaktadır.

2. Kategorisel analiz, belirli bir mesajın önce birimlere bölünmesini ve ardından bu birimlerin, önceden saptanmış kriterlere göre kategoriler halinde gruplandırılmasını ifade etmektedir (Bilgin, 2006: s.18-19).

Bu çerçevede, araştırma kapsamında kategoriler dört ana bölümde ele alınmıştır. Bunlar;

1. Kriz ve İntihar Nedeniyle Başvuranları Tanıtıcı Özellikler

2. Kriz ve İntihara Neden Olan Problemler

3. İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuranların İntihar Öyküleri

4.Kriz ve İntihar Nedeniyle Başvuranlara Yönelik Tedavi Yöntemi (Müdahale)dir.

İçerik çözümlemesi, sistematik olarak nasıl gözleneceği ve metinden kaydedileceği konusunda kurallar setini ifade eden kodlama yönergesi ile çalışmaktadır (Neuman, 1997: s.272-274). Görüşme kartlarındaki sorular ve birim sorumlusu tarafından doldurulan değerlendirme bölümündeki veriler temelinde kodlama yönergesi (EK: 5) hazırlanmış, kartlar bu yönergeye göre içerik analizine tabi tutulmuştur. Araştırmada kodlama yönergesi, yukarıdaki kategorileri içeren dört bölümden oluşmaktadır. Aşağıda kodlama yönergesinin ana başlıkları ve her bölümdeki değişkenlerle ilgili verilerin görüşme kartının hangi bölümünden derlendiği kısaca özetlenmiştir:

1. *Kriz ve İntihar Nedeniyle Başvuranları Tanıtıcı Özellikler*; Bu bölüm, başvuranların sosyo-demografik ve sağlığı ile ilgili özelliklerine ilişkin bilgilerini içermektedir. Kodlama yönergesinin bu bölümündeki 14., 15., 16., 17. ve 18. değişkenlerle ilgili bilgilerin içeriği görüşme kartının ikinci bölümünden (birim sorumlusunun değerlendirmesi) elde edilmiştir.

2. *Kriz ve İntihar Neden Olan Problemler*: Bu bölüm başvuranların kriz/intihara neden olan problem alanlarına ilişkin bilgileri içermektedir. Kodlama yönergesinin bu bölümündeki 19. ve 20. değişkenler dışındaki değişkenlerle ilgili ilgili bilgilerin içeriği görüşme kartının ikinci bölümünden (birim sorumlusunun değerlendirmesi) elde edilmiştir.

3. *İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuranların İntihar Öyküleri:* Bu bölüm intihar girişimi nedeniyle başvuranların intihar yöntemi, saati gibi intiharla ilgili bilgilerini içermektedir. Kodlama yönergesinin bu bölümündeki tüm değişkenlere ilişkin bilgiler, görüşme kartının ilk bölümünden (standart sorular) elde edilmiştir.

4. *Kriz ve İntihar Nedeniyle Başvuranlara Yönelik Tedavi Yöntemi*: Bu bölüm başvuranlarla yapılan müdahale/tedavi planı ve içeriğine ilişkin bilgileri içermektedir. Kodlama yönergesinin bu bölümündeki 44. değişken dışındaki değişkenlerle ilgili bilgilerin içeriği görüşme kartının ikinci bölümünden (birim sorumlusunun değerlendirmesi) elde edilmiştir.

Görüşme kartlarının ikinci bölümünü oluşturan mesleki değerlendirme bölümünün içerik analizine ilişkin şöyle bir yol izlenmiştir. Öncelikle tüm görüşme kartlarındaki değerlendirme bölümlerinde yer alan bilgiler, bir liste halinde yazılmıştır. Daha sonra, bu bilgiler kategorize edilmiştir. Birim sorumlusunun el yazısıyla yazmış olduğu değerlendirme bölümü bu kategoriler temelinde kodlama yönergesine aktarılmış ve analiz yapılmıştır. Kodlamanın nasıl yapıldığına ilişkin bir örnek aşağıda sunulmaktadır.

Örneğin, "intihar girişimi niyeti" değişkeni kodlama yönergesinde altı değeri içermektedir. Söz konusu değişkenle ilgili o görüşme kartında bilgi bulunmuyorsa, "bilgi yok" seçeneği işaretlenmekte; bilgi bulunuyor ise o bilgiye uygun seçenek işaretlenmektedir. (0) Bilgi yok, (1) Kasıtlı kendine zarar verme, (2) Yardım çağrısı, (3) Ölümcül girişim, (4) Çelişkili düşünceler içinde bir girişim, (5) Aşırı doz, (6) Bilinmiyor. Birim sorumlusu görüşme kartında, başvuranların intihar girişiminin niyetini "ölümcül girişim" olarak işaretlemişse, bu bilgi söz konusu değişkenin değerlerinden biri olan "ölümcül girişim" olarak işaretlenmiştir. Görüşme kartında bu değişken hakkında bilgi yoksa (0) seçeneği işaretlenmektedir.

BÖLÜM 3

BULGULAR VE YORUM

Araştırmada bulgular ve yorum bölümü dört ana bölüm altında ele ayrılmıştır. Bunlar; başvuranları tanıtıcı özellikler, başvuranların problem alanları, intihar girişimi nedeniyle başvuranların intihar öyküleri ve başvuranlara yönelik tedavi yöntemidir.

3.1. BAŞVURANLARI TANITICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR VE YORUM

Kriz nedeniyle birime başvuranların, intihar girişimi nedeniyle başvuranlardan farklılık göstermesi nedeniyle veriler her iki gruba ilişkin tek tabloda ele alınmıştır. "İntihar girişimi nedeniyle başvuranların intihar öykülerine ilişkin bulgular" sadece intihar girişiminde bulunan bireylere ilişkin verileri içermektedir.

Tablo 1. Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kadın	163	76,2	10	52,6	173	74,2
Erkek	51	23,8	9	47,4	60	25,8
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

Tabloda da görüldüğü gibi, Birime başvuranların 214'ünü intihar girişimi, 19'u kriz olguları oluşturmaktadır. Başvuranların çoğunluğu (% 76,2) kadındır. İntihar girişiminde bulunanlarda kadınlar yine büyük çoğunluktayken, kriz nedeniyle başvuranlarda her iki cinsiyetin birbirine yakın oranda olduğu görülmektedir.

İntihar ile ilgili araştırmalar, bu bulgulara paralel sonuçlar içermektedir. İlgili literatür kadınların daha fazla intihar girişiminde bulunduğunu, erkeklerin intihar girişimlerinin daha fazla ölümle sonuçlandığını vurgulamaktadır (Oral,1997: s.48; Johnson vd., 2000, Aktaran: Batıgün, 2008: s.66; Parra Uribe vd., 2013: s.841; Lin vd., 2014: s.319-320). Kadınlarda kendini öldürme eğiliminin, sosyal problemler ve kişilerarası ilişkilerden erkeklere göre daha fazla etkilenmeleri ile açıklanırken; intihar girişimini çözüm ya da mesaj aracı olarak kullanmalarının önemli olduğu ifade edilmiştir (Murphy, 2000, Aktaran: Dilbaz vd., 2005: s.3). Volant (2005), günümüz toplumlarında kadınlarda yaşama karşı bir bezginlik ve intihara eğilim yaratan bunalımlar gördüğünü, bu bunalımda yoksulluk ve düşük eğitim düzeyinin önemli bir etkisi olduğunu belirtmiştir.

Kriz ile ilgili yapılan bazı araştırmalar, bu araştırma bulgularına benzer sonuçlar içermektedir. Yapılan araştırmalarda kadınların erkeklere göre daha çok kriz durumu ile karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (Palabıyıkoğlu,1992: s.13-16; Palabıyıkoğlu vd.,1995: s.133-138; Haran vd., 1995: s.129-132; Oral vd., 1997: s.115-121; Yılmaz, 1999; Devrimci Özgüven ve Sayıl, 1999: s.7; Şenelmiş, 2006: s.1; Uçan, 2007: s.38; Canat vd., 2009: s.1). İntihar girişiminde bulunan bireylerin yarıdan fazlasının kadın olmasının cinsiyetçi tutumlar, aile ve toplumun kadın üzerindeki kontrol ve baskısı olduğu düşünülmektedir. Bu değişkenlere kadınların eğitim ve işgücüne katılım oranlarındaki olumsuz tablo eklendiğinde durum daha da ağırlaşmaktadır. TÜİK 2013 Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri verilerine göre, erkeklerin işgücüne katılılm oranı 2004-2013 yılları arasında % 70'ler düzeyinde süregelmiş, kadınlar ise % 20 oranlarından ancak % 30 oranlarına yaklaşmıştır. Kısaca özetlemek gerekirse, bazı istisnalar olmakla birlikte, kadının aleyhindeki cinsiyetler arasındaki farklılık nedeniyle kadınların eğitim, işgücü, toplumsal yaşam, sosyal ve siyasal yaşama katılım oranları da dahil diğer tüm alanlarda erkeklerden daha düşük olduğu, bu nedenle kadınların daha çok stres faktörü ve krizle karşı karşıya kaldıkları söylenebilir.

Tablo 2. Yaş Dağılımı

Yaş	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19	42	19,6	2	10,5	44	18,9
20-24	57	26,6	1	5,3	58	24,9
25-29	37	17,3	1	5,3	38	16,3
30-34	27	12,6	2	10,5	29	12,4
35-39	19	8,9	3	15,8	22	9,4
40-44	13	6,1	3	15,8	16	6,9
45-49	8	3,7	1	5,3	9	3,9
50-54	2	0,9	1	5,3	3	1,3
55-59	0	0	1	5,3	1	0,4
60-64	4	1,9	0	0	4	1,7
65-69	2	0,9	1	5,3	3	1,3
70-74	3	1,4	1	5,3	4	1,7
75+	0	0	2	10,5	2	0,9
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

Tablo 2 incelendiğinde, başvuranların çoğunluğunun (% 24,9) 20-24 yaş arasında olduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda 20-24 yaş grubu yine büyük çoğunluktayken, kriz nedeniyle başvuranlarda 35-39 ile 40-44 yaş aralığında ve birbiriyle aynı (% 15,8) orandadır. Tabloda da görüldüğü gibi 20-24 yaş grubundan başlayarak 60-64 yaş grubuna kadar intihar girişimi oranı giderek düşmektedir. 60-64 yaş grubunda % 1,9'luk bir artış göstermekte, 75 yaş üzerinde intihar girişimi oranı sıfırlanmaktadır.

Bazı araştırmalar, kriz durumlarının ve intihar girişimlerinin daha çok ergen ve genç gruplarda görüldüğüne dikkat çekmektedir (Roy, 1985: s.317-319; Keitner vd.,1987: s.242-255; Sayıl vd., 1993: s.56-61; Palabıyıkoğlu, 1993: s.62-68.; Sayıl vd, 1996; Lin vd., 2014: s.319-320; Parra Uribe vd., 2013: s.843). Son zamanlarda geçmişe göre daha fazla ergenin ve genç yetişkinin ruh sağlığı sorunu yaşadığına ilişkin araştırma bulguları söz konusudur (Collishaw vd., 2004: s.1350-1351). Bazı araştırmalarda intihar girişimi nedeniyle başvuranların, kriz durumu nedeniyle başvuranlara göre daha genç olduğunu ortaya koymuştur (Ceyhun ve arkadaşları 1993: s.152; Palabıyıkoğlu 1992: s.14). Bu bulgular, araştırma sonuçlarıyla paralellik

göstermektedir. Araştırmada intihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunun genç yetişkinlik döneminde olduğu görülmektedir.

İntihar oranı yaşla birlikte artmaktadır. Erkeklerde intihar 45 yaşından sonra artmakta, kadınlarda ise tamamlanmış intiharların çoğunluğu 55 yaşından sonra olmaktadır. İntiharlar yaşlılarda, intihar girişimleri genç yaşlarda daha sık görülmektedir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.176, Eskin, 2003: s.206; Devrimci Özgüven, 2008: s.3; Uludüz ve Uğur, 2001: s.21; Oral, 1997: s.48). Bu bulgular, araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Tablo 3. Eğitim Durumları

Eğitim Durumu	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	0	0	1	5,3	1	0,4
Okuryazar Değil	3	1,4	3	15,8	6	2,6
Okuryazar	3	1,4	4	21,1	7	3,0
İlkokul	118	55,1	8	42,1	126	54,1
Ortaokul	4	1,9	2	10,5	6	2,6
Lise	49	22,9	1	5,3	50	21,5
Üniversite	37	17,3	0	0	37	15,9
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 3'te başvuranların eğitim durumlarına göre dağılımları verilmektedir. Buna göre bireylerin yarısından fazlası (% 54,1) ilkokul mezunudur. İntihar girişiminde bulunanlarda ve kriz nedeniyle başvuranlarda büyük çoğunlukta ilköğretim mezunu olanlar ilk sıradadır. Tamamı temel eğitimi tamamlamıştır.

İntihar girişimi nedeniyle birime başvuranlarda ilkokul mezunlarını sırasıyla lise mezunları (% 22,9) ve üniversite mezunları (% 17,3) izlemektedir. Kriz nedeniyle birime başvuranlarda ise, ilkokul mezunlarını okur-yazar durumda olanlar (% 21,1) ve okuryazar olmayanlar (% 15,8) izlemektedir.

Konuyla ilgili yapılan araştırmalar dünya genelinde intihar girişiminde bulunanların eğitim düzeylerinin düşük olduğuna dikkat çekmektedir. Avrupa'da da benzer bir durum söz konusudur. Türkiye'de intihar girişimlerinin düşük-orta düzeyde eğitim

görmüş, ev kadını ve öğrencilerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Schmidtke vd., 1995; Devrimci Özgüven, 2008: s.4-5; Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177). Bazı araştırmalar kriz ve intihar girişiminde bulunanların eğitim durumlarının daha çok ilköğretim düzeyinde olduğuna işaret etmekteyken (Ceyhun vd., 1993; Palabıyıkoğlu, 1992; Parra Uribe vd., 2013: s.842), bazıları ise lise düzeyinde olduğuna işaret etmektedir (Palabıyıkoğlu vd., 1995; Haran vd., 1995; Palabıyıkoğlu vd., 1997; Yalçın Canyiğit, 2003). Bu araştırmada en yüksek oranın % 54,1 ile ilköğretim mezunu olduğu gözlenmekte olup, literatürdeki verilerle paralellik göstermektedir. Ancak lise mezunu (% 21,5) ve üniversite mezunu (% 15,9) bireylerin oranı ilköğretim mezunu olan bireylerle karşılaştırıldığında, daha düşük olmakla beraber azımsanmayacak düzeyde olduğu görülmektedir. Kriz/intihar davranışında bulunan bireylerin eğitim seviyesi düşüktür. Eğitim düzeyinin düşük olmasının bireyde sorun çözme becerilerinin yetersiz kalmasına yol açarak bireylerin kriz/intihar eğilimlerini arttırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 4. Çalışma Durumları ve Meslekleri

Çalışma Durumu ve Meslek	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Memur	4	1,9	0	0	4	1,7
İşçi	21	9,8	2	10,5	23	9,9
Serbest Meslek	9	4,2	1	5,3	10	4,3
İşsiz	52	24,3	8	42,1	60	25,8
Ev Kadını	66	30,8	6	31,6	72	30,9
Emekli	2	0,9	1	5,3	3	1,3
Öğrenci	59	27,6	1	5,3	60	25,8
Diğer	1	0,5	0	0	1	0,4
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Çalışma durumları ve meslek dağılımı açısından Tablo 4'e bakıldığında, başvuranların çoğunluğunun (% 30,9) çalışmadığı (ev kadını olduğu) görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda ev kadınları (% 30,8), kriz nedeniyle başvuranlarda işsizler (% 42,1) çoğunluktadır. İntihar girişiminde bulunanlarda ikinci sırada öğrenciler (% 27,6) yer almaktayken, kriz nedeniyle başvuranlarda ikinci sırada ev kadınları (% 31,6) yer almaktadır.

Literatürde Türkiye'de intihar girişimlerinin ekonomik olarak bağımlı nüfus grubunda (ev kadını, öğrenci vb.) daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177). İşsizlerde intihar oranı, bir işi olan gruba göre daha yüksektir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177; Sağınç vd., 2000: s.83; Şenol vd, 2005: s.20; Lin vd., 2014: s.320; Norström, 1995: s.293-314; Parra Uribe vd., 2013: s.843-844). Meslek dağılımı açısından bakıldığında intihar ve kriz olgularında ev kadınları, öğrenci ve memur/ işçi kesimde yığılma olduğu görülmektedir (Ceyhun ve diğ., 1993; Palabıyıkoğlu, 1992: s.15; Yalçın Canyiğit, 2003: s.34). Bu bulgular, araştırma bulgularıyla benzerdir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin çoğunluğunun ev hanımı ve öğrenci olması nedeniyle, yüksek olasılıkla ekonomik yönden ailelerine ya da eşlerine bağımlı oldukları söylenebilir. Bu bağımlılığın duygusal bağımlılık da getirdiği ve evdeki güç dağılımı ve karara katılımını etkilediği ifade edilebilir. Bir başka deyişle ev kadınlarının ve öğrencilerin ekonomik bağımlılıkları dolayısıyla daha güçsüz ve kırılgan (vulnarable) olduğu düşünülmektedir. Bu durum kriz ve intihar açısından bir risk teşkil etmektedir. Kadının çalışma yaşamına katılamamasının intihar/kriz riskini arttırdığı, öte yandan bir işte çalışıyor olmasının ise koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir.

Tablo 5. Medeni Durumları

Medeni Durum	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evli	87	40,7	4	21,1	91	39,1
Bekâr	114	53,3	7	36,8	121	51,9
Dul	0	0	6	31,6	6	2,6
Boşanmış	11	5,1	2	10,5	13	5,6
İkinci Evliliği	1	0,5	0	0	1	0,4
Evli Ama Ayrı Yaşıyor	1	0,5	0	0	1	0,4
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 5'de görüldüğü gibi, başvuranların yarıdan fazlası (% 51,9) bekârdır. İntihar girişiminde bulunanlar ve kriz nedeniyle başvuranlarda ilk sırada yine bekârların olduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda evliler (% 40,7) ikinci sırada yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda dullar (% 31,6) ikinci sırada yer almaktadır.

Konuyla ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, intihar davranışları ile medeni durum arasında bir ilişki olduğu görülmektedir. Boşanmış, dul ya da bekâr olmak intihar davranışı riskini artırmaktadır (Ekici vd., 2001: s.205; Şenol vd., 2005: s.20; Devrimci Özgüven, 2008: s.10; Lin vd., 2014: s.319). Birçok yazar intihar davranışı için evli olmayı koruyucu bir faktör olarak değerlendirmektedir (Devrimci Özgüven, 2008: s.10; Lester, 1972; Canetto ve Lester, 1995, Aktaran: Öncü, 1998: s.45-53). Araştırmalar kriz olgularında evli olanların, intihar girişimlerinde ise bekârların yüksek olduğuna işaret etmektedir (Ceyhun vd., 1993; Palabıyıkoğlu, 1992; Harran vd., 1995). Bekâr ve dulların daha fazla intihar girişiminde bulunmaları, bu kişilerin sosyal destek mekanizmalarının daha sınırlı olması ile açıklanmaktadır (Eskin, 2003: s.207). Literatür verileri, araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Evlilerin intihar girişim oranlarının bekârlara oranla düşük olması, evliliğin genel olarak intihara karşı görece koruyucu bir ortam sağladığını düşündürmektedir.

Tablo 6. Çocuk Sayısı

Çocuk Sayısı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	11	5,1	1	5,3	12	5,2
Çocuğu Yok	115	53,7	7	36,8	122	52,4
1 çocuk	24	11,2	1	5,3	25	10,7
2 çocuk	27	12,6	3	15,8	30	12,9
3 çocuk	25	11,7	5	26,3	30	12,9
4 ve Üzeri Çocuk	12	5,6	2	10,5	14	6,0
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tabloya 4'e bakıldığında, başvuranlar arasında çocuğu olmayanlar (% 52,4) ilk sıradadır. Bu bulgu, başvuranların yarıdan biraz fazlasının bekar olduğu ile birlikte düşünülmelidir. İntihar girişiminde bulunanlarda "2 çocuğu" olanlar; kriz girişiminde bulunanlarda "3 çocuğu" olanlar ikinci sırada yer almaktadır. Bu sırayı intihar girişiminde bulunanlarda % 11,7'lik oranla "3 çocuğu" olanlar izlerken, kriz nedeniyle başvuranlarda "2 çocuğu" olan izlemektedir.

Tablo 7. Birlikte Yaşadığı Kişiler

Birlikte Yaşadığı Kişiler	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yalnız	0	0	5	26,3	5	2,1
Eşi	10	4,7	0	0	10	4,3
Çocukları	5	2,3	3	15,8	8	3,4
Eşi ve Çocukları	80	37,4	4	21,1	84	36,1
Anne ve/ya Baba	2	0,9	1	5,3	3	1,3
Anne-Baba-Kardeş	87	40,7	2	10,5	89	38,2
Anne-Baba-Çocukları	1	0,5	0	0	1	0,4
Yurt	17	7,9	1	5,3	18	7,7
Başkaları	12	5,6	3	15,8	15	6,4
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tabloya göre başvuranlar birbirine yakın oranlarla anne-baba-kardeş (% 38,2) ve eşi ve çocukları (% 36,1) ile birlikte yaşamaktadır. İntihar girişiminde bulunanlarda ilk sırada anne-baba-kardeş (% 40,7) ile yaşayanlar, ikinci sırada ise eşi ve çocuklarıyla (% 37,4) yaşayanlar yer almaktadır. Bu çalışmada intihar olgularının büyük çoğunluğunun aile yaşantısı içinde olması, aile içi iletişim sorunları yaşama olasılığını düşündürmektedir.

Literatüre baktığımızda, hem normal popülasyonda hem de hastalar ile yapılan bazı araştırmalarda, yalnızlığın intihar davranışı ile yakından ilişkili olduğuna işaret edilmektedir (Eskin 1996, Stravynki ve Boyer 2001; Burrows, Auger, Gamache vd., 2011: s.577; Heikkinen ve Lonnquist, 1995: s.287-300). Bu araştırmada yalnız yaşayan ve intihar girişimi nedeniyle başvuran bulunmamaktadır. Bekâr olanlarda yüksek olan intihar girişimi; yalnız yaşamada farklılık göstermektedir. Bu durum, bekâr olan bireylerin de aileleriyle ya da başkalarıyla yaşıyor olmalarının getirdiği sosyal desteği düşündürmektedir.

Kriz nedeniyle başvuranlarda ise "yalnız" (% 26,3) yaşayanların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Kriz nedeniyle başvuranlarda "eşi ve çocukları" % 21,1 oranıyla ikinci sıradadır. Bu sırayı aynı yüzdeyle (% 15,8) "çocukları" ve "başkaları" izlemektedir.

Tablo 8. Bakımından Sorumlu Olduğu Kişiler

Bakımından Sorumlu Olduğu Kişiler	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	129	60,3	15	78,9	144	61,8
Sadece Eşi	1	0,5	0	0	1	0,4
Sadece Çocukları	52	24,3	4	21,1	56	24,0
Eşi ve Çocukları	23	10,7	0	0	23	9,9
Anne ve/ya Baba,/ Çocukları	2	0,9	0	0	2	0,9
Kardeş, Anne ve/ ya Baba,	7	3,3	0	0	7	3,0
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 8'de de görüldüğü gibi, görüşme kartlarında başvuranların çoğunluğunun (% 61,8) bakımından sorumlu olduğu kişiler hakkında bilgi bulunmamaktadır. İntihar girişiminde bulunanların % 24,3'ünün, kriz nedeniyle başvuranların % 21,1'inin çocuklarının bakımından sorumlu olduğu görülmektedir.

Tablo 9. En Uzun Yaşadığı Yer

En Uzun Yaşadığı Yer	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	0	0	1	5,3	1	0,4
Köy	25	11,7	2	10,5	27	11,6
İlçe	45	21,0	3	15,8	48	20,6
Kent	144	67,3	13	68,4	157	67,4
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Başvuranların çoğunluğunun (% 67,4) en uzun yaşadığı yer kenttir. Her iki grup için sırasıyla ilk sırayı kent alırken; bunu ilçe ve köy izlemektedir. Araştırmada elde edilen bu bulgu Aşılıoğlu ve diğ. (2009: 4)'nin araştırma bulgularıyla benzerdir. Söz konusu araştırmada, intihar girişiminde bulunanların % 58,2'sinin il merkezinde, % 28,5'inin kasaba ya da ilçe merkezinde, % 13,3'ünün ise köyde yaşadığı belirlenmiştir.

Bilindiği gibi kent hayatı bir yandan sağlık, spor, eğitim, kültür vb. alanlarda çeşitli olanakları beraberinde getirdiği gibi kalabalık, hayat pahalılığı, uyum sorunları, kozmopolit yaşam tarzı, ikincil ilişkiler gibi sosyal sorunları da bünyesinde barındırmaktadır. Lester (1997: s.117), değişen yaşam koşullarının toplumun üyelerinde kişisel rahatsızlığa yol açtığını ve insanların değişen yaşam koşulları nedeniyle toplumdan izole olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmada başvuranların en uzun süre yaşadığı yerin kent olmasının, kent yaşamının yukarıda ifade edilen zorluklarıyla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 10. Sağlık Güvenceleri

Sağlık Güvencesi	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	14	6,5	1	5,3	15	6,4
Emekli Sandığı	18	8,4	1	5,3	19	8,2
SSK	152	71	7	36,8	159	68,2
Bağkur	5	2,3	0	0	5	2,1
Yeşil Kart	21	9,8	7	36,8	28	12,0
Ücretli	2	0,9	2	10,5	4	1,7
Ücretsiz	2	0,9	1	5,3	3	1,3
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 10'da başvuranların sağlık güvencelerine ilişkin dağılım yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi başvuranların çoğunluğunun (% 68,2) sağlık güvencesi Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'dur. İntihar girişiminde bulunanlarda sağlık güvencesi SSK olanlar % 71, kriz nedeniyle başvuranlarda SSK'ya sahip olanlar % 36,8'dir. Sosyal güvencesi bulunmayıp, sağlık güvencesi (yeşilkart) olanların oranı intihar girişiminde bulunanlarda % 9,8 olarak ikinci sırada yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda % 36,8 olarak SSK'ya sahip olanlarla aynıdır.

Tablo 11.Hastaneye Geliş Şekli

Geliş Şekli	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kendisi	11	5,1	8	42,1	19	8,2
Ailesi	56	26,2	4	21,1	60	25,8
Yakınları	0	0	1	5,3	1	0,4
112	147	68,7	5	26,3	152	65,2
Diğer	0	0	1	5,3	1	0,4
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Başvuranların hastaneye geliş şekline bakıldığında, 112 Acil Servis ambulansı aracılığıyla hastaneye gelenler % 65,2 olarak çoğunluktadır. İntihar girişiminde bulunanların yarıdan çoğu (% 68,7) 112 Acil Servis ambulansı aracılığıyla hastaneye gelmiştir. Kriz nedeniyle başvuranlarda kendisi hastaneye gelenler ilk sıradadır (% 42,1). İntihar girişiminde bulunanlarda ailesi ile hastaneye gelenler % 26,2, kendisi hastaneye gelenler % 5,1 oranındadır.

Tablo 12. Bedensel Hastalıkları

Bedensel Hastalıklar	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Var	10	4,7	8	42,1	18	7,7
Yok	204	95,3	11	57,9	215	92,3
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 12'de görüldüğü gibi, başvuranların çoğunluğunun (% 92,3) herhangi bir bedensel hastalığı yoktur. İntihar girişiminde bulunanların sadece % 4,7'sinin; kriz nedeniyle başvuranların yarıya yakınının (% 42,1) bedensel bir hastalığı vardır.

Literatüre bakıldığında da bedensel hastalıkların intihar davranışına etki eden önemli risk faktörlerinden olduğu görülmektedir. Kronik ya da ölümcül hastalıkların varlığında, ergenlik, gebelik, postpartum dönem, menopoz gibi biyolojik geçiş

dönemlerinde intihar davranışı riski artmaktadır (Devrimci Özgüven, 2008: s.11). İntihar eden kadınların % 70'inin meme veya genital kanser olduğu belirlenmiştir (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177). Araştırmada elde edilen veriler, bedensel hastalıkların intihar davranışına neden olan risk faktörlerinden biri olduğuna ilişkin literatür verisi ile örtüşmemektedir.

Tablo 13. Daha Önceki Tanı ve Tedavileri

Daha Önceki Tanı ve Tedavileri	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	1	0,5	0	0	1	0,4
Anksiyete Bozukluğu	11	5,1	1	5	12	5,2
Anti-Sosyal Kişilik Bozukluğu	2	0,9	0	0	2	0,9
Depresyon+Anksiyete Bozukluğu	13	6,1	2	10,5	15	6,4
Diğer Tanı ve Tedaviler	2	0,9	2	10,5	4	1,7
Daha Önce Tanı Konulmamış	152	71	7	36,8	159	68,2
Depresyon	13	6,1	3	15,8	16	6,9
Panik Atak Bozukluğu	1	0,5	0	0	1	0,4
Majör Depresyon	2	0,9	0	0	2	0,9
Obsesif Kompulsif Bozuluk	1	0,5	0	0	1	0,4
Şizofreni	7	3,3	2	10,5	9	3,9
Epilepsi	2	0,9	0	0	2	0,9
Bipolar Bozukluk	5	2,3	2	10,5	7	3,0
Madde Bağımlılığı	2	0,9	0	0	2	0,9
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 13'de başvuranların daha önceki tanı ve tedavilerine ilişkin dağılım yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi, her iki gruptaki bireylerin yarıdan çoğunluğu (% 68,2) daha önce bir tanı almamıştır.

İntihar girişiminde bulunanlarda "depresyon" ve "depresyon + anksiyete bozukluğu" tanısı aynı yüzdeyle (% 6,1) ikinci sıradadır. İntihar girişiminde bulunanlarda bu sırayı "anksiyete bozukluğu", "şizofreni" ve "bipolar bozukluk" tanısı izlemektedir. Kriz nedeniyle başvuranlarda "depresyon" (% 15,8) tanısı alanlar ikinci sıradadır.

Veriler, intihar girişiminde en önemli risk faktörlerinden biri olan depresyonun (Sılver, 1971: 573-576; Rickgarn, 1994: 101; Holat vd., 1994: 322; Lin vd., 2014: 319) birime başvuranlarda ön planda olduğunu göstermektedir. Kriz nedeniyle başvuranlarda ise depresyonu aynı yüzdelerle "depresyon+ anksiyete bozukluğu", "diğer tanı ve tedaviler", "şizofreni" ve "bipolar bozukluk" tanısı alan bireyler izlemektedir.

Psikiyatrik bozukluklar intihar davranışında en önemli risk faktörlerindendir (Hale, Jacobson ve Carson, 1990; Applebly, 1992; Asnis vd., 1993; Eskin, 2003: s.171; Meltem Atay ve Gündoğar, 2004: s.40; Hawton, 1986: s.40; Rettersol, 1993: s.107). İntihar davranışında bulunan bireylerin büyük çoğunluğunun en az bir psikolojik sorunu olduğu kabul edilmektedir. Bazı araştırmalara göre intihar eyleminde bulunanlarda ruhsal bir hastalık gösterenlerin sayısı % 80 hatta % 90'a ulaşmaktadır. Bu çalışmalarda intiharın depresyonlarda % 30-50, alkol bağımlılarında % 20-30, psikotik bozukluklarda % 1-7 arasında değişen oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Odağ, 2002: 40). Konuyla ilgili yapılan benzer araştırmalarda intihar girişiminde bulunanlarda depresyon, şizofreni, alkol-madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluk bulunduğu bildirilmektedir. Bunlardan en önemlisi ve sık görüleni depresif bozukluklardır (Ateşci vd., 2002; Wolfersdorf vd., 1992; Meltzer, 2002). Yanı sıra, benzer araştırmalarda bireylerin depresif bozukluklar, depresyon ve anksiyete yaşayarak kriz durumuyla baş edemedikleri de belirtilmektedir (Kleespies, 2009: s.15, Aktaran: James ve Gilliland, 2012: s.7-8; Parra Uribe vd., 2013: s.842).Yukarıdaki tabloda olguların yaklaşık dörtte üçünde daha önce tanı konulmadığı görülmektedir. Kriz ve intihar girişimi sonrası konulan tanılar arasında depresyonun her iki grupta da ilk sırada yer alması, depresyonun en önemli risk etkeni olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Tablo 14. Yakınlarını Kaybetme Durumu

Yakınlarını Kaybetme Durumu	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	197	92,1	9	47,4	206	88,4
Anne	4	1,9	1	5,3	5	2,1
Baba	5	2,3	1	5,3	6	2,6
Anne, Baba	6	2,8	2	10,5	8	3,4
Anne, Baba, kardeş	0	0	5	26,3	5	2,1
Sevgili	2	0,9	1	5,3	3	1,3
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tabloda görüldüğü gibi, görüşme kartlarında başvuranların çoğunluğunun (% 88,4) yakınlarını kaybetme durumu hakkında bilgi yoktur. İntihar girişiminde bulunanlarda anne ve babasını kaybedenler (% 2,8) ilk sırada yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda anne, baba ve kardeşini kaybedenler ilk sırada yer almaktadır. Bu bulgu, kriz durumu ve intihar girişiminde aile üyelerinin eksikliğinin önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, bireylerin yaşamında destek noktası olarak görebileceği bir kişiyi kaybetmesi durumunda, bireyin ruhsal, duygusal ve sosyal yönden önemli sayılabilecek travma ya da olumsuz durumlarla karşılaşabileceği, yalnızlık duygusunu yoğun bir biçimde yaşabileceği dolayısıyla sevilen yakınların kaybının kriz ve intihar durumunda önemli bir risk etkeni olduğu söylenebilir

Tablo 15. Bağımlılık Oluşturan Maddelerle İlişkisi

Bağımlılık Oluşturam Maddelerle İlişkisi	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	137	64,0	15	78,9	152	65,2
Uyuşturucu Madde Kullanıyor	2	0,9	0	0	2	0,9
Alkol Kullanıyor	2	0,9	0	0	2	0,9
Uyuşturucu+ Alkol Kullanıyor	5	2,3	1	5,3	6	2,6
Sigara+ Alkol Kullanıyor	12	5,6	0	0	12	5,2
Sigara Kullanıyor	56	26,2	3	15,8	59	25,3
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 15'de başvuranların bağımlılık oluşturan maddelerle ilişkisine ilişkin veriler yer almaktadır. Görüşme kartlarının yarıdan çoğunda (% 65,2) başvuranların bağımlılık oluşturan maddelerle ilişkisi hakkında bilgi bulunmamaktadır. Bilginin bulunduğu kartlara bakıldığında, her iki grupta ilk sırayı sigara kullananların oluşturduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda ikinci sırada sigara ve alkol kullananlar (% 5,6) yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda uyuşturucu ve alkol kullananlar ikinci sırada yer almaktadır.

Konuyla ilgili araştırmalarda, madde kötüye kullanımı ile intihar ve intihar girişimleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Dhossche vd., 2000; Trezza ve Popp, 2000). Bazı araştırmalarda, bağımlıların genel popülasyona göre intihar açısından yüksek risk altında olduğu belirlenmiş olup (Oyefeso vd., 1999; Kokkevi vd., 1997), alkol bağımlılığında intihar riskinin genel nüfusa göre 15 kat (Virkkunen vd., 1989; Roy, 2000); madde bağımlıları arasında ise intihar riskinin genel nüfusa göre 20-30 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rossow, 1994). Mırsal ve ark. (2001)'nın yaptığı araştırmada, ilk kez alkol bağımlılığı tedavisi için başvuran hastalarda "intihar davranışı-düşüncesinin" oldukça yüksek bulunduğu saptanmıştır. Dilbaz ve Aytekin (2003)'in araştırma bulgularına göre ise, alkol bağımlısı hastalarda intihar girişimi oranı % 26' dır. Parra Uribe, Blasco-Fontecilla, Garcie-Pares ve diğ., (2013: 843)'nin

araştırmasında intihar girişiminde bulunan bireylerin alkol kullanma oranının % 17 olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada ise başvuranların dörtte birinin (% 25,3) sigara kullandığı, % 5,2'sinin ise sigara ve alkol kullandığı belirlenmiştir. Buna göre, maddeyi kötüye kullanan bireylerin intihar davranışına yönelmeleri ve ya kriz durumlarıyla karşılaşabilmeleri mümkün olabilmektedir.

Bu anlamda, kriz ve intihar girişiminde bulunanlarda madde kullanımının azımsanmayacak ölçüde olması bakımından madde kullanan bireylerde intihar girişimini önleyebilmek için etkin tedavi stratejileri ve krize müdahale yöntemleri geliştirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 16. Aile Yapısı

Aile Yapısı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	40	18,7	6	31,6	46	19,7
Anne Baba Birlikte	157	73,4	5	26,3	162	69,5
Anne Baba Ayrı	8	3,7	2	10,5	10	4,3
Anne Sağ, Baba Ölü	4	1,9	1	5,3	5	2,1
Baba Sağ, Anne Ölü	3	1,4	0	0	3	1,3
Anne Baba Ölü	2	0,9	5	26,3	7	3,0
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tabloda da görüldüğü gibi, başvuranların aile yapısına bakıldığında bireylerin çoğunluğunun (% 69,5) "anne-babasının birlikte" olduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda "anne-babası birlikte" olanlar (% 73,4); kriz nedeniyle başvuranlarda aynı yüzdelerle (% 26,3) "anne -babası birlikte" olanlar ve "anne-babası ölü" olanlar ilk sırada yer almaktadır.

Parçalanmış ve düzeni bozulmuş aileden gelmek kriz ve intihar davranışı için bir risk faktörüdür (Rettersol, 1993: s.145; Sonneck, 1993: s.43). Bu bakımdan araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

İntihar girişiminde bulunanların yarıdan fazlasının anne ve babası birlikte; çok küçük bir grubunun ise ayrıdır. İhtiyaç duyulduğunda aile sisteminin harekete geçirilmesi, yaşanan problemin ortadan kaldırılmasını ya da problemlerin etkilerinin azaltılmasını kolaylaştırmaktadır. Ailelerin desteği düşünüldüğünde, anne ve babanın ayrı oluşunun kriz ve intihar girişiminde bulunan bireyler için olumsuz bir durum yarattığı, destek olasılığını azalttığı söylenebilir.

Tablo 17. Ailenin Ekonomik Durumu

Ailenin Ekonomik Durumu	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	42	19,6	2	10,5	44	18,9
Düşük	30	14,0	10	52,6	40	17,2
Orta	137	64,0	5	26,3	142	60,9
Yüksek	5	2,3	2	10,5	7	3,0
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 17'de başvuranların ailelerinin ekonomik durumlarına ilişkin veriler yer almaktadır. Görüldüğü gibi çoğunluğunun ekonomik durumu "orta" düzeydedir (% 60,9). İntihar girişiminde bulunanların ailelerinin ekonomik durumu "orta" düzeyde (% 64) olanlar çoğunluktayken, kriz nedeniyle başvuranlarda "düşük" düzeyde (% 52,6) olanlar çoğunluktadır. Veriler ekonomik durumu düşük ve orta düzeyde olan ailelerde kriz ve intihar girişiminin daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu durum, gelir düzeyinin ekonomik durumla ilişkisini akla getirmektedir. Yapılan araştırmalar, initharların düşük sosyoekonomik düzeylerdeki toplumsal katmanlarda daha yaygın olduğuna işaret etmektedir (Dieserud vd., 2001: s.153-158; Nichel, 2006: s.7-9).

Tablo 18. Evlilik Süresi

Evlilik Süresi	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	119	55,6	13	68,4	132	56,7
1 Yıldan Az	8	3,7	1	0	9	3,4
1-5 Yıl	22	10,3	1	5,3	23	9,9
6-10 Yıl	14	6,5	2	5,3	15	6,4
11-15 Yıl	15	7,0	2	10,5	17	7,3
16-20 Yıl	13	6,1	2	10,5	15	6,4
21 Yıl ve Üzeri	23	10,7	0	**0**	23	9,9
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**10,00**	**233**	**100,0**

Tablo 18 de görüldüğü gibi, başvuranların görüşme kartlarının yarıdan çoğunda (% 56,7) evlilik süresi ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. İntihar girişiminde bulunanlarda "21 yıl ve üzeri" evli olanlar (% 10,7) ilk sırada yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda "11-15 yıl" ve "16-20 yıl" evli olanlar % 10,5 ile ilk sıradadır. Bu bilgiyi giderek düşük yüzdelerle intihar girişiminde bulunanlarda "1-5 yıl", "11-15 yıl", "6-10 yıl", "16-20 yıl" ve "1 yıldan az" evli olanlar izlemektedir. Kriz nedeniyle başvuranlarda ise aynı oranlarla "1-5 yıl" ve "6-10 yıl" evli olanlar izlemektedir. Bu çalışmada, evlilik süresi fazla olanlarda intihar davranışının daha çok göründüğü, kriz nedeniyle başvuranlarda ise evlilik süresi uzadıkça bireylerin kriz durumlarıyla karşılaşma riskinin arttığı görülmektedir.

3.2. KRİZE VE İNTİHARA NEDEN OLAN PROBLEMLERE İLİŞKİN BULGULAR VE YORUM

Bu alt bölümde birime başvuranların, krize ve intihara neden olan problem alanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 19. Kriz ve İntiharı Tetikleyen Etkenin Süresi

Kriz/İntiharı Tetikleyen Etkenin Süresi	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	8	3,7	0	0	8	3,4
3 Ay ve Daha Önce	15	7,0	4	21,1	19	8,2
6 Ay İçinde	86	40,2	0	0	86	36,9
6 Aydan Uzun	105	49,1	15	78,9	120	51,5
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100,0**

Tablo 19'da başvuranların kriz ve intihar girşimini tetikleyen etkenin süresine ilişkin dağılım yer almaktadır. Birime başvuranların yarıdan fazlasında (% 51,5) bu süre "6 aydan uzun"dur. Her iki gruba ayrı ayrı bakıldığında, sürenin ilk sırada "6 aydan uzun" olduğu görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda intiharı tetikleyen etkenin süresi "6 ay içinde" (% 40,2) ikinci sırada yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda intiharı tetikleyen etkenin süresi "3 ay ve daha önce" (% 21,1) ikinci sırada yer almaktadır. Kesebir ve diğ. (2002)'nin yaptığı bir araştırmada intihar ve öncesinde genellikle stres verici yaşam olaylarının olduğu ve son dönem stres verici bir yaşam olayının varlığının kadınlar için daha anlamlı bulunduğu belirtilmiştir. Emre Şevik, Özcan ve Uysal (2012: s.218-225)' ın yaptığı araştırmada, 179 intihar girişiminde bulunmuş bireyin daha önce intiharı düşünmüş olmasına karşın ani olarak herhangi bir tetikleyici nedenle intihara karar verdiği saptanmıştır. Yanı sıra, Voracek (2011: s.66), intihar fikrinin dile getirilmesinin girişimi yordayan önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır. Başvuranlara bakıldığında her iki grupta da sorun ya da kriz durumunun uzun bir süredir yaşandığı, intihar fikrinin ve eyleme geçilmesinin zaman aldığı söylenebilir. Buna karşın profesyonel yardım için başvurmadıkları görülmektedir. Bu sürenin görece uzun olduğu ve kriz ve

intiharların önlenmesinde farkındalığın ve erken psikiyatrik desteğin sağlanmasının önemini bir kez daha göstermektedir.

Tablo 20. Krize ve İntihara Neden Olan Problem Alanları

Problem Alanları	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aile	25	9,7	5	12,5	30	10,1
Aile İçi Şiddet	6	2,3	0	0	6	2
Çocuklar	5	1,9	0	0	5	1,7
Ebeveyn Çatışmaları	5	1,9	0	0	5	1,7
Ölüm/Kayıp	3	1,2	0	0	3	1
Yalnızlık	2	0,9	7	17,5	9	3
İletişim Sorunları	3	1,2	0	0	3	1
Karşı Cinsle Sorunlar	62	24,1	0	0	62	21
Gelişim Dönemi Sorunları	9	3,5	1	2,5	10	3,4
Cinsel Sorunlar	1	0,4	0	0	1	0,3
Tecavüz	0	0	0	0	0	0
Taciz	1	0,4	0	0	1	0,3
Alkol ve Madde Bağımlılığı	6	2,3	0	0	6	2
Ekonomik	19	7,4	5	12,5	24	8,1
Evsiz Kalma	0	0	4	10	4	1,4
Okul	6	2,3	0	0	6	2
Sınav Kaygısı	5	1,9	0	0	5	1,7
Evlilik	42	16,3	2	5	44	14,8
Hastalık	4	1,6	1	2,5	5	1,7
Süreğen Hastalık	4	1,6	6	15	10	3,4
Ruhsal Hastalık	40	15,6	8	20	48	16,2
İş	9	3,5	1	2,5	10	3,4
Toplam	**257***	**100**	**40***	**100**	**297**	**100**

Bu soruda birden fazla seçenek ifade edilmiştir.

Araştırmada kriz ve intihara neden olan problem alanları, birimde kullanılan görüşme kartındaki sınıflandırmaya dayalı olarak sunulmuştur. Başka bir sınıflandırmaya

gidilmesinin, verilerin yanlış biçimde sınıflandırılması ve yorumlanması riskini içerdiği düşnülmüştür. Tablonun oluşturulmasında görüşme kartındaki problem alanlarına ilişkin sınıflandırma ve kartın sonundaki birim sorumlusunun yaptığı değerlendirmeler kullanılmıştır (Değerlendirme bölümündeki veriler Tablo 21'de ele alınmıştır).

Görüşme kartında problem alanlarıyla ilgili sınıflandırmanın birbiriyle iç içe olduğu ve dolduran profesyonel açısından problemin tam olarak hangi alana girdiğinin belirlenmesi açısından zorluk yaratacağı belirtilmelidir. Örneğin intihar ve krize neden olan problem alanları içinde hem "aile" hem de "aile içi şiddet" görülmektedir. Aile içi şiddete maruz kalmış bir başvuran hangi alanda değerlendirilecektir? Böyle bakıldığında her iki seçenek de (aile ve aile içi şiddet) uygun görünmektedir. Yanı sıra, ebevenyn çatışması yaşayan başvuran "aile" mi, "iletişim sorunları" mı yoksa "ebevenyn çatışması" alanında mı değerlendirilecektir. Yine her üç seçenek de (ebevenyn çatışması, aile, iletişim sorunları) işaretlenmesi açısından uygun görülebilir. Her üç alanda da seçeneklerin işaretlenmesi ya da seçeneklerden herhangi birinin ya da ikisinin işaretlenmesi veri kaydının güvenirliği açısından tartışmalıdır. Söz konusu durum, hem kayıtların Türkiye'deki tüm birim sorumlularının aynı anlayışıyla kayıt tutmasını hem de başvuran ihtiyaçlarının doğru bir biçimde değerlendirilmesini güçleştirecektir. Bu örneklerde de görüldüğü gibi görüşme kartlarının doldurulmasında bir bakıma birim sorumlusunun sübjektif değerlendirilmesinin söz konusu olduğu görülmektedir.

Bu tartışmadan sonra problem alanlarına bakıldığında, Tablo 20'de görüldüğü gibi, kriz ve intihar başvuranlarında "karşı cinsle sorunlar" % 21 ile ilk sırada yer almaktadır. Karşı cinsle sorunları sırasıyla ruhsal hastalık (% 16,2), evlilik (% 14,8), aile (% 10,1) ve ekonomik sorunlar (% 8,1) takip etmektedir. Gelişim dönemi sorunları, süreğen hastalık ve iş nedeniyle kriz yaşayan ve intihar girişiminde bulunanların oranları % 3,4 ile birbirine eşittir. Bu sırayı % 3'lük oranla yalnızlık takip etmektedir.

Tabloya bakıldığında, intihar girişimi nedeniyle birime başvuranlarda "karşı cinsle sorunlar" % 24,1 ile ilk sırada yer alırken, kriz nedeniyle birime başvuranlarda

“ruhsal hastalık”, % 20 ile ilk sırada yer almaktadır. “Karşı cinsle sorunlar” seçeneğinin işaretlendiği görüşme kartlarında sorun içerikleri şöyledir: *Duygularına karşılık bulamama, hiçbir neden yokken terk edilme, duygularını ifade edememe, sevgilinin terk etmesi ve bir başka birliktelikte olması, karşı tarafın ısrarı nedeniyle bir süre daha ilişkiyi sürdürmeye mecbur bırakılmadır*. Slap (1989) ve Aysev (1992) intihar girişimlerinde kadın ve erkek arkadaşlıklarının sonlanmasının anlamlı düzeyde olduğunu belirtmektedir. Bu bilgi, araştırma bulgusuyla örtüşmektedir.

İntihar girişimi nedeniyle birime başvuranlarda “karşı cinsle sorunları” sırasıyla evlilik (% 16,3), ruhsal hastalık (% 15,6), aile (% 9,7), ekonomik (% 7,4), aynı oranlarla gelişim dönemi sorunları-iş (% 3,5) ve yine aynı yüzdelerle aile içi şiddet, alkol ve madde bağımlılığı ve okul sorunları (% 2,3) izlemektedir. Bu sırayı giderek düşük yüzdelerle diğer bulgular izlemektedir. Kriz nedeniyle birime başvuranlarda ise ruhsal hastalığı sırasıyla, yalnızlık (% 17,5), süreğen hastalık (% 15), aynı yüzdelerle “aile” ve “ekonomik” (% 12,5), evsiz kalma (% 10) ve giderek düşük yüzdelerle diğer bulgular izlemektedir

Konuyla ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; ruhsal hastalıkların, aile içi sorunların, evlilik yaşamının, ekonomik sorunların intihara neden olan risk faktörleri arasında olduğu görülmektedir **(**Hawton, 1982; Taylor, 1984; Spirito, 1989; Aysev, 1992; Ceyhun, 1993; Odağ, 2002). Bazı araştırmalar aileyle ilgili sorunların (Deveci vd, 2005: s.170-178; Şenol vd, 2005: s.22; Nakagawa vd., 2009: s.1; Aysev, 1992; Spirito, 1989), bazı araştırmalar ise kişilerarası ilişki sorunlarının ve özellikle aile içi iletişim sorunlarının (Lin vd., 2014: s.319) intihar davranışında ilk belirleyiciler olduğunu göstermektedir. İlgili kaynaklar incelendiğinde, süreğen hastalığa sahip olan kişilerde intihar riskinin arttığı bulunmuştur (Devrimci Özgüven, 2008: s.11; Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.177; Soykan ve diğ., 2003: s.1290-1291). Connel (1972) ve Diekstra (1989) intiharda mesleki ve akademik başarısızlığın, Kielholz (1969) ise, intihar riskini bildiren en önemli belirtilerden biri olarak "iyileşmeyen ağır organik hastalıklar"ın önemli bir risk faktörü olduğunu belirlemiştir (Aktaran: Odağ, 1995).

Garfinkel ve Golombek (1974)'ın sosyal becerileri zayıf olan kişilerin intihara daha eğilimli olduğunu gösteren, ayrıca Weissman (1974), Sayıl (1994), Palabıyıkoğlu (1993), Sayıl ve Azizoğlu (1992)'un kişilerarası ilişkilerdeki güçlüklerin intiharda bir risk faktörü olduğunu belirten araştırma bulguları söz konusudur. Kriz temelli araştırmalarda doğrudan konuyla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmada elde edilen bulgular, yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile tutarlılık göstermektedir.

Araştırmada birim sorumlusunun görüşme kartındaki değerlendirme bölümüne ilişkin yapılan içerik analizi yoluyla, seçeneklerde yer almayan yeni problem alanları belirlenmiştir. Bu alanlar tablo 21 de verilmiştir. Burada bir açıklama yapmakta yarar vardır. Görüşme kartlarında standart soruların olduğu bölümde, problem alanlarının iç içe olduğu daha önce ifade edilmişti. Yani "aile içi şiddet" olarak ifade edilen (işaretlenen) bir sorun birim sorumlusu tarafından aynı zamanda "iletişim sorunları" seçeneğinde de işaretlenebilirdi. Tablo 21 ve problem alanlarına ilişkin aşağıda yer alan diğer tablolar, görüşme kartında birim sorumlusunun değerlendirmelerinin yer aldığı ikinci bölümden elde edilmiştir. Değerlendirmede birim sorumlusunun problem alanlarına ilişkin bilgileri ne detayda verdiği tablo içeriklerini doğrudan etkilemektedir. Örneğin "aile içi şiddet" ya da "aile" seçeneğinin problem alanı olarak işaretlendiği bir başvuranın görüşme kartında, psikolojik şiddet gördüğüne ilişkin veriler yer aldığında bu veriler, "psikolojik şiddete maruz kalma ve kim tarafından uygulandığı" başlıklı tabloda (Tablo 25) ele alınmıştır. Tabloda başvuranların az bir grubunun psikolojik şiddet gördüğüne ilişkin bir veri var gibi görünmektedir. Ancak bu durum çoğunluğunun, şiddet görmediklerine ilişkin bir veri olarak düşünülmemeli; görüşme kartında o konuda bilginin ne detayda verildiğine ilişkin tartışılmalıdır. Bu durum kriz ve intihar nedeniyle başvuranların problem alanlarına ilişkin görüşme kartlarının değerlendirme bölümünden elde edilen verileri içeren tablolarda da geçerlidir (Kodlama yönergesindeki değişkenlerin, görüşme kartlarındaki hangi bölümlerden alındığına ilişkin ayrıntı için bakınız Yöntem-İçerik analizi).

Tablo 21. Birim Sorumlusunun Değerlendirmesinde Yer Alan Krize ve İntihara Neden Olan Problem Alanları

Birim Sorumlusunun Değerlendirmesinde Problem Alanları	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Dikkat Çekme İsteği	44	23,5	0	0	44	22,8
Cezalandırma İsteği	15	8,1	0	0	15	7,8
Aldatılma Durumu	11	5,9	0	0	11	5,7
Psikolojik Şiddete Maruz Kalma	40	21,4	2	33,3	42	21,8
Fiziksel Şiddet Maruz Kalma	6	3,2	0	0	6	3,1
Ekonomik Sorunlar	24	12,9	4	66,7	28	14,5
Diğer İntihar Nedenleri	47	25,1	0	0	47	24,3
Toplam	**187***	**100**	**6***	**100**	**193**	**100**

Bu soruda birden fazla seçenek ifade edilmiştir.

Tablo 21'de görüldüğü gibi, birim sorumlusunun değerlendirmesinde yer alan intihara neden olan problem alanlarında "diğer intihar nedenleri" (% 25,1) çoğunluktadır. Bu seçeneğin işaretlendiği görüşme kartlarında sorun içerikleri şöyledir: "Okul başarısında düşme, üniversite sınavını kazanamama, çocuk sahibi olamama, karşı cinsle (sevgili/eş) olan ilişkiye aile üyelerinin olumsuz yaklaşımı, bilinçsiz ilaç kullanımı"dır. "Dikkat çekme isteği" % 23,5 ile ikinci sırada, "psikolojik şiddete maruz kalma" % 21,4 ile üçüncü sıradadır. Bu sırayı "ekonomik sorunlar" (% 12,9), "cezalandırma isteği" (% 8,1), "aldatılma durumu" (% 5,9) ve "fiziksel şiddete maruz kalma" (% 3,2) izlemektedir.

Kriz nedeniyle başvuranlarda ise "ekonomik sorunlar" % 66,7 ile ilk sıradadır. "Psikolojik şiddete maruz kalma" % 33,3 ile bunu izlemektedir. Araştırma bulgularından hareketle, psikolojik, fiziksel şiddete maruz kalan ve ekonomik sorunlar yaşayan bireylerin beden ve ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü söylenebilir. Bu bireylerin kriz yaşadığı /intihara teşebbüs ettiği, yaşadıkları psikolojik sorunların genelde kalıcı olduğu ve şiddet sona erdikten sonra bu sorunları yaşamaya devam ettikleri düşünülmektedir. Ayrıca, başvuranların ağırlıklı olarak psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddet yaşaması, şiddetin

intihar girişiminde bulunmalarında belirleyici bir etken olduğu sonucunu düşündürmektedir.

Tablo 22. Dikkat Çekme İsteği ve Kime Yönelik Olduğu

Dikkat Çekme İsteği ve Kime Yönelik Olduğu	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anne/Baba	2	0,9	0	0	2	0,9
Eş	6	2,8	0	0	6	2,6
Sevgili	36	16,8	0	0	36	15,5
Bilgi Yok	170	79,5	19	100	189	81,1
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

İntihar davranışında 170 başvuranın (%79,5); kriz başvurularında 19 başvuranın görüşme kartlarında dikkat çekme isteğine ilişkin bilginin olmadığı görülmektedir.

Tablo 22'de dikkat çekme isteği ve bu davranışın kime yönelik olduğuna bakıldığında, intihar girişiminde bulunanların % 16,8'i "sevgili"sinin dikkatini çekme düşüncesiyle, % 2,8'i "eş"inin dikkatini çekme düşüncesiyle, % 0,9'unun ise "anne/baba"sının dikkatini çekme düşüncesi ile intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir. Bu açıdan intihar girişiminde bulunanların yakın çevresine yönelik dikkat çekme isteğinin olduğu açıktır.

Araştırma bulgularına bakıldığında azımsanmayacak sayıda bireyin dikkat çekme isteği nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir. Dikkat çekme isteğinin arka planında birçok etmenin var olduğu düşünülebilir. Özellikle duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, farkındalık yaratmak, odak noktası olma isteği gibi etmenlerin bireylerin dikkat çekme isteği nedeniyle intihar girişiminde bulunmalarında etkili olduğu söylenebilir. Ancak toplumdaki her bireyin, dikkat çekmek için intihar girişiminde bulunmadığı açıktır. Seçeneklerde olmamasına karşın birim sorumlusunun yaptığı değerlendirmelerde dikkat çekme isteğinin oldukça sık bir biçimde ifade edildiği görülmüştür. Dolayısıyla burada, birim sorumluları bu tip yorumlara giderken çok daha dikkatli ve duyarlı olmak durumundadır. Aksi halde sorunların gerçek nedenlerine ulaşmak daha zor olabileceği gibi kayıtlara doğru bir

biçimde ulaşmakta mümkün olmayacaktır. Çünkü dikkat çekme isteğinin altında yatan nedenleri değerlendirme bölümünde ayrıntısıyla tartışması intiharın altında yatan nedenleri irdeleme olanağı sağlayacaktır.

Tablo 23. Cezalandırma İsteği ve Kime Yönelik Olduğu

Cezalandırma İsteği ve Kime Yönelik Olduğu	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anne/Baba	5	2,3	0	0	5	2,1
Eş	3	1,4	0	0	3	1,3
Sevgili	6	2,8	0	0	6	2,6
Kendisi	1	0,5	0	0	1	0,4
Bilgi Yok*	199	93,0	19	100	218	93,6
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

İntihar davranışında 199 başvuranın (% 93,0); kriz başvurularında 19 başvuranın görüşme kartlarında cezalandırma isteğine ilişkin bilginin olmadığı görülmektedir.

Tablo 23'te başvuranların cezalandırma isteği ve bu davranışın kime yönelik olduğuna ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre intihar girişiminde bulunanlarda "sevgili"yi (% 2,8) cezalandırma isteği ilk sırada yer alırken, bunu "anne/baba" (% 2,3), eş (% 1,4) ve "kendisi" (% 0,5) izlemektedir.

Tablo 22'de de görüldüğü gibi, intihar girişiminde bulunanların % 16,8'i "sevgili", % 2,8'i "eş" ve % 0,9'u "anne/baba"sının dikkatini çekme isteği ile intihar girişiminde bulunmuştur. Dolayısıyla "sevgili, eş, anne/baba"nın dikkatini çekme isteği ile intihar girişiminde bulunan bireylerin aynı zamanda cezalandırma isteğinin de olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak, bu çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin ifadeleri bu durum karşısında kendine zarar verme ya da kendi canına kast etme arsuzu karşısında gerçekte hem kendisini hem de çevresindedki yakınlarını cezalandırma isteğinin belirgin bir şekilde öne çıktığını düşündürmektedir.

Tablo 24. Aldatılma Durumu ve Kim Tarafından Aldatıldığı

Aldatılma Durumu ve Kim Tarafından Aldatıldığı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Eş	3	1,4	0	0	3	1,3
Sevgili	8	3,7	0	0	8	3,4
Bilgi Yok*	203	94,9	19	100	222	95,3
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

İntihar davranışında 203 (% 94,9); krizde 19 başvuranın görüşme kartlarında aldatılma durumuna ilişkin bilgi olmadığı görülmektedir.

Tablo 24'te başvuranların aldatılma durumu ve kimin tarafından aldatıldığına ilişkin veriler yer almaktadır. Tabloya göre intihar girişiminde bulunan kişilerin % 3,7'si "sevgilisi", % 1,4'ü ise "eşi" tarafından aldatıldığı belirtilmektedir.

Tablo 25. Psikolojik Şiddete Maruz Kalma ve Kim Tarafından Uygulandığı

Psikolojik Şiddete Maruz Kalma ve Kim Tarafından Uygulandığı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anne/Baba	9	4,2	0	0	9	3,9
Kardeş/ Ağabey/Abla	2	0,9	0	0	2	0,9
Kayınvalide/Kayınpeder	7	3,3	1	5,3	8	3,4
Sevgili/ Nişanlı	2	0,9	0	0	2	0,9
Eş	20	9,3	1	5,3	21	9,0
Bilgi Yok*	174	81,3	17	89,5	191	82,0
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

İntihar davranışında 174 (% 81,3); krizde 17 (% 89,5) başvuranın görüşme kartlarında psikolojik şiddete maruz kaldığına ilişkin bilgi olmadığı görülmektedir.

Araştırmada, başvuranların büyük çoğunluğunun psikolojik şiddete maruz kalmadığı belirlenmiştir. Psikolojik şiddete maruz kaldığı belirlenen başvuranların, yakınlarının "*tehdit, hakaret, aşağılama, kısıtlama*" davranışlarına maruz kaldığı görülmektedir.

İntihar girişiminde bulunanlarda bu şiddet en fazla (% 9,3) "eşi", daha sonra anne/baba (% 4,2) tarafından gelmiştir. "Kayınvalide/kayınpeder" tarafından psikolojik şiddete maruz kalma % 3,3 ile izlemektedir.

Kriz nedeniyle başvuranlarda psikolojik şiddet gösteren kişilerde yine ilk sırayı "eş"ler alırken, aynı yüzde ile (% 5,3) kayınvalide/kayınpeder de bu şiddeti gösterenler arasındadır. Okutan (2007) araştırmasında, intihar girişiminde bulunan kadınların hem fiziksel hem de psikolojik şiddete maruz kaldığını; psikolojik şiddetin kadınları en az fiziksel şiddet kadar olumsuz yönde etkilediğini saptamıştır. Yine Coker, Smith, Bethea, King ve McKeown (2000) yaptıkları araştırmada 1152 kadının % 13,6'sının psikolojik şiddete maruz kaldığını, bu kadınların şiddete maruz kalmayan kadınlara oranla fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının daha kötü olduğunu belirlemiştir. Psikolojik şiddetin kriz ve intihardaki yeri düşünüldüğünde, bu araştırmada psikolojik şiddete maruz kalanların az bir grup olması ilginçtir.

Tablo 26. Fiziksel Şiddet Görme Durumu ve Şiddetin Kim Tarafından Uygulandığı

Fiziksel Şiddet Görme ve Kim Tarafından Uygulandığı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Anne/Baba	1	0,5	0	0	1	0,4
Eş	5	2,3	0	0	5	2,1
Bilgi Yok*	208	97,2	19	100	227	97,4
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

İntihar davranışında 208 (% 97,2); krizde 19 başvuranın görüşme kartlarında fiziksel şiddete maruz kaldığına ilişkin bilgi olmadığı görülmektedir.

"Fiziksel Şiddete Maruz Kalma" seçeneğinin işaretlendiği görüşme kartlarında sorun içerikleri şöyledir: kriz ve intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların yakınlarının/çevresindekilerin sıkma, vurma, tekmeleme davranışlarında bulunmasıdır. Tablo 26'ya göre fiziksel şiddete maruz kalanların % 2,3'ü "eş"i, % 0,5', "anne/baba"sı tarafından fiziksel şiddet gördüğünü belirtmiştir. Yiğit'in (2009: 54) yapmış olduğu araştırmada intihar girişiminde bulunan kadınların % 79'2 'sinin

fiziksel şiddete maruz kaldığı, % 54.6'sının ise eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Sonuvar ve Yörükoğlu (1971) intihar girişiminde aile uyumsuzluğu ve tetiği çeken olayın "azar" ve "dövme" olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, kriz ve intihar girişiminde bulunan bireylerin neredeyse tamamına yakınının fiziksel şiddet görme durumunun olmadığı saptanmıştır. Bu çalışma bireylerin fiziksel şiddet görmesinin kriz ve intihar girişiminde bulunmalarında risk faktörü olduğu bulgusu ile büyük bir oranda örtüşmemektedir.

Tablo 27. Ekonomik Sorunlar

Ekonomik Sorunlar	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İşten Çıkarılma	2	0,9	1	5,3	3	1,3
İflas Etme	0	0	1	5,3	1	0,4
İşsizlik	1	0,5	1	5,3	2	0,9
İş Yerinde Ağır Koşullar Altında Çalıştırılma	6	2,8	0	0	6	2,6
Borçların Artması	15	7,0	1	5,3	16	6,9
Bilgi Yok*	190	88,8	15	78,9	205	88,0
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

İntihar davranışında 190 (% 88,8); kriz başvurularında 15 (% 78,9) bireyin görüşme kartlarında ekonomik sorunlara ilişkin bilgi olmadığı görülmektedir.

Tablo 27'de görüldüğü gibi intihar girişiminde bulunan bireylerin % 7'si borçların artması, % 2,8'i iş yerinde ağır koşullar altında çalıştırılma, % 0,9'u işten çıkarılma ve % 0,5'i işsizlik nedeniyle intihar girişiminde bulunmuştur. Yapılan çalışmalar, genellikle işsizlik ve intiharın birbiriyle ilişkili olduğunu, intiharların düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olabileceğini desteklemektedir (Tel ve Uzun, 2003: s.151-158; Çayköylü vd., 1997: s.37-42; Sayıl vd., 1993: s.56-61).

Kriz nedeniyle başvuranlarda ekonomik sorunlar yine önemli bir yerdedir (% 5,3) ve işten çıkarılma, iflas etme, işsizlik ve borçların artışı kriz yaşanmasında ilk sıradadır. Sezer (2011: s.180) araştırmasında intihar girişiminde bulunan kişilerin % 19,9'unun iflas etme, % 11,4'ünün aşırı borçlanma ve % 2,9'unun ise icra gelmesi nedeniyle intihar girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Görüldüğü gibi, ekonomik sorunların,

intihar davranışında önemli bir yeri vardır. Özgüven (2008: s.4) hem intiharlarda, hem de intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorun sıklığının yüksek olduğunu, ekonomik kriz zamanlarında işsizliğin ve iflasın artmasının intihar ve intihar girişimi sayılarını arttırdığını belirtmiştir. Bir çok araştırmacı işsizlik ve işten çıkarılmanın intihar girişimi riskini arttırdığını, buna karşın herhangi bir işe sahip olmanın ise intihar ve intihar girişimine karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğunu saptamıştır (Chang vd., 2010; Pompili vd., 2008; Schneider vd., 2011).

Bu çalışmada başvuranların ekonomik sorunları yüksek görünmüyor olsa da, % 16'lık başvuran grubunun borçların artması nedeniyle kriz yaşadığı ve intihar girşiminde bulunduğu görülmektedir. Bu durum bireylerin kriz yaşaması ve intihar girişiminde bulunmalarında ekonomik sorunların, diğer değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Tablo 28. Diğer Kriz ve İntihar Nedenleri

Diğer İntihar Nedenleri	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okul Başarısında Düşme	6	2,8	0	0	6	2,6
Üniversite Sınavını Kazanamama	1	0,5	0	0	1	0,4
Çocuk Sahibi Olamama	1	0,5	0	0	1	0,4
Karşı Cinsle (Sevgili/Eş) İlişkiye Aile Üyelerinin Olumsuz Yaklaşımı	7	3,3	0	0	7	3,0
Bilinçsiz İlaç Kullanımı	32	15,0	0	0	32	13,7
Bilgi Yok	167	78,0	19	100,0	186	79,8
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100**	**233**	**100**

Tablo 28'de, birime başvuranların kriz ve intihar durumuna neden olan diğer problem alanlarına ilişkin dağılım yer almaktadır. Tabloya göre intihar girişiminde bulunanlarda "bilinçsiz ilaç kullanımı" (% 15) ilk sırada yer alırken, bunu sırasıyla "karşı cinsle (sevgili/eş) ilişkiye aile üyelerinin olumsuz yaklaşımı" (% 3,3), "okul başarısında düşme" (% 2,8), "üniversite sınavını kazanamama" (% 0,5) ve "çocuk sahibi olamama" (% 0,5) izlemektedir.

3.3. İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE BAŞVURANLARIN İNTİHAR ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde sadece intihar girişiminde bulunan bireylerin intihar girişimi öykülerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 29.İntihar Girişimi Yöntemi

İntihar Girişimi Yöntemi	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Kendini Zehirleme	206	96,3
Kendine Zarar Verme	6	2,8
Kendini Zehirleme ve Kendine Zarar Verme	2	0.9
Toplam	**214**	**100**

İntiharlarda çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler yaşa, gruplara, cinsiyete hatta toplumsal ve kültürel koşullara göre farklılık göstermektedir (Turla vd., 2007: s.77; Sağınç vd., 2000: s.83). Roy (1998) intihar girişiminin şeklinin intiharın kararlılığını gösteren en önemli faktör olduğunu vurgulamaktadır. İntiharla ilgili çalışmalara bakıldığında, genelde kişinin en çabuk ulaşabileceği yöntemi seçtiği görülmekte (Turla vd., 2007: s.77) ve intihar araçlarına ulaşılabilirliğinin kolay olmasıyla da intihar girişim oranının arttığı bildirilmektedir (Kekeç vd., 2000: s.160; Karaman vd., 2010: s.22). Tabloda görüldüğü gibi bu çalışmada intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğu (% 96,3) "kendini zehirleme" yöntemiyle intihar girişiminde bulunmuştur. Bu sırayı "kendine zarar verme" (% 2,8) ve "kendini zehirleme ve kendine zarar verme" (% 0,9) izlemektedir. İntihar girişimi yöntemi ölme arzusu açısından önemlidir. Bu çalışmada seçilen yöntemin, intihar girişiminde bulunan bireylerin her şeye karşın tam olarak ölmeyi arzu etmediklerini ve üstesinden gelemedikleri problemlerini dışa vurarak bu davranışlarıyla yardım istediklerini düşündürmektedir.

Tablo 30. Zehirleme Türü

Zehirleme Türü	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlaç+Toksit Madde	159	97,5	49	96,1	208	97,2
Bu Türde Kendine Zarar Verme Yok	4	2,5	2	3,9	6	2,8
Toplam	**163**	**100,0**	**51**	**100**	**214**	**100**

Tablo 30'da intihar girişiminde bulunan bireylerin kendini zehirleme türüne ilişkin veriler sunulmuştur. Tabloya göre bireylerin % 97,2'si ilaç ve toksit madde birlikte kullanılmak üzere kendini zehirlemiştir. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda intihar girişiminde bulunan kişilerin en sık kullandığı intihar girişimi yöntemi olarak ilaç ve toksit maddeyi tercih ettikleri görülmüştür (Şahin ve Özkan 1993, Tezcan vd., 1995: Aktaran: Aşılıoğlu vd., 2009: s.6; Deveci vd., 2005-b: s.3; Dilbaz vd., 2005: s.7; Alptekin vd., 2006: s.154; Koçal vd., 1994: s.329; Shafii vd., 1988: s.227-233; Parra Uribe vd., 2013: s.844). Bu çalışmada da intihar girişiminde bulunan bireylerin neredeyse tamamına yakınının ilaç ve toksit madde ile intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. İlaç ve toksit madde ile kendini zehirleyen bireylerin 159'u kadın, 49'u erkektir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin sadece % 2,8'i kendini zehirleme yoluyla intihar girişiminde bulunmamıştır. Daha önce de belirtildiği gibi, ilgili literatürde kadınların daha fazla intihar girişiminde bulunduğu, erkeklerin intihar girişimlerinin ise daha fazla ölümle sonuçlandığı vurgulanmaktadır. Kadınlarda kendini öldürme eğilimi, sosyal problemler ve kişilerarası ilişkilerden erkeklere göre daha fazla etkilenmeleri ile açıklanırken; intihar girişimini çözüm ya da mesaj aracı olarak kullanmalarının önemli olduğu ifade edilmiştir (Murphy, 2000; Aktaran: Dilbaz vd., 2005: s.3). Bu verilere bakıldığında, toksit madde ve ilaç kullanımının diğer zarar verme türlerine göre daha az öldürücü etkisi oluşu akılda tutulmalıdır. Araştırmada kadınlar erkeklere göre neredeyse üç katı bu yolu tercih etmiştir. Ayrıca bireylerin intihar girişiminde bulunurken sıklıkla ilaç ve toksit maddeyi tercih etmelerinde, günümüzde artık hemen hemen her türlü ilaç ve toksit maddeye kolaylıkla ulaşılabilmesinin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir

Tablo 31. Kendine Zarar Verme Türü

Kendine Zarar Verme Türü	Sayı	Yüzde (%)
Kesici Aletle	5	2,3
Yüksekten Atlama	3	1,4
Bu Türde Kendine Zarar Verme	206	96,7
Toplam	**214**	**100**

Tablo 31'de intihar girişiminde bulunan bireylerin kendine zarar verme türüne ilişkin veriler yer almaktadır. Tabloya göre intihar girişiminde bulunanların çoğunluğu (% 96,7) bu türde kendine zarar vermemiştir. Kendine zarar veren bireylerin % 2,3'ü kesici aletle (bileklerini, kollarını kesme), % 1,4'ü ise yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan araştırmalarda, erkekler tarafından seçilen intihar yöntemlerinin, kadınlar tarafından seçilen yöntemlere göre potansiyel olarak daha öldürücü olduğu, erkeklerde silah, ası, yüksekten atlama gibi yöntemleri tercih ederken; kadınlar daha çok yüksek dozda ilaç alma, zehirleme, bileklerini kesme gibi yöntemleri tercih ettikleri görülmüştür (Demirel Özsoy ve Eşel, 2003: s.77). Bazı araştırmalarda ise intihar girişimlerinde çoğunlukla ilaç+toksit madde ile intihar girişimi yüksek oranda iken, tamamlanmış intiharlarda ise yüksekten atlama ve kendini asma yüksek orandadır (Parra Uribe vd., 2013: s.842).

Tablo 32. Geçmişte İntihar Girişiminin Varlığı

Geçmişte İntihar Girişimi	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	1	0,6	0	0	1	0,4
Girişim Var	11	6,7	3	5,9	14	6,6
Girişim Yok	151	92,7	48	94,1	199	93
Toplam	**163**	**100**	**51**	**100,0**	**214**	**100**

Tabloda görüldüğü gibi, intihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğunda (% 93) geçmişte intihar girişimi yoktur. Geçmişte intihar girişiminde bulunan toplam 14 kişiden 12'si kadın, 3'ü erkektir. İntihar girişiminde bulunma, bir sonraki intihar girişimi açısından risk oluştururken (Koçal vd., 1994: s.328-329; Önen Sertöz vd., 2010. S.1-8; Brovvn ve Sheran, 1972; Kaplan, 1994; Diekstra, 1989; Parra Uribe vd., 2013: s.842) yineleyen girişimler gelecekte intihar riskini arttırmaktadır (Pagura vd., 2008, s.806-813). Araştırmadan elde edilen bu bulgu konuyla ilgili yapılmış araştırmalarla benzer bulunmuştur.

Tablo 33. Geçmişte İntihar Girişimi Zamanı

Geçmişte İntihar Girişimi Zamanı	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Son Bir Yıl İçinde	7	50
Bir Yıldan Önce	7	50
Toplam*	**14**	**100,0**

Hesaplamaya sadece geçmişte intihar girişimi olanlar dâhil edilmiştir.

Tablo 33'te görüldüğü gibi, intihar girişiminde bulunan 14 bireyin geçmişte intihar girişimi vardır. Tablo 35'den de anlaşılacağı üzere, bu kişilerin 7'si son bir yıl içinde, 7'si ise bir yıldan önce intihar girişiminde bulunmuştur. Literatüre baktığımızda, intihar girişimini izleyen bir yıl içinde intihar riskinin yaklaşık % 1 olup, bu riskin genel popülasyonun 100 katı olduğu; ilerleyen sürede riskin giderek azalmakla birlikte girişimden sonra en az 8 yıl daha görece yüksek olarak seyrettiği görülmektedir (Kessell ve McCulloch, 1966; Buglass ve Horton, 1974: Aktaran: Gündoğar, 2006: s.32).

Tablo 34. İntihar Girişimi Mevsimi

İntihar Girişimi Mevsimleri	**Sayı**	**Yüzde (%)**
İlkbahar	52	24,3
Yaz	71	33.2
Sonbahar	39	18.2
Kış	52	24,3
Toplam	**214**	**100**

Tablo 34'de intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların intihar girişimi mevsimine göre dağılımları görülmektedir. Tabloya göre bireylerin üçte biri (% 33,1) yaz mevsiminde intihar girişiminde bulunmuştur. Bu sırayı % 24,3'lük oranla ilkbahar ve kış mevsiminde intihar girişiminde bulunanlar takip etmektedir. Sonbahar mevsiminde intihar girişiminde bulunanlar % 18,2 ile en son sıradadır.

Bazı çalışmalarda intihar girişimlerinin mevsimlerle ilişkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Kaplan ve Sadock, 1994). Buna karşın bazı araştırmalarda ise kadında ve erkekte mayıs-haziran aylarında, ayrıca kadınlarda ekim ayında intihar sayısında artma olduğu görülmektedir (Samuk vd., 1982: s.21; Köknel, 1989; Sağınç vd., 2000: s.88). Bu çalışmada da yaz mevsimi dışında başvuranların birbirine yakın yüzdelerle diğer mevsimlerde girişimde bulunduğu görülmektedir.

Tablo 35. İntihar Girişimi Saati

İntihar Girişim Saati	**Sayı**	**Yüzde (%)**
00.00-06.59	75	35,1
07.00-12.59	11	5.1
13.00-18.59	48	22.4
19.00-23.59	80	37.4
Toplam	**214**	**100**

Tablo 35'de intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların intihar girişimi saatine ilişkin dağılımları verilmektedir. Tabloya göre bireylerin % 37,4'ü "19.00-23.59" saatlerinde, % 35,1'i "00.00-06.59" saatlerinde, % 22,4'ü "13.00-18.59" saatlerinde, % 5,1'i ise "07.00-12.59" saatlerinde intihar girişiminde bulunmuştur. Özen ve Güloğlu (2003: s.165), yaptığı araştırmada ilaç alımlarının çoğunun günün ikinci yarısında olduğu, ergenlerin % 40'nın aile bireylerinin eve toplanma zamanı olan "17.00-19.00" saatleri arasında ilaç aldığı, bu davranışın çevredekilere bir mesaj sayılabileceği ve aynı zamanda bir yardım çağrısı anlamı taşıdığına işaret etmektedir. Özen ve diğerleri (2002) ergenlerle yapılan bir çalışmada ilaç alımının % 50 oranında akşam saatlerinde olduğuna işaret etmeketedir (Özen vd., 2002). Bu araştırmada da girişimler, günün ikinci yarısında gerçekleşmektedir. Bu saatler ev-aile içi iletişimin

başladığı, tüm aile üyelerinin genel çalışma koşullarından dolayı evde oldukları saatleri göstermektedir. Dolayısıyla intihar girişimlerinin bir bakıma dikkat çekme ve yardım çağrısı olduğu şelinde düşünülebilir.

Tablo 36. İntihar Girişimi Niyeti

İntihar Girişim Niyeti	**Kadın**		**Erkek**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Kasıtlı Kendine Zarar Verme	119	73	30	58,9	149	69,6
Yardım Çağrısı	1	0,6	0	0	1	0,5
Ölümcül Girişim	2	1,2	0	0	2	0,9
Çelişkili Düşünceler İçinde Bir Girişim	20	12,3	13	25,4	33	15,4
Aşırı Doz	20	12,3	8	15,7	28	13,1
Bilinmiyor	1	0,6	0	0	1	0,5
Toplam	**163**	**100**	**51**	**100**	**214**	**100**

Tabloda görüldüğü gibi, intihar girişiminde bulunanların yarısından fazlası (% 69,6) "kasıtlı kendine zarar verme" niyetiyle intihar girişiminde bulunmuştur. Bu sırayı % 15,4'ü "çelişkili düşünceler içinde bir girişim", %13,1'i "aşırı doz", % 0,9'u "ölümcül girişim", % 0,5'i "yardım çağrısı" ve "bilinmiyor" takip etmektedir. Kadınların (% 73) ve erkeklerin (% 58,9) yarısından fazlası "kasıtlı kendine zarar verme" niyetiyle intihar girişiminde bulunmuştur.

Tablo 37. İntihar Girişimi Hakkında Düşünceleri

İntihar Girişimi Hakkında Düşünceleri	**Kadın**		**Erkek**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Keşke Ölseydim	1	0,6	0	0	1	0,5
Pişman	157	96,3	47	92,2	204	95,3
Tekrar Denemeyi Düşünüyor	5	3,1	4	7,8	9	4,2
Toplam	**163**	**100,0**	**51**	**100,0**	**214**	**100**

Tablo 37'de, intihar girişiminde bulunanların neredeyse tamamına yakını (% 95,3) intihar girişiminde bulunduktan sonra "pişman" olmuştur. Bu bireylerin % 4,2'si tekrar denemeyi düşünmektedir. Sadece % 0,5'i "keşke ölseydim" şeklinde düşündüğü görülmektedir. Kadınların (% 96,3) ve erkeklerin (% 92,2) büyük çoğunluğunun intihar girişiminde bulunduktan sonra "pişman" olduğu görülmektedir. Bu durumun, intihar girişiminde bulunan bireylerin bir anlık öfke, kızgınlık, sinir bozukluğu ile intihar girişiminde bulunmaları ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 38. Aile Öyküsü

Aile Öyküsüne İlişkin Bilgiler	**Sayı**	**Yüzde (%)**
Ruhsal Hastalık	2	0,3
Bilgi Yok	212	99,7
Toplam	**214**	**100**

Tablo 38'de, intihar girişiminde bulunan bireylerin aile öyküsüne ilişkin dağılım verilmiştir. Tabloya göre, bireylerin nerdeyse tamamına yakınının (% 99,7) aile öyküsüne ilişkin bilgi olmadığı görülmektedir. Bireylerin sadece % 0,3'ünün aile öyküsünde "ruhsal hastalık" olduğu görülmektedir. Sağınç ve diğ.(2000)'nin yaptığı araştırmada, bireylerin % 38'inin ailesinde kronik fiziksel hastalık, % 16,7'sinin ailesinde ise psikiyatrik bozukluk öyküsünün olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla ailede kronik bir hastalığı olan üyenin varlığının, intihar girişiminde önemli bir risk faktörü olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili benzer çalışmalarda tamamlanmış intihar ve intihar girişimlerinde bulunmalarında bireylerin aile öyküsünün önemli bir risk faktörü olduğu belirlenirken, (Brent vd., 1996: s.1145-1152; Kim vd., 2005: s.1017-1019), bazı çalışmalarda ise intihar girişiminde bulunan bireylerin aile öyküsünün önemli bir risk faktörü olmadığı ifade edilmiştir (Parra Uribe vd., 2013: s.842) Bu çalışmada başvuranların tamamına yakınının görüşme kartlarında ailelerindeki intihar öyküsüne ilişkin bilginin olmadığı görülmektedir. Bu durum, başvuranların ailelerinde intihar öyküsünün olmadığını düşündürüyor olsa da, görüşme kartını dolduran Birim sorumlusunun bu seçeneği boş bırakması da söz konusu olabilir.

Ancak, görüşme kartlarında, aile öyküsüne ilişkin çok az bilginin bulunuşu, araştırmada verileri yorumlamayı kısıtlamaktadır.

Tablo 39. Ani Karar Verme Durumu

Ani Karar Verme Durumu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	161	98,8	51	100	212	99,1
Hayır	2	1,2	0	0	2	0,9
Toplam	**163**	**100,0**	**51**	**100,0**	**214**	**100**

Tablo 39'da, intihar girişiminde bulunan bireylerin ani karar verme durumu görülmektedir. Tabloya göre, bireylerin nerdeyse tamamına yakını (% 99,1) ani bir karala intihar girişiminde bulunmuştur. Sadece kadınların % 1,2'sinin intihar girişiminde bulunurken ani karar vermediği görülmektedir. Bu veri, daha önce kuramsalda belirtilen kadınların, erkeklere oranla daha fazla intihar girişiminde bulunuşuna ilişkin bilgiyi akla getirmektedir.

Veriler, intihar girişiminde bulunanların 171'nin son bir ya da iki saat içerisinde intihar girişimini düşünmeye başladığını; sadece ikisinin daha önceden plan yapmış olduğunu göstermektedir. Bu kişi de düşüncesini kardeşiyle paylaşmıştır. Bir başka kişi ise, intihar girişimi öncesi eşine/sevgilisine not yazmıştır. İntihar girişiminde bulunanların yaşantıları incelendiğinde ise intihar eyleminde bulunmadan önceki bir ay içerisinde bireylerin bir veya birden fazla krizle (eşiyle tartışma, terk edilme, evden ayrılma, aile büyükleri tarafından baskı görme gibi) karşılaştıkları saptanmıştır.

3.4. BAŞVURANLARA YÖNELİK TEDAVİ YÖNTEMİNE İLİŞKİN BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, birime başvuranlara nasıl bir tedavi yöntemi uygulandığına yönelik bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

Tablo 40. Yapılan Görüşme Sayısı

Görüşme Sayısı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bilgi Yok	1	0,5	0	0	1	0,4
1.Görüşme	203	94,9	14	73,7	217	93,1
2.Görüşme	10	4,7	5	26,3	15	6,4
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 40'da Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim Sorumlusunun başvuramlarla yaptığı mesleki görüşme sayısına ait veriler yer almaktadır. Tabloya göre, başvuramların tamamına yakını (% 93,1'i) ile "tek", e% 6,4'ü ile "2 görüşme" yapılmıştır. Sadece bir görüşme kartında bu konuya ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Birimde bir görüşme oldukça yüksektir. Oysa bireyleri kriz ve intihara sürükleyen süreci değerlendirmek; koruma, önlemler ve tedavi için daha fazla sayıda görüşmelerin yapılması gerekir. Zira Birimin temel sorumluluklarından birisinin istatistiki verileri toplamaktan çok, koruyucu-önleyici ve rehabilite edici çalışmalar yapabilmekle ilgilidir. Ayrıca, birçok faktörün etkisi ile ortaya çıktığı bilinen intihar ve yine önemli bir başka olgu olan kirizin, kapsamlı değerlendirmesinin "bir" kişi ile "bir görüşme"den yapılamayacağı açıkça tartışılmalıdır. Tabiki burada, çalışma koşullarının, başvuran ve ailelerinin hizmet almakla ilgili yaklaşım ve yaptırımlarının nasıl olduğu da ayrıca tartışılması ve araştırılması gereken bir husustur.

Tablo 41. Tedavi Sürecinin Kapsamı

Tedavi Sürecinin Kapsamı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sadece Başvuranla Çalışma	190	88,8	15	78,9	205	88,0
Sadece Aileyle Çalışma	1	0,5	0	0	1	0,4
Başvuran ve Aileyle Çalışma	23	10,7	4	21,1	27	11,6
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tedavi sürecinin kapsamına ilişkin Tablo 41 incelendiğinde, yapılan görüşmelerin çoğunluğunda (% 88) "sadece başvuranla çalışma" yapılmıştır, yani başvuranla görüşülmüştür. Bu sırayı, % 11,6 ile "başvuran ve aileyle çalışma" ve % 0,4 ile "sadece aileyle çalışma" takip etmektedir. Bu çalışmada, intihar girişiminde bulunanlarda ve kriz nedeniyle başvuranlarda "sadece başvuranla çalışma" yüksek bulunmuştur. Her iki grupta da "başvuran ve aileyle çalışma" % 10,7 ile ikinci sırada yer almaktadır. İntihar girişiminde bulunanlarda "sadece aileyle çalışma" % 0,5 ile üçüncü sıradadır. Özetle, tedavi süreci daha çok başvuranı ve ailesi ile görüşmeyi içeren bir çerçevede düzenlenmiştir denebilir.

Tablo 42. Tedavi Sürecinde Birim Sorumlusunun Rolü

Tedavi Sürecinde Birim Sorumlusunun Rolü	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Görüşme Kartlarının Doldurulması	28	13,1	1	5,3	29	12,4
Psikososyal Destek Verme-Görüşme Kartlarının Doldurulması	96	44,9	1	5,3	97	41,6
Havale Mekanizmalarının Kullanılması ve Birden Fazla Görüşme Yapılması-Görüşme Kartlarının Doldurulması-Psikososyal Destek Verme	90	42,1	17	89,5	107	45,9
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 42'de tedavi sürecinde Birim Sorumlusunun rolüne ilişkin dağılım görülmektedir. Bu rol araştırmada, tabloda da görüldüğü gibi görüşme kartlarındaki içeriğe göre üç grupta ele alınmıştır. Birim Sorumlusu, başvuranlara yönelik tedavi

yönteminde yarıya yakın oranda (% 45,9) “havale mekanizmalarının kullanılması ve birden fazla görüşme yapılması-görüşme kartlarının doldurulması- psikososyal destek verme” rolünü gerçekleştirmiştir. Burada bilgi içerikleri şöyledir: Görüşme kartlarının tümünde başvuranların kriz ve intihar girişimi öyküleri, tedavi sürecinde bireye psiko-sosyal destek verildiği, bireyin ihtiyacına uygun olan kliniklere sevk edildiği ve son olarak da tedavi sürecinin sonlandığı yer almaktadır.

Yine benzer şekilde (% 41,6) “psikososyal destek verme-görüşme kartlarının doldurulması” tedavi sürecinde en sık kullanılan ikinci yoldur. Bilgi içeriklerine bakıldığında, görüşme kartlarında yalnızca tedavi sürecinde bireye psiko-sosyal destek verildiği ve tedavi sürecinin sonlandığı belirtilmektedir.

“Görüşme kartlarının doldurulması” (% 12,4) izlenen üçüncü yol olarak ele alınmıştır. Bu seçenekte yalnızca görüşme kartında var olan çoğu kapalı uçlu sorular halinde düzenlenmiş bilgilerin doldurulduğu ve bir ya da iki cümle ile başvuranların sorununa değinildiği görülmüştür. Müdahale sürecinde bireye psiko-sosyal destek verilip verilmediği veya bu sistemlerden yararlanılıp yararlanılmadığına ilişkin bilgiler yer almamaktadır. Araştırmada Birime başvuranlarla ilgili müdahale sürecinin çoğu zaman başvuranla yapılan bir görüşme, görüşme kartlarının doldurulması ve sonrasında başvuranı havale etme ile sınırlı olduğu söylenebilir. Bu görüşme sonucunda Birim Sorumlusunun başvuranların görüşme kartlarını doldurmakta, bazı başvuranlarla ilgili kartın sonunda yer alan bölüme ayrıntıya girmeden birkaç cümle ile değerlendirme yaptığı görülmektedir.

Birim sorumlusunun intihar girişiminde bulunan bireyler hakkındaki rolünde “psikososyal destek verme-görüşme kartlarının doldurulması“ yarıya yakın oranla (% 44,9) ilk sıradadır. Kriz nedeniyle başvuranlarda ise “havale mekanizmalarının kullanılması ve birden fazla görüşme yapılması-görüşme kartlarının doldurulması-psikososyal destek verme” (% 89,5) ilk sıradadır. İntihar davranışı pek çok faktörle ilgili olsa da, mesleki müdahalenin öncelikle girşimde bulunan bireyi içerdiği düşünülebilir. Daha sonra müdahale kapsamı genişleyerek tedavi ilerlemektedir. Tablodaki veriler, bu görüşü desteklemektedir. Ancak kriz durumu, birden fazla kişiyi ilgilendirecek kapsamda olması ve yaşamı alt üstü etmesi muhtemel

olduğundan, Birim sorumlusunun rolünün ilk andan itibaren daha kapsamlı olduğu düşünülebilir.

Tablo 43. Tedavi Sürecinde Hangi Örgütlerle Çalışıldığı

Tedavi Sürecinde Hangi Örgütlerle Çalışıldığı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Herhangi Bir Örgütle Çalışma Yapılmamış	174	81,3	5	26,3	179	76,8
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü	23	10,7	11	57,9	34	14,6
Belediye	6	2,8	2	10,5	8	3,4
AMATEM, TRSM., Aile Danışmanlığı Merkezi	11	5,1	1	5,3	12	5,2
Toplam	**214**	**100**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 43'te, psikososyal destek ve krize müdahale sürecinde hangi örgütlerle çalışıldığına ilişkin dağılım görülmektedir. Tabloya göre başvuranlara müdahale sürecinde olguların çoğunluğunda (% 76,8) herhangi bir örgütle (kurum/kuruluş) çalışma yapılmamıştır. İntihar girişiminde bulunanları tedavi sürecinde ise sırasıyla Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM), Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM), Aile Danışmanlığı Merkezi ve Belediye ile işbirliğine gidilmiştir. Kriz nedeniyle başvuranlara müdahale sürecinde ise yine benzer olarak sırasıyla Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, belediye, AMATEM, TRSM, Aile Danışmanlığı Merkezi ile resmi iletişime geçilmiştir. Her iki grupta da benzer kuruluşlarla işbirliğe gidildiği görülmektedir.

Tablo 44. Uygulanan Tedavi ve Takip Planı

Uygulanan Takip Planı	GELİŞ NEDENİ				Toplam	
	İntihar Girişimi		Kriz			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Görüşmeler (Birden Fazla Görüşme)	8	3,7	4	21,1	12	5,2
Danışmanlık (Tek Görüşme)	142	66,4	6	31,6	148	63,5
Psikiyatri Polikliniğine Sevk	64	29,9	9	47,3	73	31,3
Toplam	**214**	**100,0**	**19**	**100,0**	**233**	**100**

Tablo 44'de, başvuranların yarıdan fazlasına (% 63,5) "danışmanlık (tek görüşme)" yapıldığı, % 31,3'nün "psikiyatri polikliniğine sevk" edildiği, % 5,2'si ile de "görüşmeler" (birden fazla görüşme) yapıldığı ifade edilmiştir. İntihar girişimi nedeniyle birime başvuranlarla "danışmanlık" (% 66,4) ilk sırayı alırken; kriz nedeniyle başvuranlarda ise "psikiyatri polikliniğine sevk" (% 47,3) ilk sırada yer almaktadır.

Daha öncede Tablo 42'de de değinildiği gibi, başvuranların büyük çoğunluğu ile tek görüşme yapıldığı görülmektedir. Oysaki bireyi intihar ya da kriz olgularında tek görüşmenin ve tek kişi ile görüşmenin yeterli olmayacağı açıktır.

BÖLÜM 4

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR

Araştırmada sonuçlar bulgulara benzer biçimde dört grupta ele alınmıştır.

4.1.1. BAŞVURANLARI TANITICI ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

Araştırmada Birime başvuranların büyük çoğunluğu (% 76,2) kadın, dörtte biri (% 25,8) erkektir. İntihar girişiminde bulunanlarda kadınlar yine büyük çoğunluktayken, kriz nedeniyle başvuranlarda her iki cinsiyetin birbirine yakın olduğu belirlenmiştir. İntihar girişiminde bulunanlarda 20-24 yaş grubu büyük çoğunluktayken, kriz nedeniyle başvuranlarda 35-39 ile 40-44 yaş aralığında ve birbiriyle aynı (% 15,8) orandadır.

Başvuranların yarıdan fazlası (% 54,1) ilkokul mezunudur. İntihar girişimi nedeniyle birime başvuranların % 30,8'i ev kadınıdır. Kriz nedeniyle başvuranların ise yarıya yakını (% 42,1) işsizdir.

Başvuranların yarıdan fazlası (% 51,9) bekar, beşte iki ise (% 39,1)'i ise evlidir. Bu bireylerin çoğunluğunun çocuğu olmamakla birlikte azımsanmayacak bir bölümünün bir ve birden fazla çocuğa sahip oldukları bulunmuştur.

Kriz ve intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların yaklaşık dörtte biri (% 24) sadece çocuklarının bakımından sorumludur. İntihar girişiminde bulunanların beşte ikisi anne-baba-kardeşiyle; kriz nedeniyle başvuranların ise dörtte biri (% 26,3) ise yalnız yaşamaktadır. Kriz ve intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların yarıdan fazlası (% 68,4) en uzun süre kentte yaşamıştır. İntihar girişimi nedeniyle birime başvuranların % 68,7'si 112 Acil Servis ambulansı aracılığıyla, kriz nedeniyle başvuranların ise % 42,1'inin kendisinin hastaneye geldiği belirlenmiştir.

Başvuranların neredeyse tamamının herhangi bir bedensel hastalığı yoktur. Yarıdan fazlası (% 68,2) daha önce tanı almamıştır. İntihar girişiminde bulunanlarda

“depresyon” ile “depresyon ve anksiyete bozukluğu” tanısı alanlar ikinci sırada yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda “depresyon” tanısı alanlar ikinci sıradadır.

Başvuranların dörtte birinin sigara kullandığı görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanlarda ikinci sırada sigara ve alkol kullananlar yer alırken, kriz nedeniyle başvuranlarda uyuşturucu ve alkol kullananların ikinci sıradadır.

Başvuranların yarıdan fazlası (% 69,5) anne-babası birlikte yaşamaktadır. Başvuranların yarısından fazlasının (% 60,9) ekonomik düzeyi “orta” seviyededir. İntihar girişiminde bulunanların yarıdan fazlasının ailesinin ekonomik durumu “orta” (% 64) düzeydedir. Kriz nedeniyle başvuranların ailesinin yarıdan çoğunun ekonomik durumu “düşük” (% 52,6) ‘tür.

Başvuranlarda “1-5 yıl” ve “21 yıl ve üzeri” evli olanlar aynı oranlarla (% 9,9) ilk sıradadır. İntihar girişiminde bulunanlarda uzun evlilik yılı dikkat çekicidir. İntihar girişiminde “21 yıl ve üzeri” (% 10,7), kriz nedeniyle başvuranlarda “11-15 yıl” (% 10,5) ve “16-20 yıl” (% 10,5) süreyle evli olanlar görülmektedir.

4.1.2. KRİZ VE İNTİHARA NEDEN OLAN PROBLEMLERE İLİŞKİN SONUÇLAR

Araştırma kapsamındaki bireylerin yarısından fazlasında (% 51,5) kriz ve intiharı tetikleyen etkenin süresi “6 aydan uzun”dur. Kriz ve intihara neden olan problem alanlarına bakıldığında, intihar girişiminde bulunanlarda “karşı cinsle sorunlar” % 21 oranıyla ilk sırada yer almaktadır. Bu bireylerin sırasıyla evlilik (%16,3), ruhsal hastalık (%15,6), aile (% 9,7), ekonomik (% 7,4) ve giderek düşük oranlarla diğer problem alanları nedeniyle intihar girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Kriz nedeniyle birime başvuranlarda ise “ruhsal hastalık” (% 20), yalnızlık (% 17,5), süreğen hastalık (%15), aynı oranlarla “aile” ve “ekonomik” (% 12,5), evsiz kalma (%10) ve giderek düşük oranlarla diğer problem alanları nedeniyle kriz durumunda bulundukları belirlenmiştir.

Birim sorumlusunun değerlendirmesinde yer alan intihara neden olan problem alanlarında ise “diğer intihar nedenleri” (% 25,1) çoğunluktadır. İntihar girişiminde

bulunanların %15'i "bilinçsiz ilaç kullanımı" nedeniyle intihar girişiminde bulunmuştur.

Bu bireylerin % 23,5'ü "dikkat çekme isteği", % 21,4'ü "psikolojik şiddete maruz kalma", % 12,9'u "ekonomik sorunlar yaşama", % 8,1'i "cezalandırma isteği", % 5,9'u "aldatılma durumu" ve % 3,2'si "fiziksel şiddete maruz kalma" nedeniyle intihar girişiminde bulunmuştur. Kriz nedeniyle başvuranların ise % 66,7'si "ekonomik şiddete maruz kalma", % 33,3'ü ise "psikolojik şiddete maruz kalma" nedeniyle kriz durumunda bulunmuştur.

4.1.3. İNTİHAR GİRİŞİMİ NEDENİYLE BAŞVURANLARIN İNTİHAR ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

İntihar girişiminde bulunanların büyük çoğunluğu "kendini zehirleme" yöntemiyle intihar girişiminde bulunmuştur. Bu bireylerin % 97,2'si ilaç ve toksit madde ile kendini zehirlemiştir. İlaç ve toksit madde ile kendini zehirleyen bireylerin 159'u kadın, 49'u ise erkektir. İntihar girişiminde bulunanların % 3,7'si kendine zarar verme yoluyla intihar girişiminde bulunmuştur. Kendine zarar veren bireylerin % 2,3'ü kesici aletle (bileklerini ve kollarını kesme), % 1,4'ü ise yüksekten atlayarak intihar girişiminde bulunmuştur.

İntihar girişiminde bulunanların büyük bir çoğunluğunun (% 93) ilk intihar girişimidir. Geçmişte intihar girişiminde bulunanların yarısı (% 50) son bir yıl içinde, diğer yarısı ise (% 50) bir yıldan önce intihar girişiminde bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunanların çoğunluğu (% 33,2) yaz mevsiminde girişimde bulunmuştur. Çoğunluğunun % 37,4'ünün günün ikinci yarısında (19.00-23.59 saatleri arasında) intihar girişiminde bulunduğu görülmektedir.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin yarısından fazlası (% 69,6) kasıtlı kendine zarar verme, % 15,4'ü ise çelişkili düşünceler içinde bir girişim niyetiyle intihar girişiminde bulunmuştur.

İntihar girişiminde bulunan bireylerin neredeyse tamamına yakını (% 95,3) intihar girişiminde bulunduktan sonra pişman olduklarını ifade etmişlerdir. İntihar girişiminde bulunan bireylerin neredeyse tamamı (% 99,1) ani bir kararla girşimde

bulunmuştur. Bireylerin çoğunluğunun son bir ya da iki saat içerisinde intihar girişimini düşünmeye başladığı, sadece ikisinin girişim öncesi plan yaptığı görülmektedir. İntihar girişiminde bulunanların yaşantıları incelendiğinde ise intihar eyleminde bulunmadan önceki bir ay içerisinde bireylerin bir veya birden fazla krizle (eşiyle tartışma, terk edilme, evden ayrılma, aile büyükleri tarafından baskı görme gibi) karşılaştıkları saptanmıştır.

4.1.4. BAŞVURANLARA YÖNELİK TEDAVİ YÖNTEMİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine tüm başvurularla ilgili görüşme kartları Birim sorumlusu olan tek kişi (sosyal hizmet uzmanıdır) tarafından doldurulmuştur.

Kriz ve intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların tamamına yakını (% 93,1) ile bir kez görüşme gerçekleştirilmiştir. Tedavide başvuranlarla (% 88) çalışıldığı, % 11,6'sı ile ise başvuran ve aileleriyle çalışıldığı görülmektedir.

Tedavi sürecinde birim sorumlusu yarıya yakın oranda (% 45,9) "havale mekanizmalarının kullanılması ve birden fazla görüşme yapılması-görüşme kartlarının doldurulması- psikososyal destek verme" şeklinde bir yol izlemiştir. % 41,6 ile "psikososyal destek verme-görüşme kartlarının doldurulması" ve % 12,4 ile ise "görüşme kartlarının doldurulması" bunu izlemektedir.

Kriz ve intihar girişimi nedeniyle birime başvuranların yarıdan fazlasına (% 63,5) "danışmanlık (tek görüşme)" yapıldığı, % 31,3'nün "psikiyatri polikliniğine sevk" edildiği, % 5,2'si ile de "görüşmeler" (birden fazla görüşme) yapıldığı belirlenmiştir. İntihar girişimi nedeniyle birime başvuranların % 66,4'üne danışmanlık, kriz nedeniyle başvuranların % 47,3'ü ise psikiyatri polikliniğine sevk edildiği belirlenmiştir.

Kriz ve intihar nedeniyle birime başvuranlara müdahale sürecinde birim sorumlusunun olguların çoğunluğunda (% 76,8) herhangi bir örgütle (kurumla/kuruluşla) çalışma yapmadığı görülmektedir.

Başvuranlarla tedavi sürecinde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, AMATEM, TRSM, Aile Danışmanlığı Merkezi ve Belediye ile işbirliğine gidildiği görülmektedir.

Özetle, araştırmada Birime başvuranlarla ilgili müdahale sürecinin çoğu zaman başvuranla yapılan bir görüşme, görüşme kartlarının doldurulması ve sonrasında başvuranı havale etme ile sınırlı olduğu söylenebilir. Bu görüşme sonucunda Birim Sorumlusunun başvuranların görüşme kartlarını doldurmakta, bazı başvuranlarla ilgili kartın sonunda yer alan bölüme ayrıntıya girmeden birkaç cümle ile değerlendirme yaptığı görülmektedir.

4.2. ÖNERİLER

4.2.1.Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Biriminin Örgütlenme ve İşleyişine Yönelik Öneriler

1. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimlerinin, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı yerine, "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Daire Başkanlığı" gibi ayrı bir daire başkanlığı oluşturulmalıdır. Çünkü var olan durumun iyileştirilmesi ve gelecekte iyileştirilmesine gerek duyulmayacak bir yapının kurulması için intiharı koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetlerin şube müdürlüğü yapısında değil, "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Daire Başkanlığı" gibi daire başkanlığı olarak yürütülmesi çalışmaların niceliğini ve niteliğini olumlu olarak etkileyecektir.

2. Psikososyal destek ve krize müdahalede Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim Sorumlusunun yapacağı mesleki çalışma büyük değer taşımaktadır. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından "Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı"n da belirtildiği gibi hastanelerde bu birimlerde çalışan birim sorumluları pratisyen hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri alanında yüksek lisans yapmış hemşire veya psikiyatrik klinik bilgiye sahip hemşirelerdir. İleride aynı görevi yerine getirecek kişilerin, krize müdahale ve intiharı önleme konusunda nitelikli bir eğitim alması önemlidir. Mevcut sistemdeki kriz ve

intiharı önleme eğitimleri, kadro değişikliği ve personel hareketliliğine bağlı olarak ihtiyaca göre yılda en az bir sefer yapılmakta ve bu eğitim zamanını İl Sağlık Müdürlüğü Koordinatörlüğü belirlemektedir.

Araştırmanın yapıldığı sürede araştırmacının gözlemlerinden hareketle; bu eğitimlerin personel sayısına göre günlere ayrıldığı, ancak her bir tedavi ekibinin sadece bir gün eğitim aldığı, bu eğitimlerde de Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi sorumlu hekimi ve bu ekipte çalışan diğer personellerin kendi mesleki bilgi, beceri ve isteğine kalmış şekilde vermiş olduğu eğitimlerden oluştuğu görülmektedir. Oysaki intihar ve kriz gibi önemli olguların önlenmesine yönelik, bu alanda yeterli eğitim almış, vizyonu geniş, çoklu düşünebilen bilgi, beceri ve değerlerine hakim olan kişilerin yetiştirilmesi için uzmanlaşmış bireylerin eğitim vermesi gereklidir. Yanı sıra, eğitim materyali kaynaklarının da daha verimli ve eğitici olması gerekmektedir. Ayrıca, bu eğitimlerin belli aralıklarla sürekli yenilenmesinin de kriz ve intihar girişimlerine müdahale sürecinin başarısı açısından önem arz etmektedir.

3. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri merkezlerinde, bilhassa acil servislerinde çalışan hekimlere, kriz ve intihar girişim vakalarına yaklaşım, psikiyatrik değerlendirme için ilgili bölüme yönlendirme ve multidisipliner yaklaşım konusunda eğitim verilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu birimlerde görev alacak olan "pratisyen hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri alanında yüksek lisans yapmış hemşire veya psikiyatrik klinik bilgiye sahip hemşireler"in de mezuniyet öncesinde kriz ve intihar girişim vakalarına yaklaşım ders içeriğinin lisans eğitimi içinde yer bulması sağlanmalıdır.

4. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birim sorumlusunun çalışma biçimi gündüz mesaisi şeklinde olmakta ve saat 17.00'da çalışma süresi tamamlanmaktadır. Oysaki araştırma bulgularında da görüldüğü gibi, vakaların önemli bir kısmı akşam saatlerinde (19.00-23.59) hastaneye gelmektedir. Başvuranın kabul ve ilk görüşmesini yapması beklenen Birim sorumlusu ile ilişki kurulamamaktadır. Hâlbuki intihar girişimi olgularında ilk saatler çok önemlidir. Kriz ve intihar girişiminde bulunanlar kadar yakın çevreleri ile iletişim de önemlidir. Türkiye'deki hastanelerde vardiyalı şekilde günün 24 saati hizmet veren psikososyal destek ve krize müdahale birimleri bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu birimde çalışan sağlık personelinin

çalışma biçimi sadece gündüz mesaisi şeklinde değil gece mesaisi şeklinde de düzenlenmelidir. Bu da nöbetli çalışma sistemini gerektirmektedir. Dolayısıyla psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ruh sağlığı hemşirelerinin sayısının artırılması zorunludur. Bu durum sadece Sakarya değil diğer Birimin yer aldığı iller için de düşünülmelidir.

5. Diğer alanlarda olduğu gibi, intiharı önleme çalışmalarında da ekip çalışması ve mesleki süpervizyonun gereği ortaya çıkmaktadır. Olguların farklı uzmanlık alanları tarafından ele alınarak değerlendirilmesinde ekip çalışması oldukça önemlidir. Dolayısıyla süpervizyon sisteminin bu birimlerde çalışan tüm ekibi kapsayacak içerik ve nitelikte kurulması önemlidir.

6. Araştırmada başvuranlarla görüşmelerin çoğunlukla birer kez ve başvuranla yapıldığı görülmektedir. İntihar ve kriz durularının çoklu faktörlere dayandığı düşünüldüğünde çözümün ve izlenecek tedavi yolunun da başvuranın çevresini ve ilgili kurumları da içermesi hayatidir. Bu bakımdan başvuranı çevresi ile ele alan bir yaklaşımın hayata geçirilmesinde, bu çalışmayı yürütecek ekip üyelerinin de varlığı önemlidir.

7. Araştırma sonuçları, kriz ve intihar girişiminde bulunanların aileleri ve sosyal sistemlerle sürdürdükleri ilişkilerin problemli olduğunu ve sosyal ilişki ağında ortaya çıkan problemlerin krize dönüşebildiğini göstermektedir. Bu noktada, bireylerin kişilerarası, ailesel ve çevresel ilişkilerden kaynaklanan krizleri intihar ve intihar girişimleri gibi davranışlara yönelmeden çözüme kavuşturmaları son derece önemlidir. Bu nedenle, bireylere intiharın bir eylemden çok bir iletişim biçimi olarak anlaşılması, bireyin ailesi ve çevresi ile iletişim kanallarının açık tutulması, aile içi iletişimin güçlendirilmesi, kişilerarası ilişkileri geliştirme ve daha gerçekçi problem çözme davranışının desteklenmesi gerekmektedir.

8. Kriz ve intihar girişiminde bulunan bireylere psikososyal destek ve müdahale sürecinde özellikle aile odaklı müdahale yöntemleri kullanılmalı, aile üyeleri ve birey arasında sağlıklı ve işlevsel iletişim kurulabilmesi ve ailelerin sosyal destek becerilerinin geliştirilebilmesi amacıyla bilgi verici ve destekleyici danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi, çeşitlendirimesi ve yaygınlaştırılması önemlidir.

9. Sağlık Bakanlığı'nın, Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı dâhilinde kurmuş olduğu bu birimlerin, yapı ve işleyişine yönelik olan kapsam ve hedeflerinin iyileştirilerek yasanın hazırlanması gerekmektedir. Bu birimlerin yasal temellendirilmesinin yapılması ile uygulamaların şekil ve usullerinin belirlenerek, kriz odasından sorumlu hekim olan psikiyatristin ve kriz odası birim sorumlusunun görev tanımları net ve bağlayıcı olması sağlanabilir. Birimlerin, uygulamasının ayrıntıları da bu yönetmelikle düzenlenmelidir. Zira mevcut programda belirtilmiş olan görev tanımlamalarında belirtilen sorumluluklar birim sorumlularının mesleki bilgi, beceri ve isteğine kalmış şekilde verilmektedir.

Bilindiği gibi, ülkemizde hemen her alanda en önemli sorun, istatistiklerin iyi bir biçimde tutulamamasıdır. İstatistiklerin daha sağlıklı tutulmasını sağlamak ve gelecek için sağlıklı veri bankası oluşturmak açısından Polis ve Jandarmadaki kayıtların aynı sistemle tutulması ve bu iki kurumun birbirleriyle bütünlük içerisinde çalışması gerekmektedir. Böylece, intihar alanında en önemli eksiklik olan doğru istatistikî ve sayısal bilgiler elde edilmiş olacaktır. Ancak yapılan tüm çalışmalarda, gizlilik ilkesi ve diğer etik kurallar unutulmamalıdır.

4.2.2.Görüşme Kartı ve İlgili Kayıtların Niteliğine Yönelik Öneriler

1. Mesleki çalışmaların yapılması kadar bu çalışmaların kaydedilmesi (belgelendirilmesi) de önem taşımaktadır. Psikososyal Destek ve Krize Müdahale sürecinde, olguların her biri, görüşme kartları yoluyla rapor edilmektedir. Bu raporlama, başvuranların bireyselleştirilmesi, değerlendirme ve müdahale sürecinin kayıt altına alınması, hizmetle ilgili hesap verebilirliğin sağlanması ve kayıtlar yoluyla başvuranlara ilişkin bilgi birikiminin sağlanması açısından önemlidir. Bu şekilde, başvuranların önceki, mevcut durumu ve nasıl bir çalışma yapılması gerektiğine ilişkin tam bir değerlendirme çerçevesi resmedilebilir. Kayıtlarla ilgili iki konu dikkate alınmalıdır:

Birincisi, kayıtların birim sorumlusu tarafından yeterli şekilde tutulmasıdır. Örneğin görüşmelerle ilgili süreç kayıtlarının dosyalanması yukarıda belirtilen kayıtlarla ilgili beklenen yarar açısından önemlidir. Süreç raporları dışında da yapılan her mesleki çalışmanın kayıt altında tutulması gerekir. Bu durum başvuranların bireyselleştirilmesi, havale edilmesi ve izlenmesi açısından önemlidir.

İkinci husus, görüşme kartlarına ilişkindir. Görüşme kartları daha önce aktarıldığı gibi iki bölümlüdür. Kartların, genellikle kapalı uçlu sorulardan oluşan ve standart verilerin alınmasına imkân sağlayan ilk bölümü; birim sorumlusunun yapacağı değerlendirmeleri ve yorumları almak amacıyla yer alan boş bir sayfayı içeren ikinci bölümü vardır.

İlk bölümdeki sorular hem biçim hem de içerik açısından tekrar düzenlenmelidir. Bir başka deyişle, soruların sırası ve sınıflandırılması verilerin sistemli düzenlenmesi açısıdan tekrar ele alınmalıdır. Bir başka durum, intihar ve kriz başvurusunun tek kartta ele alınıyor olmasıdır. Bir bakıma iç içe olan iki olguya ilişkin verileri, tek elde toplamak açısından yararlı görünüyor olsa da; iki ayrı grup verinin tek yerde toplanması karışıklık yaratmaktadır. Bu durum soruları yanıtlayan ve kriz veya intiharla başvurmuş bireyler için de anlamayı güçleştirebilir.

İlk bölümde daha önce de yinelenmiş olan başka bir sorun, bazı soruların birbiriyle iç içe olduğudur. Örneğin problem alanında verilen aile, aile içi şiddet ve iletişim sorunları değişkenlerini ele aldığımızda; "eşinden şiddet gördüğü için başvuruda bulunan bir kadın"la ilgili kartta, hangi seçeneğin (aile/aile içi şiddet/iletişim sorunları) işaretleneceği çelişkilidir. İşaretlenen seçenek, birim sorumlularının konuyu hangi açıdan ele aldığına, kendi açısından verileri nasıl sistematize etmek istediğine kadar değişkenlik gösterebilir. Böylece verilerin düzenli ve güvenilir biçimde kaydını doğrudan engelleyici, sübjektif yargılara açık bir yol izlenmiş olacaktır. Dolayısıyla görüşme kartlarını doldururken birim sorumlularının hangi seçeneği neden işaretleyeceğine dikkat etmesi ve görüşme kartlarını daha özenli doldurması gerekmektedir. Burada bir başka husus da, görüşme kartlarını dolduran birim sorumlularının, seçenekleri işaretlerken ya da değerlendirme yaparken aynı anlayışla bunu yapıyor olmalarıdır. Seçeneklere farklı anlam yükleme, aynı olguyu ya da durumu farklı seçeneklerde belirtme, kayıtların doğruluğunu önemli ölçüde riske atacaktır. Bu da görüşme kartlarının niteliği kadar, kartı doldurma sorumluluğuna sahip görevlilerin, eğitimiyle doğrudan ilgilidir.

İkinci bölüm, yani kapalı uçlu soruların sonunda yer alan ve birim sorumlusunun değerlendirmesi için ayrılmış boş sayfanın doldurulması, birim sorumlusunun isteğine, ilgisine, zamanına vb. bırakılmıştır. Oysaki bireyleri intihara sürükleyen sürecin başlangıcı, gelişme ve sonuç aşamalarına dair aydınlatıcı bir bilginin olması,

intihar girişimi olgularının sağlıklı değerlendirilmesinde ve başka hizmet önerilerinin sunulmasında büyük önem taşımaktadır. Mevcut sistemde kullanılan görüşme kartlarının, bireyi intihara sürükleyen problemlerin başlangıcı, gelişme ve sonuç aşamalarını içermediği ve birim sorumlusunun isteğine, ilgisine, zamanına vb. bırakıldığı görülmektedir. Bu durum doğrudan doğruya kayıtlardaki sorunların artarak sürmesine hizmet edecektir.

KAYNAKÇA

Acar, A. (2009). Acil Servise Gelen İntihar Vakalarının Sosyodemografik Açıdan İncelenmesi. Yayınlamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Aktaş, A. M. (2000). "Kriz Döneminde Sosyal Refah Hizmetleri ve Sosyal Hizmet Uygulamaları". Editörler: B.TUFAN, A. M. AKTAŞ ve V. DUYAN. Travma Tedavisi Uzman Eğitimi. Ankara: Aydınlar Matbaası.

Aktaş, A. M. (2002). "Kriz Durumlarında Sosyal Hizmet Müdahalesi". Editörler: G. ERKAN, F. DEMİRÖZ ve S.Ö. ÇETİN. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2001: Deprem ve Sosyal Hizmetler, Ankara.

Alptekin, K. (2008). Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin İncelenmesi Bir Model Önerisi. Yayınlanmış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.

Alptekin, K. ve Duyan, V. (2009). İntihar ve İntiharı Önleme. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.

Alptekin, K., Duyan, V. ve Demirel, S. (2006). "Adıyaman'da İntihar Girişimleri." Kriz Dergisi, 7, 150-156.

Altındağ, A., Özdemir, B. ve Yanık, M. (2005). "Şanlıurfa'da Ateşli Silahla İntiharlar." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 240-244.

Appleby, L (1992). "Suicide in Psychiatric Patients: Risk and Prevention." The British Journal of Psychiatry, 161:749-758.

Asnis, G.M ve ark. (1993). Suicidal Behaviors in Adult Psychiatric Outpatients: Description and Prevalance, The American Journal of Psychiatry, 150 (1): 108-112.

Asoğlu, M. (2007). Şanlıurfa'da İntihar Girişimlerinin İlişkili Olduğu Risk Faktörleri. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanlığı Psikiyatri Anabilim Dalı, Şanlıurfa.

Aşılıoğlu, N.,Uzunhasanoğlu, E., Baysal, K. ve Akbaş, S. (2009). "İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, 17(2), 1-11.

Ateşci, F.Ç., Kuloğlu, M., Tezcan, E. ve Yıldız, M. (2002). "İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları." Klinik Psikiyatri, 5, 22-27.

Atak, H. ve Çok, F. (2010). "İnsan Yaşamında Yeni Bir Dönem: Beliren Yetişkinlik." Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 17 (1). 39-50.

Atlı, Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (ioö)'nin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Aydın.

Aysev, A.(1992). "İntihar Girişimi Olan Çocuklarda Yaşam Olayları." Kriz Dergisi, 1(1), 17-21.

Aydemir, Ç.(1999). "Türkiye'de Yaşlı İntiharları." Kriz Dergisi, 7(1), 21-25.

Aziz, A.(2008). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri. Dördüncü Baskı. Ankara.

Azizoğlu, S. ve Hovardaoğlu, S. (1995). "Krize Müdahale Merkezine Başvuran ve Başvurmayan Bireylerin Yaşam Olaylarının Karşılaştırılması." Kriz Dergisi, (3), 1-3, 232-236.

Bağlı, M. (2004). "Batman İntiharları Bağlamında Özgürlüğün ve Geleneksel Toplumsal Yapının Kentsel Kurgusu." Kriz Dergisi, 12(1), 21-40.

Bailey, D.K. (1987). Methods of the Social Research. Third Edition. London: Collier Macmillan Publishers.

Batıgün, D.A. (1999). "Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni ve Alkol/Madde Bağımlılığında İntihar." Türk Psikoloji Yazıları, 2(4), 43-72.

Batıgün, D.A.(2008). "İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Yalnızlık ve Umutsuzluk Açısından Bir İnceleme." Türk Psikoloji Dergisi, 23(62), 65-75.

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. (2008). Çocuk Programları ve Bu Programlarda Kullanılan Yayınlanan Reklamların İçerik Analizi Araştırması. İstanbul, 13.10.2014'te web alınmıştır, web üzerinde www.ailevetoplum.gov.tr/files/rapor_tum1.pdf.

Bekaroğlu, M., Bilici, M., Hocaoğlu, Ç., Gürpınar, S. ve Uluutku, N. (2000). "Trabzon'da 1995 Yılı İntihar Girişimi İnsidansı." Türk Psikiyatri Dergisi, 11(2), 95-102.

Berksun, O.E., Oral, A., Ergin, G.N., Azizoğlu, S. (1993). "Krize Müdahale ve Yas: Olgu Sunusu" Kriz Dergisi, 1,2, 45-50.

Bertan M, Güler Ç. (1995). Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Güneş Kitabevi; Ankara, 1995.

Bertolote, J.M. ve Fleischmann, A.(2002). "A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide." Suicidologi, 7(2), 6-8.

Bertolote, J.M., Fleischmann, A.,Butchart, A. ve Besbelli, N.(2006). "Suicide, Suicide Attempts and Pesticides: A Major Hidden Public Health Problem. Bulletin of the World Health Organization." 84(4), 260-261.

Bilgin, N.(2006). Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi, Teknikler ve Örnek Çalışmalar. Ankara.

Burnard, P. (1989). Counselling Skills for Health Professionals, London, Chapman and Hall Ltd.

Bursztein Lipsicas,C. ve Henrik Makinen, I. (2010). "Immigration and Suicidality in the Young." The Canadian Journal of Psychiatry, 55(5), 274-278.

Brammer, L. and MacDonald, G. (1999). The Helping Relationship. Seventh Edition, United States of America, Allyn&Bacon.

Brent, D.A., Bridge, J., Johnson, B.A. ve arkadaşları. (1996). "Suicidal Behavior Runs in Families. A Controlled Family Study of Adolescent Suicide Victims." Archives of General Psychiatry, 53,1145–1152

Brodsky, B.S, Malone. K.M, Ellis, S.P, Dulit, R.A. ve Mann, J.J. (1997). "Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Sucidal Behavior." The American Journal of Psychiatry, 154, 1715-1719.

Burrows, S., Auger, N., Gamache, P. ve arkadaşları, (2011). "Influence of Social and Material Individual and Area Deprivation on Suicide Mortality Among 2.7 Million Canadians: A Prospective Study." BioMed Central Public Health,11, 577.

Buz, S. (2001). "Krize Müdahale Yaklaşımı ve Sosyal Hizmet." İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet. Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu, Yayın No: 009, Ankara.

Büyükkaya, E., Alacan, Y. ve Soylu B. (2004). Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı, 3. 21.05.2014'de alınmıştır, web üzerinde http://www.muglasm.gov.tr:4815/subeler/ruhsag/krize_mudahale_program.pdf

Bille-Brahe, U. B. (2001). "The Epidemiology of Suicide Suicide Attempts in Europe." Kriz Dergisi, 9 (1), 19-32.

Calles, J.(2007). "Suicide in Children and Adolescents." Prim Care. Clinics in Office Practice, 34 (2), 259-273.

Campbell, JC ve Lendowskı LA. (1997). "Mental and Psysical Healt Effects of Intimate Partner Violence on Women and Children." Anger, Aggresion and Violence. 20 (2): 353-374.

Canat, S. (2008). "Özel Gruplarda İntihar: Ergenlerde İntihar Davranışı." Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics,1(3), 31-33.

Canat, S., Uçan, ,Ö., ve Yazar, H. (2009). "Kriz Yaşantısı Olarak Ergenlik Dönemi ve Ergenlik Döneminde Kriz Yaşantısı." Kriz Dergisi**.** 17, 3, 1-8.

Canetto, S.S.ve Lester, D. (1995). "Suisidal Kadınlar: Önleme ve Müdahale Stratejileri." B.Öncü (Çeviren ve Özetleyen), Kriz Dergisi, 6(1), 45-53.

Caplan, G. (1961). An Approach To Community Mental Health. New York: Grune& Stratton.

Caplan, G. (1964). "Principles of Preventive Psychiatry." London, Tavistock Aktaran Sayıl, I., Berksun, O., Palabıyıkoğlu, R., Devrimci Özgüven, H., Soykan, Ç. Ve Haran, S. (2000). Kriz ve Krize Müdahale, Ankara, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No:2.

Cacciatore, J.,Carlson, B., Michaelis, E., Klimek, B. ve Steffan, S. (2011). Crisis Intervention by Social Workers in Fire Departments: An Innovative Role for Social Workers., SocialWork, Volume 56, Number 1, January, 81-87.

Ceyhun, B., Ergin, G. ve Duran, A. (1993). "Krize Müdahale Merkezine Başvurularda Yaşam Olaylarının Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, Sayı: 2, Cilt: 1, 151-155.

Ceyhun, A.G. ve Ceyhun, B. (2003). "Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Olasılığının Değerlendirilmesi." Klinik Psikiyatri Dergisi, 6(1), 217-224.

Clifton, G.L., Kreutzer, J.S., Choi, S.C.,Devany, C.W, Eisenberg, H.M, Foulkes, M.A., Jane, J.A., ve diğerleri (1993*).* Relationship Between Glasgow Outcome Scale and Neuropsychological Measures After Brain Injury Neurosurgery. 33(1), 34-39.

Chang, S.S.,Sterne, J.A., Huang, W.C. ve diğerleri. (2010). Association of Secular Trends in Unemployment with Suicide in Taiwan, 1959-2007: A Time-Series Analysis. Public Health, 124,49–54.

Coker, A.L., Smith P.H., Bethea, L., King, M.R ve McKeown, R.E.(2000). "Physical Health Consequences of Physical and Psychological Partner Violence." Archives of Family Medicine, 9, 451- 457.

Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. ve Pickles, A.(2004). "Time Trends in Adolescent Mental Health." Journal of Child Psychology and Psychatry, 45, 1350-1362.

Çakır Parmaksızoğlu, A. (2011). Aile İçi Şiddet Mağduru Olup Boşanma Sürecinde Bulunan Kadınlarda Travma Sonrası Stres Belirtileri ve İlişkili Özellikler. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Çayköylü, A., Coskun, D., Kırkpınar, D., Özer, H. (1997). "Özkıyım Girisiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler ve Tanı Dağılımı." Kriz Dergisi. 5: 37-42.

Çuhadaroğlu, F. ve Sonuvar, B. (1993). "Adolesan İntiharları ve Kendilik İmgesi." Türk Psikiyatri Dergisi. 4(1), 29-38.

Çuhadaroğlu, F. ve Sonuvar, B. (1992). "Adolesanlarda Depresyon." NöroPsikiyatri Arşivi. 29(3), 145-150.

Davis, T.(2004). Counseling Sucidal Children. In D.Capuzzi (Ed.), Suicide Across the Life Span: Implications for Counselors (pp.211-234). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Demirel Özsoy S. ve Eşel, E. (2003). "İntihar (Özkıyım)." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4(3), 175-185.

Demiröz, F. (2003). "Ailede Krizler ve Sosyal Hizmet." Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, Cilt 14, Sayı 1, Nisan.

Deveci, A., Taşkın, E.O., Erbay Dündar, P.,Demet, M.M., Kaya, E., Özmen, E. ve diğerleri. (2005-a) "Manisa İli Kent Merkezinde İntihar Düşüncesi ve Girişimi Yaygınlığı." Türk Psikiyatri Dergisi, 16(3): 170-178.

Deveci, A., Aydemir, Ö. ve Mızrak, S.(2005-b). "İntihar Girişiminde Bulunanlarda Sosyodemografik Özellikler Stres Etmenleri ve Ruhsal Bozukluklar." Kriz Dergisi, 13(1), 1-9.

Devrimci Özgüven, H. ve Sayıl, I. (1999). "Ankara Üniversitesi Kriz Merkezi'ne Bir Yıl Süresince Başvuran Yeni Vakaların Sorun Alanları ve Tanılarına Göre Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, 7, 1, 7-13.

Devrimci Özgüven, H.(2003). "İntihar Girişimlerinde Krize Müdahale." Kriz Dergisi, 11(1), 25-34.

Devrimci Özgüven, H.(2008). "İntihar Davranışı Riskinin Değerlendirilmesi." Türkiye Klinikleri, 1(3), 8-14.

Dieserud G, Roysamb E, Ekeberg O, Kraft P.(2001). "Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A Cognitive Psychological Approach. Suicide and Life Threatening Behavior", The American Association of Suicidology, 31(2): 153-168.

Dhossche, DM, Meloukheia, AM, Chakravorty, S. (2000), "The Association of Suicide Attempts and Comorbid Depression and Substance Abuse in Psychiatric Consultation Patients." General Hospital Psychiatry, 22(4):281-288.

Durak, A. ve Palabıyıkoğlu.(1994). "Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması" Türk Psikoloji Dergisi. 9, 1-11

Duru, G. ve Özdemir, L. (2009). "Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygulamalar." Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 34-41.

Duyan, V. (2003). "Sosyal Hizmetin İşlev ve Rolleri." Toplum ve Sosyal Hizmet, 14(2), 1-22.

Duyan, V.(2010). "Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri." Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi, Yayın No: 016.

Dilbaz, N.ve Aytekin, Y. (2003) "Alkol Bağımlılarında İntihar Düşüncesi, Davranışı ve Niyeti," Bağımlılık Dergisi, 4,1-9.

Dilbaz, N., Şengül, C.B., Çetin. M.K., Şengül, C., Okay, T., Yurtkulu, F. ve diğerleri. (2005). "Genel Bir Hastanede İntihar Girişimlerinin Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, 13(2), 1-10.

Duru, G. ve Özdemir, L. (2009). "Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygulamalar." Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 34-41.

Eker, E.ve Noyan, A.(2004). "Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi." Klinik Psikiyatri, 2: 75-83.

Ekici, G.,Savaş, H.A. ve Çıtak, S. (2001). "İntihar Riskini Arttıran Psikososyal Etmenler, (Sosyal Güvence Yokluğu, Göç ve Diğer Stresörler)." Anadolu Psikiyatri Dergisi,2(4), 204-212.

Erbay, E. (2004). "Sosyal Hizmette Kriz Müdahalesi". Toplum ve Sosyal Hizmet. 15(1), 85-94.

Ertan T, Eker E, Erdinçler SD. (1998). Depression In The Elderly Population Admitted To A Geriatric Medicine Outpatient Unit. International Psychogeriatric Association ve Türk Psikogeriatri Derneği Ortak Toplantısı; 21–23 Mayıs; İstanbul.

Eskin M (1996) "Cross-Cultural Gender Differences In The Psychosocial Correlates Of Current Adolescent Suicidal İdeation." Journal of Gender, Culture, and Health, 1: 189-205.

Eskin, M.(2000). "Ergen Ruh Sağlığı Sorunları ve İntihar Davranışı İlişkileri." Klinik Psikiyatri Dergisi.3, 228-234.

Eskin, M. (2003). İntihar: Açıklama, Değerlendirme, Tedavi, Önleme. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H.ve Dereboy, Ç. (2008). "Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler." Türk Psikiyatri Dergisi, 19(4), 382-389.

Fairbairn, G.L.(1995).Contemplating Suicide: the Language and Ethics of Self-Harm. London: Routledge.

Fidaner, C. ve Fidaner, H. (1994) "Türkiye'de Yaşlı İntiharları Epidemiyolojisi." Türk Psikiyatri Dergisi 5(1), 69-72.

Fidaner, C. ve Fidaner, H. (1992) "Dünya'da Yaşlı İntiharları Epidemiyolojisi." Kriz Dergisi,1(1), 22-25.

Flannery, R.B. ve Everly, G.S. (2000). Crisis İntervention: A Review, International Journal of Emergency Mental Health, 2 (2), 119-125.

France, K. (2007). Crisis Intervention, A Handbook of Immediate, Person to- Person Help. Fifth Edition.

Frengly, R.W., Weller, J.M., Torrie, J.ve diğ.,(2011). "The Effect Of A Simulation-Based Training İntervention On The Performance Of Established Critical Care Unit Teams" Critical Care Medicine, Vol. 39, No. 12, 2605-2611.

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. ve ark. (1996). Suicide and Deliberate Self-harm. Oxford Textbook of Psychiatry, London: Oxford University Press.

Gilliland, B.E. ve James, R.K (1997). Crisis Intervention Strategies. Scarborough: Brooks/Cole Publishing Company.

Gilliland, B.E. ve James, R.K (2012). Crisis Intervention Strategies, Brooks/Cole Cengage Learning.

Golan, N. (1978). Treatment In Crisis Situations, The Free Press.

Günay, Y., Yenilmez, Ç., Seber, G. ve Kaptanoğlu, C. (2001) "Eskişehir İlinde 1997-1999 Yılları Arasındaki İntihar Olgularının Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, 9(2), 1-10.

Güney, M. (1997). "Krize Müdahalede Etik." Kriz Dergisi, 5, 1, 65–69.

Gündoğar, D.(2006). "İntihar Riskinin Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, 14(3), 27-36.

Greene, D.B.(1994).”Childhood Suicide and Myths Surrounding it.” Social Work, 39(2), 230-232.

Greenstone, J. L. ve Leviton, S. C. (1993). Elements of Crisis Intervention: Crises and How To Respond To Them. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Hale, M., Jacobson, J., Carson, R. (1990). “A Database Review in C-L Psychiatry: Characteristics of Hospitalized Suicide Attempters.” Psychosomatics, 31 (3): 282- 286.

Haley, M.(2004). Risk and protective factors. D. Capuzzi (Ed.), Suicide Across The Life Span: Implications For Counselors (pp.95-138). Alexandria, VA: American Counseling.

Haran, S., Berksun, O.E., Sayıl, I. (1995). “Acil Servis Kriz Odası Uygulamaları.” Kriz Dergisi, 3, 1–2, 114–117.

Heikkinen, M., Aro, H. ve Lönnqvist, J.(1993). “Life Events and Social Support in Suicide.” Suicide And Life-Theratening Behavior, The American Association for Sucidology, 23 (4), 343-358.

Heikkinen, M.E., Lonnqvist, J.K.,(1995). “Recent Life Events in Elderly Suicide: A Nationwide Study in Finland.” International Psychogeriatrics, 7,287–300.

Hocaoğlu, Ç., Ükinç, K., Tanrıöver Kandil, S., Ersöz, H.Ö, ve Sayar, M.K.(2001). “Bir Ergenin İntihar Girişimi.” Anadolu Psikiyatri Dergisi 2(4), 236-242.

Hawton, K.(1986). Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents. Sage Publications.

Hawton, K.(1987). Assessment of Suicide Risk. The British Journal of Psychiatry, 150, 145-153.

Hawton, K. ve Catalan, J.(1994). Attempted Suicide: A Practical Guide to its Nature and Management., (Çev. B. Ceyhun), İntihar Girişimi. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Joe, S. (2006). Implications of National Suicide Trends for Social Work Practice With Black Youth. Child and Adolescent Social Work Journal, 23(4), 458-471.

Kanel, K. (2003). A Guide to Crisis İntervention (2nd ed.). Fullerton, CA: Brooks/Cole.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J (1998). Synopsis of Psychiatry, 8.Baskı., Giza, Egypt, Mass Publishing Company, s.588.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J (1994). Synopsis of Psychiatry, Giza, Egypt, Mass Publishing Company.

Karaman, L., Derinöz, O., Kılıçaslan, F.B., Keleş, A. ve Demircan, A. (2010). "Can Sıkıcı Üçleme: İntihar, Ergenlik Dönemi, İlaçlar." Kriz Dergisi, 18(2), 19-25.

Karataş, K., (1996). "Genç İşsizliği, Ekonomik Toplumsal ve Ruhsal Sonuçları". Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Genel Merkezi, No:2, Ankara.

Keitner, G., Miller, I., Fruzetti, A., Epstein N., Bishop, D., Norman, W. (1987). "Family Functioning and Suicidal Behavior in Psychiatric Inpatients with Majör Depression." Psychiatry, 50, 242-255.

Kekeç, Z., Yıldırım, C., İkizceli, İ. ve arkadaşları (2000). "Özkıyım Girişimi Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalarda Hazırlayıcı Etkenler." Anadolu Psikiyatri Dergisi. 1.157-161.

Kerimoğlu, E. ve Özalp Kartal, O. (2008). "Özel Gruplarda İntihar: Çocukluk İntiharları." Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 1(3), 28-30.

Kızıl ÖT, Yarpuz YA, Ekinci S, Sorgun M, Turan DE. (2007). "Bir Geropsikiyatri Polikliniğine Başvuran Depresyonlu Yaşlılarda İntihar Davranışının İncelenmesi." Turkish Journal of Geriatrics; 10(2): 57-60.

Kim, C.D., Seguin, M., Therrien, N. ve arkadaşları. (2005). "Familial Aggregation of Suicidal Behavior: A Family Study of Male Suicide Completers From The General Population." The American Journal of Psychiatry, 162, 1017-1019.

Koçal, N., Coşar, B.,Candan Sayar, S., Arıkan, Z. ve Işık, E. (1994). "Yatan Psikiyatrik Hastalardan İntihar Girişimi Olanlarda Demografik Özellikler ve Psikiyatrik Bozuklukların Retrospektif Araştırılması." Kriz Dergisi. 2(2), 327-330.

Kokkevi, A., Politikou, K., Stefanis, C. (1997). "The Relationship of Suicide Attempts to Licit And Ilicit Drug Use." A.J., Botsis, C.R. Soldators, C.N., Stefanis (Ed), Suicide: Biopsychosocial Approaches, Amsterdam, Elsevier, 55-63.

Korkut, F. (2004). Okul Temelli Önleyici Rehberlik ve Psikolojik Danışma. Ankara: Anı Yayıncılık.

Köknel Ö: Genel ve Klinik Psikiyatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989.

Kurtuluş, Y.İ,(2009). Kriz Yönetiminde Liderlik ve Liderlik Özelliklerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.

Lester, D. (1997). Making Sense of Suicide: An In-Depth Look At Why People Kill Themselves. The Charles Press, Publishers Phila Delphia.

Lester D. (1972). Why People Kill Themselves? USA, Charles C. Thomas.

Lester, D. ve Lindsley, LK. (1988). "Inward and Outward Irritabilitiy in the Suicidally Inclined." Journal of General Psychology, 115(1), 37-39.

Lewis, S. ve Roberts, A. R. (2001). "Crisis Assessment Tools: The Good, the Bad and the Available." Brief Treatment and Crisis Intervention, 1, 17–28.

Lin, C.J., Lu, H.C., Sun, F.J. ve arkadaşları. (2014). "The Characteristics, Management, And Aftercare Of Patients With Suicide Attempts Who Attended The Emergency Department Of A General Hospital İn Northern Taiwan." Journal of the Chinese Medical Association,77, 317-324.

Lizardi, D., Sher, L., Sullivan. GM., Stanley, B., Burke. A. ve Oquendo, MA. (2009). "Association Between Familial Suicidal Behavior and Frequency of Attempts

Among Depressed Suicide Attempters." Acta Psychiatrica Scandinavica, 119(5), 406-10.

Martin, W. (2005). An Efficacy Study of a Youth Mobile Crisis Intervention Program. Ohio: Union Isnstitute and University Cincinnati.

Meltem Atay, İ. ve Gündoğar, D. "İntihar Davranışında Risk Faktörleri Bir Gözden Geçirme." Kriz Dergisi, 12(3), 39-52.

Mete Otlu, B. (2011).Okul Psikolojik Danışmanlarının Krize Müdahalede Kullandıkları Başaçıkma Stratejilerinin İncelenmesi: İzmir İl Örneği. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Programı, İzmir.

Mırsal, H., Pektaş,Ö., Kalyoncu, A., Mırsal, N.,Beyazyürek, M. (2001). "Alkol bağımlılığında intihar davranışının araştırılması." Bağımlılık Dergisi, 2(1): 21-24.

Murphy, M.L. (2004). Crisis Intervention Training for Students in School Counselor Preparation Programs. Florida: University of Florida.

Myer, R. A. ve Moore, H. B. (2006). "Crisis in Context Theory: An Ecological Model." Journal of Counseling & Development, 84, 139–147.

Neuman, L.W. (1997). "Social Research Methods Qualitative Approaches." Third Edition. Sage Publications.

Nichel MK, Simek M, Lojewski N, Muehlbacher M, Fartacek R, Ketler C, et.al. (2006). "Familial And Sociopsychopathological Risk Factors For Suicide Attempt in Bulimic and in Depressed Women: Prospective Study." International Journal of Eating Disorders. 5: 7-9.

Nickerson, A. B. ve Zhe, E. J. (2004). "Crisis Prevention and Intervention: A Survey of School Psychologists." Psychology in The Schools, 41, 777–788.

Nojomi, M., Malakouti,S.K, Bolhari, J.ve Poshtmashhadi, M.(2007). A Predictor Model for Suicide Attempt: Evidence From A Population-Based Study. Archives of Iranian Medicine, October, 10(4), 452-458.

Norström, T. (1995). "The Impact of Alcohol, Divorce and Unemployment on Suicide: A Multilevel Analysis. Oxford Journals, Social Sciences, Social Forces." 74 (1): 293-314.

Ozankaya, Ö. (2002). İntihar (Emile Durkheim).Cem Yayın Evi, 1.Basım, Kasım, İstanbul.

Odağ, C. (2002). İntihar: Tanım-Kuram-Sağaltım. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:3. İkinci Baskı.

Okutan, N.(2007). Kadına Yönelik Aile içi Şiddet- Van'da Kadınların Şiddet Deneyimleri, Şiddeti Doğuran Koşullar ve Baş etme Biçimleri, Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Van.

Oral, G. (1997) İntihar ve Adli Bilimler. Yeni Symposium, 35 (2-3) : 46-57.

Oral, E.A., Binici, S.A., Büyükçelik, D., ve Yazar, H.Ö. (1997). "Kriz Olgularında Aile İçinde Yaşanan Şiddet." Kriz Dergisi,5, 2, 115–121.

Oral, E.A. (1998). "Psikososyal Boyutları ile Bazı Kriz Olguları." Kriz Dergisi, 6, 2,17-21.

Or, P. (2003). Possible Risk Factors for Suicide: Depression, Anxiety, Positive andNegative Affect, Academic Achievement, Problem Solving Skills and FamilyRelations. Unpublished Master Thesis, The Graduate School of Social Sciencesof METU, Ankara.

Oktik, N. (2005). Muğla'da İntihar ve İntihar Girişimleri: Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar ve Önleme Çalışmaları. Muğla Üniversitesi Yayınları.

Oyefeso, A., Ghodse, H., Clancy, C. ve ark. (1999). "Suicide Among Drug Addicts in The UK. The British Journal of Psychiatry." 175: 277-282.

Önen Sertöz, Ö., Noyan, M.A., Sertöz, N. ve Elbi, H. (2010). "İntihar Davranışı Öngörülebilir mi? Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine İntihar Girişimiyle Başvuran Hastaların Altı Aylık İzlem Sonuçları." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10, 1-8.

Özateş, Ö.S, (2009). "Bir Sosyal Hizmet Müdahalesi Olarak Aile İçi Şiddet Mağduru Kadın Sorununda Feminist Etik Yaklaşım." Toplum ve Sosyal Hizmet, Cilt: 20, Sayı:2, Ekim.

Özdemir, U.(2000). Türkiye'de Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Ankara: Aydınlar Matbaası.

Özden, A. (1993). "Krize Müdahalenin Psikiyatrideki Yeri." Kriz Dergisi, 1, 3, 158–165.

Özen, Ş., Güloğlu, C. (2003). "İlaçla Özkıyım Girişiminde Bulunan Ergen ve Gençlerde Depresif Belirti Farklılıkları." Anadolu Psikiyatri Dergisi. 4: 159-166.

Özen, Ş., Oto, R., Tıraşcı, Y. ve arkadaşları. (2002) "Çocuklarda Suç Davranışları, Farik-Mümeyyizlik ve Sosyodemografik Özellikler." Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 10(2): 155-164.

Özgüven, H.D. (2008). "İntihar Davranışının Epidemiyolojisi." Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, Cilt: 1,Sayı 3, 1-7.

Palabıyıkoğlu, R. (1992). "Krize Müdahale Merkezi Çalışmalarının Bir Yıllık Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, Sayı: 1, Cilt: 1, 13-16.

Palabıyıkoğlu, R. (1993). "İntihar Davranışında Ailenin Rolü ve Önemi." Kriz Dergisi, 1(2), 62-68.

Palabıyıkoğlu, R., Azizoğlu, S., Özayar, H. ve Ercan, A. (1993). "İntihar Girişimlerinde Bulunanların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi." Kriz Dergisi, 1(2), 69-75.

Palabıyıkoğlu, R. (1994). "İntihar Davranışı ve Kitle İletişim Araçları." Kriz Dergisi 2(2), 277-284."

Palabıyıkoğlu, R., Berksun, O., Güney, S., Yazar, H.ve Duran, A. (1995). "Krize Müdahale Merkezi'ne Başvuranların Değerlendirilmesi: Demografik Özellikler, Sorun Alanları, Yaklaşım." Kriz Dergisi, 3, 1-2, 118-123.

Pagura J, Cox BJ, Sareen J. ve Enns MW. (2008). Factors Associated With Multiple Versus Single Episode Suicide Attempts in The 1990-1992 and 2001-2003. United States National Comorbidity Surveys. The Journal of Nervous and Mental Disease, 196:806-813.

Penterman, B. ve Nijman, H. (2011). "Assessing Aggression Risks in Patients of the Ambulatory Mental Health Crisis Team." Community Mental Health Journal., 47:463–471.

Pitcher, G. ve Poland, S. (1992). Crisis İntervention in the Schools. New York: Guilford Press.

Polatöz, Ö., Kuğu, N., Doğan, O. ve Akyüz, G.(2011). "Sivas İl Merkezinde İntihar Davranışının Yaygınlığı ve Bazı Sosyo-Demografik Faktörlerle İlişkisi." Düşünen adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24, 13-23.

Poland, S., Pitcher, G. ve Lazarus, P. J. (1995). "Best Practices in Crisis Intervention**."** In Thomas & J. Grimes (Eds.), Best Practices in School Psychology (vol. 3, pp. 445–458). Washington, DC: National Association of School Psychologists.

Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V. ve diğerleri. (2008). "Suicide in Elderly: A Psychological Autopsy Study in a North Italy Area 1994-2004." American Journal of Geriatric Psychiatry, 16, 727-735.

Puig, M.E. ve Glynn., J.B. (2003) "Disaster Responders: A Cross-Culturel Approach to Recovery and Relief Work." Journal of Social Service Research, 30:2, 55-66.

Rapoport, L. (1965). The State of Crisis: Some Theoretical Considerations. In h. J. Parad (ed). Crisis Intervention: Selected Readings. New york Family Service Association of America.

Rettersol, N.(1993). Suicide, A European Perspective. Cambridge Unıversity Press.

Rickgarn, R. (1994). Perspectives on College Student Suicide. Baywood Publishing Company, Inc., Amıtyvılle, Newyork.

Roberts, A.R. (2000). Crises Intervention Handbook; Assesment, Treatment and Research., Oxford Unıversity Press, Second Edition.

Rossow, I. (1994). "Suicide Among Drug Addicts in Norway." Addiction., 89: 1667-1673.

Roy, A., Segal, NL.ve Sarchiapone, M. (1995). "Attempted Suicide Among Living Co-Twins of Twin Suicide Victims." The American Journal of Psychiatry, 152.

Roy, A., (1985) "Family Hıstory of Suicide in Affective Dısorder Patıents." Journal of Clınıcal Psychıatry, 46, 317-319.

Roy, A.(2000). Psychiatric Emergencies. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition, Benjamin J Sadock, Virginia A Sadock (eds), Lippincott Williams and Wilkins, Washington, 2031-2040.

Sayar, K., Kose, S., Acar, B., Ak, I. ve Reeves, R.A. (2004). "Predictors of Suicidal Behavior in a Sample of Turkish Suicide Attempters." Death Studies. 28(2), 137-150.

Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. 29. Psikiyatrik Aciller. Kaplan&Sadock's Compherensive Textbook of Psychıatry. H.Aydın ve A.Bozkurt (Çev.), 8.Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd.Şti.

Sağınç, H., Kuğu, N.,Akyüz, G., Doğan, O. (2000). "Yatarak Tedavi Gören Hastalarda İntihar Öyküsünün Araştırılması." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(2), 83-88.

Samuk, F., İlkay, E., Beyazyürek, M. (1982). "Çeşitli Yaş Gruplarında İntihar Teşebbüsü, Nispeti ve Seçilen Vasıtalar." Yeni Symposium, 20(1): 21.

Sayıl, I. (1992). "Olağanüstü Koşullarda Krize Müdahalenin Yeri ve Önemi." Kriz Dergisi, 1, 1, 4–7.

Sayıl, I. (2000). Kriz ve Krize Müdahale. (Birinci Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları.

Sayıl, I.(2008). Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, İntiharı Önleme Derneği, Ankara.

Sayıl, I. ve Özgüven, H.D.(2002). "Suicide and Suicide Attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour." Crisis, 23(1), 11-16.

Sayıl, I., Berksun, O., Palabıyıkoğlu, R., Devrimci Özgüven, Soykan, Ç. ve Haran, S. (2000). Kriz ve Krize Müdahale. Ankara, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No: 6.

Sayıl, I.(1994). "Türkiye'de İntihar Sorunu." Kriz Dergisi, 2(2), 293-298.

Sayıl, I., Oral, A., Güney, S., Ayhan, N.,Ayhan, Ö. ve Devrimci,H. (1993). "Ankara'da İntihar Girişimleri Üzerine Bir Çalışma." Kriz Dergisi, 1(2), 56-61.

Sayıl, I., Palabıyıkoğlu, O., Berksun, OE. ve arkadaşları (1996) "Ankara'daki İntihar Girişimleri Üzerine Retrospektıf Bir Çalışma." XXXII Ulusal Psikiyatrı Kongresi 25-28 Eylül. GATA-Ankara.

Schneider, B., Grebner, K., Schnabel, A. ve arkadaşları. (2011). "Impact of Employment Status and Work-Related Factors on Risk of Completed Suicide. A case-control Psychological Autopsy Study." Psychiatry Resarch, 190, 265-270.

Seadler K.M. (1999). "Death-Related Crisis Intervention, Grief Counseling, Grief Consultation, and Death Education: A National Survey of the Role of School Psychologists." Pennsylvania: Indiana University of Pennsylvania.

Sezer, S. (2011). Ticari Başarısızlık Sonucu Ortaya Çıkan İntihar ve İntihar Girişimi Olgularının Sosyo-Ekonomik Nedenleri. Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Shields, L.B, Hunsaker, D.M. ve Hunsaker, J.C.3rd.(2005). "Suicide A Ten Year Retrospective Review of Kentucky Medical Examiner Cases." Journal of Forensic Sciences. 50(3), 613-617.

Sır, A., Özkan, M., Altındağ, A., Özen, Ş. ve Oto, R. (1999). "Diyarbakır'da Özkıyım ve Özkıyım Girişimleri." Türk Psikiyatri Dergisi, 10(1), 50-58.

Sılver, AM, Bohnert, M., Beck, A.T. ve diğerleri. (1971). "Relation of Depression to Attempted Suicide and Seriousness of Intent." Archives of General. Psychiatry, Vol: 25, 573- 576.

Slaikeu, K.A. (1990). Crisis intervention: A Handbook for Practice and Research (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Sonneck, G. (2000). Krize müdahale. G. Sonneck, H. Goll, H. Herzog, M. Klejna, S. Kuess, E. Pröbsting ve diğerleri (Eds.), Y. Sözer ve B.Subaşı (Çev.), Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, No.4.

Sonneck, G. (1993). Kriz ve İntihar Tehlikesi. G. Sonneck, H. Goll, H. Herzog, M. Klejna, S. Kuess, E. Pröbsting ve diğerleri (Eds.),Y. Sözer ve B.Subaşı (Çev.), Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, No:4.

Soykan, A, Arapaslan, B. ve Kumbasar, H. (2003). Suicidal Behavıor, Satisfaction With Life and Perceived Social Support in Edge-Stage Renal Disease Diaease Transplant Proc, 35(4). 1290-1291.

Sözer, Y. (1992). "Psikiyatride Kriz Kavramı ve Krize Müdahale." Kriz Dergisi, 1, 1, 8-12.

Stauffer, M. D. (2004). From Seneca to Suicidology: D.Capuzzi (Ed), Suicide Across The Life Span: Implications For Counselors (pp.3-37).Alexandria, VA: American Counseling Association.

Stenager, E.N. ve diğerleri. (2000). West Sussex The İnternational Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Suicide John Wiley and Sons Ltd, Chapter 22.

Stengel, E. (1973). Suicide and Attempted Suicide. Penquin Books.

Stravynski A, Boyer R (2001). "Loneliness In Relation To Suicide İdeation And Parasuicide: A Population-Wide Study. Suicide and Life-Threatening Behavior." 31: 32-40.

Şenelmiş, H. (2006). "Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma." Kriz Dergisi**,** 14, 1, 1-20.

Şenol, V., Ünalan, D., Avşaroğulları, L. ve İkizceli, İ.(2005). "İntihar Girişimi Nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na Başvuran Olguların İncelenmesi." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 19-29.

Tamam, L. ve Öner, S.(2001)."Yaşlılık Çağı Depresyonları." Demans Dergisi, 1, 50-60.

Tartaro, C., Lester D(2005) An Application of Durkheim's Theory of Suicide to PrisonSuicide Rates in the United States, Death Studies, 29(5), 413–422.

Taşdemir, M., (2007). Polis İntiharlarının Sosyal Yönleri. Sosyal Yapı- Sosyal Değişme Bilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tel, H. ve Uzun, S.(2003). "İntihar Girişimi İle Acil Servise Başvuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumları." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 151-158.

The Global Social Crisis, Report on the World Social Situation 2011. United Nations, Newyork. June 2011.

The World Health Report (2001). Mental Health: New Understanding New Hope Word Health Organization. Burden of Mental and Behavioural Disorders, Chapter Two.

Trezza, G.R, Popp, S.M., (2000). "The Substance User At Risk of Harm to Self or Others: Assessment and Treatment Issues." Journal of Clinical Psychology, 56(9):1193-1205.

Tuğcu, H. (1996). Normal ve Depresif Kişilerde Çeşitli Faktörlere Göre İntihar Olasılığı. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Turan, N. (1999). Sosyal Kişisel Çalışma: Birey ve Aileler için Sosyal Hizmet, Ankara.

Turan, E. (2008). "Özel Gruplarda İntihar: Yaşlı İntiharları." Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 1(3), 34-39.

Turla, A., Aydın B., Gündüz, M. ve arkadaşları. (2007). "Şizofreni Hastasında İntihar: Bir Olgu Sunumu." Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 74-78.

Türkiye İstatistik Kurumu,(2011).İntihar İstatistikleri 2011. 07.06. 2014 tarihinde alınmıştır, web üzerinde http://www.google.com/cse?cx=015.200.851.248.949.254.112%3Aqaug18judny&ie=ISO-8859-9&query=intihar+istatistikleri.

Uçan, Ö., (2006). Türkiye'de İntiharları Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü, Ankara.

Uçan, Ö. (2005). "Türkiye'de İntiharları Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması." Kriz Dergisi, 13(3), 15-26.

Uçan, Ö. (2007). "Boşanma Sürecinde Kriz Merkezine Başvuran Kadınların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi." Klinik Psikiyatri Dergisi. 10, 1, 38-45.

Uludüz, U.ve Uğur, M. (2001). "Bir Vaka Dolayısıyla İntiharların Gözden Geçirilmesi." Yeni Symposium, 39(1), 19-25.

Uribe, P., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Pares, G. ve arkadaşları. (2013) Attempted and completed suicide: No what we expected?, Journal of Affective Disorders 150: 840–846.

Weaver, J.C. (2009). Epistemic Communities and the Suicide Problem: The Twentieth Century. A Sadly Troubled History: The Meanings of Suicide in the Modern Age. McGill-Queens University Press.

Winey, L. L. (1996). "A Personal construct model of crisis intervention counseling for adult clients." Journal of Constructivist Psyhology, 9, 2, 109–126.

Word Health Organization, 20.10.2014'de alınmıştır, web üzerinde http:/www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/suicideprevent/en/.,

Virkkunen, M., Delong, J., Bartko, J. ve arkadaşları, (1989). "Psyhobiological concomitants of history of suicide among violent offenders and impulsive fire setters."Archieves of General Psychiatry. 46: 604-606.

Volant, E. İntiharlar Sözlüğü. I Turhan (çev). İstanbul, Sel Yayıncılık, 2005.

Vorace, M. (2011) "Biological Parent Suicide and Severe Psychiatric Morbidity Are Risk Factors For Suicide ın Adopted and Nonadopted Offspring." Evidence-Based Mental Health, 14: 66.

Yalçın CanYiğit, G,A. (2003). İntihar Girişimi Olan ve Olmayan Kriz Olgularının Karşılaştırılması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Yalçın, N.,Bilican, S., Kezer, F. ve Ö. Yalçın. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi'nde Yayınlanan Makalelerin Niteliği: İçerik Analizi, 12.10.2014'de alınmıştır, web üzerinde www.eab.org.tr/eab/oc/egtconf/pdfkitap/pdf/453.pdf.

Yılmaz, A. (1999). “Basel Üniversitesi Psikiyatrik Krize Müdahale Servisinde Tedavi Gören Hastaların Sosyo-demografik ve Psikiyatrik Açıdan Değerlendirilmesi.” Kriz Dergisi, 7, 1, 15–19.

Yiğit, T. (2009) Nevşehir İlinde İntihar Girişiminde Bulunan Kadınların Sosyo Demografik Özellikleri ve Risk Faktörleri. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kayseri.

EK 1: ARAŞTIRMA İÇİN ALINAN İZİN YAZISI -1

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/04/2014-5819

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 21447663-304.03/
Konu : İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU'nun anket yapma isteği

SAĞLIK BAKANLIĞI
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE
Adnan Menderes Cad. Sağlık Sok. No:195
Adapazarı / SAKARYA

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet ABD Yüksek Lisans Programı öğrencisi İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU'nun "Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" yüksek lisans tez çalışmasında kullanmak üzere Başhekimliğiniz Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimi'nde 01.01.2013 -31.12.2013 tarihleri arasında birime başvuran kişiler için doldurulan görüşme kartlarını analiz edebilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Hasret ÇOMAK
Rektör Yardımcısı V.

EK :
EK-A (1 adet yazı)

Mevcut Elektronik İmzalar
HASRET ÇOMAK (Rektör Yardımcılığı (Eğitim Öğretim) - Rektör Yardımcısı V.) 03/04/2014 14:18
Evrakı Doğrulamak İçin : http://EBYS-UYG1/cuVision/Dogrula/KVLKHT

Yazı ve Destek İşleri Şube Müdürlüğü Kocaeli Üniversitesi Umuttepe Yerleşkesi
41380, Kocaeli
Tel:(+90262) 303 12 01-02 Faks:(+90262) 303 12 03
E-Posta :ogrenci@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ :http://odb.kocaeli.edu.tr/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2: ARAŞTIRMA İÇİN ALINAN İZİN YAZISI -2

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sağlık Bakanlığı

Sakarya Universitesi
Egitim ve Arastirma Hastanesi
Gonderilen Kurum : KOCAELI UNIVERSITESI REKTORLUG
Evrak Tarihi : 21.04.2014
Evrak No :8107

Sayı : 83529411-05/
Konu: Pİ1095 İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU

2014

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
Umuttepe Yerleşkesi 41380
KOCAELİ

İlgi: 03.04.2014 tarih ve 5819 sayılı yazınız.

Hastanemizde görevli Sosyal Çalışmacı İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU'nun yüksek lisans tez çalışmasında kullanmak üzere, 01.01.2013-31.12.2013 tarihleri arasında Hastanemiz Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Birimine başvuran kişiler için doldurulan görüşme kartlarını analiz edebilmesine ilişkin talebiniz Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Op. Dr. Ali AYDİN
Hastane Yöneticisi

18/04/2014 Tıbbi Sekreter : G.KOCAMAN
18./04/2014 Başhekim Yrd. : M.DURMUŞ
21/04/2014 İdr. ve Ml. İşl. Md. : H. SAĞLAM

TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez Kampüs Özlük Birimi
Adnan Menderes Cad. Sağlık Sok. No: 193 ADAPAZARI Tel : 444 54 00-1156
Faks : (0264) 275 67 44 Elektronik Ağ: www.sakaryaeah.saglik.gov.tr E-posta: bilgi@saglik.gov.tr

EK 3: ETİK KURUL KARARI

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi

Sayı : **71522473**/050.01.04/35 29/04/2014

Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.

İpen İlknur ÜNLÜ AKYOLLU
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Sosyal Hizmet Birimi

İlgi: 18.04.2014 tarihli **35** sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz **"Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Uygulamalarının Değerlendirilmesi,: Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği"** isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

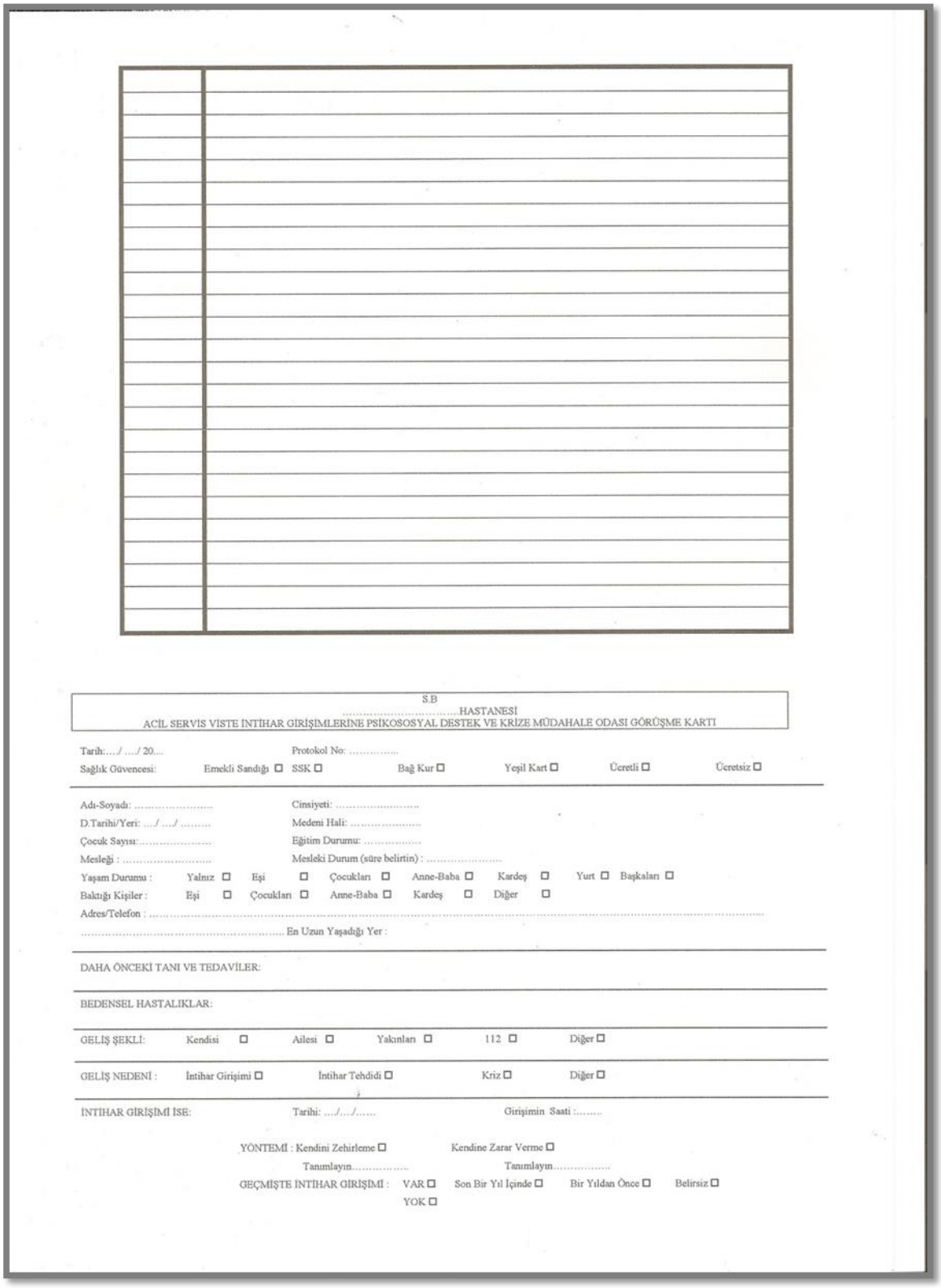
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Ali TAMER
Etik Kurul Başkan

Etik Kurul Sekreteri :Z.KAÇAL

Korucuk Kampüsü Korucuk 54280 SAKARYA
Telefon : (0 264) 295 66 30 Faks : (0 264) 295 66 29
e-posta : tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ : www.sakarya.edu.tr

EK 4: GÖRÜŞME KARTI



S.B
.....HASTANESİ
ACİL SERVİS VİSTE İNTİHAR GİRİŞİMLERİNE PSİKOSOSYAL DESTEK VE KRİZE MÜDAHALE ODASI GÖRÜŞME KARTI

Tarih:..../ ..../ 20.... Protokol No: .....

Sağlık Güvencesi: Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Bağ Kur ☐ Yeşil Kart ☐ Ücretli ☐ Ücretsiz ☐

Adı-Soyadı: ..... Cinsiyeti: .....

D.Tarihi/Yeri: ..../ ..../ ..... Medeni Hali: .....

Çocuk Sayısı:..... Eğitim Durumu: .....

Mesleği : ..... Mesleki Durum (süre belirtin) : .....

Yaşam Durumu : Yalnız ☐ Eşi ☐ Çocukları ☐ Anne-Baba ☐ Kardeş ☐ Yurt ☐ Başkaları ☐

Baktığı Kişiler : Eşi ☐ Çocukları ☐ Anne-Baba ☐ Kardeş ☐ Diğer ☐

Adres/Telefon : .....

..... En Uzun Yaşadığı Yer :

DAHA ÖNCEKİ TANI VE TEDAVİLER:

BEDENSEL HASTALIKLAR:

GELİŞ ŞEKLİ: Kendisi ☐ Ailesi ☐ Yakınları ☐ 112 ☐ Diğer ☐

GELİŞ NEDENİ : İntihar Girişimi ☐ İntihar Tehdidi ☐ Kriz ☐ Diğer ☐

İNTİHAR GİRİŞİMİ İSE: Tarihi: .../.../..... Girişimin Saati :.....

YÖNTEMİ : Kendini Zehirleme ☐ Kendine Zarar Verme ☐

Tanımlayın..... Tanımlayın.....

GEÇMİŞTE İNTİHAR GİRİŞİMİ : VAR ☐ Son Bir Yıl İçinde ☐ Bir Yıldan Önce ☐ Belirsiz ☐

YOK ☐

İNTİHAR GİRİŞİMİNDE NİYETİ: Kasıtlı Kendine Zarar Verme ☐ Çelişkili Düşünceler İçinde Bir Girişim ☐
Yardım Çağrısı ☐ Aşırı Doz ☐
Ölümcül Girişim ☐ Bilinmiyor ☐

İNTİHAR GİRİŞİMİ HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ : Keşke Ölseydim ☐ Pişman ☐ Tekrar Denemeyi Düşünüyor ☐

AİLE ÖYKÜSÜ : Ruhsal Hastalık ☐ İntihar Girişimi ☐ İntihar İle Ölüm ☐

İNTİHAR GİRİŞİMİNİ : Ne Zaman Düşünmeye Başlamış?.....
Önceden Plan Yapmış Mı? .....
Bu Düşünceyi Başkasıyla Paylaşmış Mı? .....
Not Yazmış Mı? .....
Ani Karar Mı? .....

İNTİHAR/KRİZ DURUMUNU TETİKLEYEN ETKENİN SÜRESİ : 3 Ay ve Daha Önce ☐ 6 Ay İçinde ☐ 6Aydan Uzun ☐

İNTİHARA / KRİZE NEDEN OLAN PROBLEM ALANLARI : Aile ☐ Aile İçi Şiddet ☐ Çocuklar ☐
Ebeveyn Çatışmaları ☐ Ölüm/Kayıp ☐ Yalnızlık ☐ İletişim Sorunları ☐ Karşı Cinsle Sorunlar ☐
Gelişim Dönemi Sorunları ☐ Cinsel Sorunlar ☐ Tecavüz ☐ Taciz ☐ Alkol ve Madde Bağımlılığı ☐
Ekonomik ☐ Evsiz Kalma ☐ Okul ☐ Sınav Kaygısı ☐ Evlilik ☐
Hastalık ☐ Süreğen Hastalık ☐ Ruhsal Hastalık ☐ İş ☐

TEDAVİ – TAKİP PLANI : Görüşmeler ☐ Danışmanlık (Tek Görüşme) ☐ İlaç ☐ Psikiyatri Polikliniğine Sevk ☐

Görüşmecinin Adı-Soyadı
İmzası

EK -5: KODLAMA YÖNERGESİ

1. Başvuranları Tanıtıcı Özellikler

Değişken No	Değişken Adı	Bilginin Niteliği (içerik-Öz-iÇE-ÖZ)
D1	Cinsiyeti	0. Bilgi Yok 1. Kadın 2. Erkek
D2	Yaşı	1. Bilgi Yok 1. 15-19 2. 20-24 3. 25-29 4. 30-34 5. 35-39 6. 40-44 7. 45-49 8. 50-54 9. 55-59 10. 60-64 11. 65-69 12. 70-74 13. 75+
D3	Eğitim Durumu	0 Bilgi Yok 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite
D4	Mesleği	0 Bilgi Yok 1 Memur 2 İşçi 3 Serbest Meslek 4 İşsiz 5 Evhamımı 6 Emekli 7 Öğrenci 8 Diğer
D5	Medeni Durumları	0 Bilgi Yok 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Nişanlı/sözlü 5. Boşanmış 6. İkinci evliliği 7. Evli ama ayrı yaşıyor
D6	Çocuk Sayısı	0 Bilgi Yok 1 Çocuğu yok 2 1 3 2 4 3 5 4 ve üzeri
D7	Birlikte Yaşadığı Kişiler	0 Bilgi Yok 1 Yalnız 2 Eşi 3 Çocukları 4 Eşi ve Çocukları 5 Anne ve/ya baba 6 Kardeş 7 Anne-baba- kardeş

		8 Anne –baba-çocukları 9 Yurt 10 Başkaları
D8	Bakımından Sorumlu Olduğu Kişiler	0 Bilgi Yok 1 Sadece Eşi 2 Sadece Çocukları 3 Eşi ve çocukları 4 Anne ve/ya baba/ çocukları 5 Kardeş/ anne ve/ya baba
D9	En Uzun Yaşadığı Yer	0 Bilgi Yok 1 Köy 2 İlçe 3 Kent
D10	Sağlık Güvencesi	0 Bilgi Yok 1. Emekli Sandığı 2. SSK 3. BAĞKUR 4. Yeşilkart 5. Ücretli 6. Ücretsiz
D11	Hastaneye Geliş Şekli	0 Bilgi Yok 1 Kendisi 2 Ailesi 3 Yakınları 4 112 5 Diğer
D12	Bedensel Hastalıklar	0 Bilgi Yok 1 Var 2 Yok
D13	Daha Önceki Tanı ve Tedaviler	0 Bilgi yok 1 Anksiyete Bozukluğu 2 Anti-sosyal Kişilik Bozukluğu 3 Depresyon-anksiyete Bozukluğu 4 Diğer Tanı ve Tedaviler 5 Daha önce tanı koyulmamış 6 Depresyon 7 Panik Atak Bozukluğu 8 Majör Depresyon 9 Obsesif Anksiyete Bozukluğu 10 Şizofren 11 Epilepsi 12 Bipolar Bozukluk 13 Madde Bağımlılığı
D14	Yakınlarını Kaybetme Durumu	0 Bilgi Yok 1 Anne 2 Baba 3 Anne,baba 4 Anne, baba, kardeş 5 Sevgili
D15	Bağımlılık Oluşturan Maddelerle İlişkisi	0 Bilgi Yok 1 Uyuşturucu Madde Kullanılıyor 2 Alkol Kullanılıyor 3 Uyuşturucu + Alkol Kullanılıyor 4 Sigara+ Alkol Kullanılıyor 5 Sigara Kullanıyor
D16	Aile Yapısı	0 Bilgi Yok 1 Anne baba birlikte 2 Anne baba ayrı 3 Anne sağ, baba ölü 4 Baba sağ, anne ölü

		5 Anne baba ölü
D17	Ailenin Ekonomik Durumu	0 Bilgi Yok 1 Düşük 2 Orta 3 Yüksek
D 18	Evlilik Süresi	0 Bilgi yok 1 1 yıldan az 2 1-5 yıl 3 6-10 yıl 4 11-15 yıl 5 16-20 yıl 6 21 yıl ve üzeri

2. Kriz ve İntihara Neden Olan Problemler

D19	Kriz ve İntihar Durumunu Tetikleyen Etkenin Süresi	0 Bilgi yok 1 3 ay ve daha önce 2 6 ay içinde 3 6 aydan uzun
D20	Kriz ve İntihara Neden Olan Problem Alanları	0 Bilgi Yok 1 Aile 2 Aile içi şiddet 3 Çocuklar 4 Ebeveyn Çatışmaları 5 Ölüm/kayıp 6 Yalnızlık 7 İletişim Sorunları 8 Karşı Cinsle Sorunlar 9 Gelişim Dönemi Sorunları 10 Cinsel Sorunlar 11 Tecavüz 12 Taciz 13 Alkol ve Madde Bağımlılığı 14 Ekonomik 15 Evsiz Kalma 16 Okul 17 Sınav Kaygısı 18 Evlilik 19 Hastalık 20 Süreğen Hastalık 21 Ruhsal Hastalık 22 İş
D21	Birim Sorumlusunun Değerlendirmesinde Yer Alan Kriz ve İntihara Neden Olan Problem Alanları	1 Dikkat Çekme İsteği 2 Cezalandırma İsteği 3 Aldatılma Durumu 4 Psikolojik Şiddete Maruz Kalma 5 Fiziksel Şiddete Maruz Kalma 6 Ekonomik Sorunlar 7 Diğer İntihar Nedenleri
D22	Dikkat Çekme İsteği ve Kime Yönelik Olduğu	1 Anne/baba 2 Eş 3 Sevgili 4 Dikkat Çekme İsteği Yok
D23	Cezalandırma İsteği ve Kime Yönelik Olduğu	1 Anne/baba 2 Eş

		3 Sevgili 4 Kendisi 5 Cezalandırma İsteği Yok
D24	Aldatılma Durumu ve Kimin Tarafından Olduğu	1 Eş 2 Sevgili 3 Aldatılma Durumu Yok
D25	Psikolojik Şiddete Maruz Kalma ve Kimin Tarafından Olduğu	1 Anne/baba 2 Kardeş/ abi/abla 3 Kayınvalide/kayınpeder 4 Sevgili/nişanlı 5 Eş 6 Psikolojik Şiddet Görme Durumu Yok
D26	Fiziksel Şiddet Görme Durumu ve Kimin Tarafından Olduğu	1 Anne/baba 2 Eş 3 Fiziksel Şiddet Görme Durumu Yok
D27	Ekonomik Sorunlar	1 İşten çıkarılma 2 İflas etme 3 İşssizlik 4 İş yerinde ağır koşullar altında çalışma 5 Borçların artması 6 Bilgi Yok
D28	Diğer Kriz ve İntihar Nedenleri	0 Bilgi Yok 1 Okul başarısında düşme 2 Üniversite/ KPSS sınavını kazanamama 3 Çocuk sahibi olamama 4 Karşı cinsle (sevgili/eş) olan ilişkiye aile üyelerinin olumsuz yaklaşımı 5 Bilinçsiz ilaç kullanımı

3. İntihar Girişimi Nedeniyle Başvuranların İntihar Öyküleri

D29	İntihar Girişimi Yöntemi	0 Bilgi yok 1 Kendini Zehirleme 2 Kendini Zarar Verme 3 Kendini zehirleme ve kendine zarar verme
D30	Kendini Zehirleme Türü	0 Bilgi yok 1 İlaç+toksit madde 2 Tüp+gaz+ doğalgaz
D31	Kendine Zarar Verme Türü	0 Bilgi yok 1 Kesici Aletle 2 Yüksekten Atlama 3 Bu türde kendine zarar verme yok
D32	Geçmişte İntihar Girişimi	0 Bilgi Yok 1 Var 2 Yok
D33	Geçmişte İntihar Girişimi Zamanı	0 Bilgi yok 1 Son bir yıl içinde 2 Bir yıldan önce 3 Belirsiz
D34	İntihar Girişimi Mevsimi	0 Bilgi yok 1 İlkbahar Mevsimi(Mart-

		Nisan-Mayıs) 2 Yaz Mevsimi (Haziran_temmuz-ağustos) 3 Sonbahar Mevsimi(Eylül-ekim- kasım) 4 Kış Mevsimi(Aralık-Ocak-Şubat)
D35	İntihar Girişimi Saati	0 Bilgi Yok 1 00.00-06.59 2 07.00-12.59 3 13.00-18.59 4 19.00-23.59
D36	İntihar Girişimi Niyeti	0 Bilgi yok 1 Kasıtlı Kendine Zarar Verme 2 Yardım Çağrısı 3 Ölümcül Girişim 4 Çelişkili Düşünceler İçinde Bir Girişim 5 Aşırı Doz 6 Bilinmiyor
D37	İntihar Girişimi Hakkındaki Düşünceleri	0 Bilgi Yok 1 Keşke Ölseydim 2 Pişman 3 Tekrar Denemeyi Düşünüyor
D38	Aile Öyküsü	0 Bilgi Yok 1 Ruhsal Hastalık 2 İntihar Girişimi 3 İntihar ile Ölüm
D39	Ani Karar Verme Durumu	0 Bilgi Yok 1 Evet 2 Hayır

4. Başvuranlara Yönelik Tedavi Yöntemi

D40	Yapılan Görüşme Sayısı	0 Bilgi Yok 1 Bir Görüşme 2 İki Görüşme
D41	Müdahale Sürecinin Kapsamı	0 Bilgi Yok 1 Sadece Bireyle Çalışma 2 Sadece Aileyle Çalışma 3 Birey ve Aileyle Çalışma
D42	Müdahale Sürecinde Birim Sorumlusunun Rolü	0 Bilgi yok 1 Görüşme Kartlarının Doldurulması 2 Psiko-sosyal destek verme-Görüşme kartlarının doldurulması 3 Havale mekanizmalarının kullanılması ve birden fazla görüşme yapılması-görüşme kartlarının doldurulması-Psikososyal destek verme
D43	Müdahale Sürecinde Hangi Örgütlerle Çalışıldığı	1 Herhangi Bir Örgütle Çalışma

		Yapılmamış 2 Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü 3 Belediye 4 Amatem, Toplum ve Ruh Sağılığı Merkezi, Aile Danışmanlığı Merkezi.
D44	Uygulanan Tedavi –Takip Planı	0 Bilgi yok 1 Görüşmeler (Birden Fazla Görüşme) 2 Danışmanlık(Tek Görüşme) 3 İlaç 4 Psikiyatri Polikliniğine Sevk

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : İpen İlknur ÜNLÜ

Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara, 1983

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü (2008)

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce (İyi)

İş Deneyimi

Stajlar : T.C. Başbakanlık SHÇEK, Ankara İl Müdürlüğü, Korunmaya Muhtaç Çocuklar Birimi (2009)

Sertifikalar : Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psiko-sosyal Destek ve Krize Müdahale Eğitimi, Mayıs, 2010
Cinsel İstismara Uğramış Çocuklarla Adli Görüşme Teknikleri Kursu, Eylül, 2009
Aileye Dönüş Merkezi Eğitimi, Şubat, 2009
Aile Danışmanlığı Eğitimi, 2014

Çalıştığı Kurumlar : T.C. Sağlık Bakanlığı
Sakarya Eğitim ve Araştırma – Sosyal Çalışmacı
(Ocak 2010 – Devam Ediyor)
T.C. Başbakanlık SHÇEK
Ankara İl Müdürlüğü – Sosyal Çalışmacı
(Temmuz 2008 –Aralık 2009)

İletişim

E-Posta Adresi : ipen_unlu@hotmail.com

Tarih : 10.03.2015