T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ÖZKIYIM RİSKİ NEDENİYLE PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASININ SONRAKİ ÖZKIYIM DAVRANIŞINI ÖNGÖRÜCÜLÜĞÜ

Dr. Nazmiye Güçlü

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2019





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ÖZKIYIM RİSKİ NEDENİYLE PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASININ SONRAKİ ÖZKIYIM DAVRANIŞINI ÖNGÖRÜCÜLÜĞÜ

Dr. Nazmiye Güçlü

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2019

TEŞEKKÜR

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum A servisi ve Psikoterapi Merkezi rotasyonumda kendisinden birçok şey öğrendiğim, tez sürecimin başından sonuna kadar eşsiz yardımlarını asla esirgemeyen, her adımında desteğini hissettiğim, adaletli tutumu ve çalışma titizliği nedeniyle sonsuz saygı duyduğum, danışman hocam olduğu için her daim şanslı hissettiğim sevgili hocam Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Engin tecrübe ve bilgisinden çok defa yararlandığım, hastalara karşı sonsuz sabrını, sevgisini, saygısını, çalışma azmini örnek aldığım ve adaletiyle her zaman kendimi iyi hissettirmiş olan, hem asistanlık hem de tez sürecimde desteğini ve emeğini esirgemeyen Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e; birlikte çalışma şansı bulduğum AMATEM ve Acil Servis'te birçok kez hasta kapsayıcılığı, yönetimi ve müdahele teknikleriyle kendisine hayran kaldığım ve zor süreçlerden geçtiğim günlerde yardımlarını ve desteğini hiç esirgememiş olan sayın başhekimimiz Doç. Dr. Rabia Bilici'ye; tecrübe ve bilgisinden faydalandığım, kapsayıcı olduğu kadar adil, babacan tavrıyla kendisiyle çalışmaktan çok keyif aldığım, tez sürecinde karşılaştığım zorluklarda yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, asistanlığımın ilk günlerinden itibaren birçok klinikte birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve hem klinik hem istatistik bilimi alanında tecrübelerinden yararlandığım Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e; keyifle birlikte çalıştığım Doç. Dr. Filiz İzci'ye, Doç. Dr Neslihan Akkişi Kumsar'a, Doç. Dr. Merih Altıntaş'a, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e ve klinik tecrübelerinden, her zaman arkasında durduğu net kararları ile kriz yönetiminden oldukça faydalandığım Doç. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan başta Uzm. Dr. Yücel Yılmaz, Uzm. Dr. Haluk Usta, Uzm. Dr. Salime Gürsoy, Uzm. Dr. İshak Sayğılı olmak üzere Uzm. Dr. Elif Yılmaz, Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Erkal Erzincan, Uzm. Dr. Emrah Güleş, Uzm. Dr. Tuba Öcek Baş, Uzm. Dr Özgül Özdilmen Güçlü ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına;

Nöroloji rotasyonum sırasında katkılarından dolayı Doç. Dr. S. Füsun Mayda

Domaç ile Prof. Dr. Gülay Kenangil'e, Uzm. Dr. Rahşan Karacı, Uzm. Dr. Mustafa Ülker ve sevgili asistanlarına;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında her vakayı danışabilmemize olanak sunan, eğitimime büyük katkı sağlayan Doç. Dr. Özalp Ekinci' ye ve başta Nazan Ekinci olmak üzere sevgili asistanlarına;

Hastanemizde birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine,

Zaman zaman kızsam, kırılsam da asla kıyamadığım, en tatlı ve derin muhabbetlerin başrollerini paylaşan Dr. Maruf Aggül ve Dr. Sıtar Hezer'e;

Asistanlık sürecimde birçok kez gerek mağduriyetlerle gerek güzelliklerle kader ortaklığı yaşadığım, herşeye rağmen varlıklarından kuvvet aldığım, desteklerini esirgemeyen eşkıdemlerim, güzel arkadaşlarım Dr. Özge Yükselay, Dr. Dicle Çetiner ve Dr. Levent Tekin'e;

Asistanlığımın ilk günlerinden itibaren yanımda olan, belki yorum yaparak değil ama sadece dinleyerek bile sıkıntımı hafifleten eşkıdemim, tez kardeşim, canım arkadaşım Dr. Sertaç Alay Öztürk'e;

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım Uzm. Dr. Dilek Çağlar Tetik, Dr. Z. Beyza Sarıöz Arpacıoğlu, Dr. Davut Genç ve diğer tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Aslen ailemin bir ferdi gibi olan ama ayrıca teşekkürü borç bildiğim, birlikte büyüdüğüm, en güzel anıları biriktirdiğim, varlığıyla kendimi şanslı hissettiğim ve huzur bulduğum 25 yıllık dostum, kardeşim Pınar Toru Şeker'e;

Zor süreçlerde büyük fedakarlıklarla beni büyüten, maddi manevi desteklerini esirgemeyen, hayatımı her daim kolaylaştıran, evlatları olmaktan ötürü her zaman şanslı hissettiğim ve şükrettiğim canım annem Nejla Güçlü, canım babam Fedail Güçlü ve özellikle tez süreci başta olmak üzere her zaman desteklerini hissettiğim kardeşim saydığım tatlı kuzenlerim Merve ile Özlem'e;

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Nazmiye Güçlü

İstanbul-2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER iii
KISALTMALAR vi
TABLOLAR vii
GRAFİKLER viii
ÖZET ix
ABSTRACT xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1 ÖZKIYIM 3
2.1.1 Tanım ve Terminoloji 3
2.1.2 Epidemiyoloji 5
2.1.3 Risk Etmenleri 6
2.1.3.1 Sosyodemografik Risk Etmenleri 6
2.1.3.2 Psikiyatrik Hastalıklar 8
2.1.3.3 Fiziksel Hastalıklar 11
2.1.3.4 Önceki Özkıyım Girişimi 11
2.1.3.5 Aile Öyküsü 12
2.1.3.6 Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı 12
2.1.3.7 Bireysel Özellikler 12
2.1.3.8 Çevresel Etmenler, Stresli Yaşam Olayları 12
2.1.3.9 Kullanılan Yöntemin Ciddiyeti 13
2.1.4 Koruyucu Etmenler 13
2.1.5 Etiyoloji 14
2.1.5.1 Psikolojik Etmenler 14
2.1.5.2 Sosyolojik Etmenler 15
2.1.5.3 Biyolojik Etmenler 16
2.1.6 Modern Özkıyım Teorileri 17
2.2 YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA ÖZKIYIM 19
2.3 TABURCULUK SONRASI DÖNEMDE ÖZKIYIM 22
2.4 ÖZKIYIM RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 22
2.4.1 Akut Özkıyım Riskinin Değerlendirilmesi 23

2.4.2 Akut Özkıyım Riskinin Değerlendirilmesinde Yeni Yaklaşımlar.....25
2.4.2.1 İntihar Kriz Sendromu (Suicide Crisis Syndrome).....26
2.4.2.2 Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-ÖADB (Acute Suicidal Affective Disturbance-ASAD).....27
3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....30
3.1 UYGULAMA.....31
3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....31
3.2.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....31
3.2.2 Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ).....31
3.2.3 Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA-SADBÖ).....32
3.2.4 Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ).....32
3.2.5 DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1).....32
3.2.6 DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-2).....33
3.2.7 Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel Ölçeği (ÖADB-G).....33
3.2.8 Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu Ölçeği (ÖADB-Y).....34
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....35
4.BULGULAR.....36
4.1 Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....36
4.2 Örneklemin Özkıyım Davranışına İlişkin Klinik Özellikleri.....41
4.3 Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Klinik Özellikleri.....43
4.4 Uygulanan Klinik Ölçekler İle Özkıyım Davranışı Arasındaki İlişki.....49
5.TARTIŞMA.....59
6.KISITLILIKLAR.....69
7.SONUÇLAR.....70
KAYNAKLAR.....72
EKLER.....87
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK ve KLİNİK VERİ FORMU.....87
EK-2 HASTA SAĞLIK ANKETİ-SOMATİK, ANKSİYETE ve DEPRESYON BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ.....91
EK-3 ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI-GÜNCEL ÖLÇEĞİ.....94

EK-4 ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI-YAŞAMBOYU ÖLÇEĞİ 100
EK-5 ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 106

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

ASAD: Acute Suicidal Affective Disturbance

C-İŞDÖ: Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4

DSM-V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HSA-SADBÖ: Hasta Sağlık Anketi - Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği

IQR: Çeyrekler Arası Aralık

KPDÖ: Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği

ÖADB: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması

ÖADB-G: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel Ölçeği

ÖADB-Y: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu Ölçeği

SCID-1: DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SCID-2: DSM-III-R Eksen 2 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLOLAR

Tablo 1. Örneklemin Yaş Ortalamaları

Tablo 2. Örneklemin Sosyodemografik Verilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 3. Sosyodemografik Verilerin Hastaların Hastaneye Yatış Sebebine Göre Dağılımı

Tablo 4. Örneklemin Özkıyım Girişimine Ait Klinik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 5. Örneklemin Yaşamboyu Özkıyım Girişimine Göre Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık ve Özkıyım Girişimi Varlığı

Tablo 6. Özkıyım Girişimi Sebebiyle Hastaneye Yatışı Yapılan Hastaların Özkıyım Davranışına Ait Klinik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 7. Hastaneye Yatış Sebebine Göre Hastaların Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık ve Özkıyım Girişimi Varlığı

Tablo 8. Hastaneye Yatış Sebebine Göre Hastaların Toplam Özkıyım Girişimi ve Hastane Yatış Sayılarının Karşılaştırılması

Tablo 9. Hastaneye Yatış Sebebine Göre Hastaların Sigara, Alkol, Psikoaktif Madde Kullanımı

Tablo 10. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Eksen 1 Tanılarının Dağılımı

Tablo 11. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Eksen 2 Tanılarının Dağılımı

Tablo 12. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 13. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre ÖADB Ölçek Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 14. Örneklemin Yaşamboyu Özkıyım Girişimine Göre ÖADB Ölçek Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre ÖADB-G Ölçeğini Oluşturan Maddelerin Ortanca ve IQR Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 16. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Klinik Ölçek Toplam Skor Ortanca Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 17. Örneklemde ÖADB Ölçekleri ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonu

Tablo 18. Örneklemde C-İŞDÖ-Güncel ile ÖADB-G Ölçeğinin Korelasyonu

Tablo 19. Örneklemde C-İŞDÖ-Ömür Boyu ile ÖADB-Y Ölçeğinin Korelasyonu

Tablo 20. Taburculuk Sonrası Dönemde Özkıyım Davranışı Olan ve Olmayan Hastaların Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 21. Taburculuk Sonrası Dönemde ÖADB Ölçek Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 22. ÖADB Ölçek Toplam Skorlarının Taburculuk Sonrası Dönemde Özkıyım Davranışını Öngörücülüğü

GRAFİKLER

Grafik 1. Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı

ÖZET

Amaç: Özkıyım, psikiyatrik hastalarda genel popülasyondan daha sık görülür. Ruhsal bozukluğu olup özkıyım sonucu ölen kişilerin önemli bir kısmının ölmeden kısa süre önce ruh sağlığı servisleri ile ilişkisi olduğu ve taburculuk sonrası özkıyım riskinde artış olduğu bilinmektedir. Akut özkıyım riskini nitelendirme ve öngörme; etkin tedavinin yürütülebilmesi, dolayısıyla da özkıyıma bağlı ölümlerin azaltılabilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmanın birincil amacı özkıyım riski nedeniyle psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda, akut durumu yansıtmayı amaçlayan yeni bir tanı antitesi olan Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması'nın (ÖADB), taburculuk sonrası dönemde gerçekleşen özkıyım davranışını öngördüğünün saptanmasıdır. Ayrıca çalışmada; ÖADB'nin özkıyım düşüncesi olanlar ile girişimi olanların ayrımını sağlayıp sağlayamadığını belirlemek amaçlanmaktadır.

Yöntem: Araştırmamız bir uzunlamasına takip çalışmasıdır. Çalışmaya, S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastalardan özkıyım riski bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 141 hasta dahil edildi. Hastalara, hastane yatışı sürecinde; DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1) ve DSM-III-R Eksen 2 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-2) uygulanarak tanı konuldu. Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu (ÖADB-Y) ve Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel (ÖADB-G) ölçekleri ile Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ), Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA-SADBÖ) ve Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) uygulandı. Örneklem, hastaneye yatış sebebine göre; özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı sağlanan ve özkıyım girişimi sebebiyle yatışı sağlananlar olarak gruplandırıldı. Örneklemde daha önce özkıyım girişiminde hiç bulunmamış olan hastalar da yer aldığından, ayrıca yaşamboyu özkıyım girişimi olup olmamasına göre de gruplandırılarak değerlendirme yapıldı. Hastalara taburculuklarından iki ay sonra telefon aracılığıyla ulaşılarak, özkıyım davranışında bulunup bulunmadığı sorgulandı.

Bulgular: Çalışmamızda; hastalar hastaneye yatış sebebine göre ayrıldığında, özkıyım girişimi nedeniyle yatışı sağlanan ve özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı sağlanan hastalar arasında; ÖADB ve ÖADB-G ölçek toplam skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Örneklem; yaşamboyu özkıyım girişimi olup olmama durumuna göre ayrıldığında ise ÖADB-Y ölçek toplam skorları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hastalar taburculuk sonrası dönemde özkıyım girişiminde bulunup bulunmamasına göre ÖADB açısından değerlendirildiğinde; gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak hastaların hastanede yattıkları dönemdeki ÖADB ölçek toplam skorlarının, taburculuk sonrası dönemde özkıyım girişimini öngörmediği bulunmuştur.

Sonuç: Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması'nın, akut özkıyım riskini değerlendirmede DSM'deki tanısal boşluğu doldurmayı amaçlayan yeni bir tanı antitesi olduğu öngörülmektedir. Çalışmamızda, ÖADB varlığının ve ÖADB ölçek toplam skorlarının; özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda özkıyım girişimi ile özkıyım düşüncesi olanları birbirinden ayırdığı ancak taburculuk sonrası dönemde hastaların özkıyım girişimlerini öngörmediği saptanmıştır. Ancak daha geniş örneklemlerle çalışmanın tekrarı önerilir.

Anahtar kelimeler: Akut Özkıyım Riski, Özkıyım, Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması, Taburculuk, Yatan Hastalar.

ABSTRACT

Objectives: Suicide is more common in psychiatric patients than in the general population. It is known that a significant proportion of people who have a mental disorder and who die because of suicide have contact with mental health services before death and that there is an increase in the risk of suicide after discharge. Characterizing and predicting the risk of acute suicide is important for effective treatment and thus reducing suicide-related deaths. The primary aim of this study was to determine the presence of suicidal behaviors in the post-discharge period in a new diagnostic entity aiming to reflect the acute state in patients who were hospitalized in psychiatric clinics due to suicide risk. Also the aim of this study is to determine whether the ÖADB can discriminate between those with suicidal ideation and those with attempts.

Method: This is a prospective study. The study included 141 inpatients who were hospitalized due to suicide risk in Erenköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital. During the hospitalization; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders (SCID-1) and Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis 2 Disorders (SCID-2) were administered to all participants to assess for the presence of Axis 1 and Axis 2 disorders. Then, Acute Suicidal Affective Disturbance Inventory-Lifetime (ASADI-L) and Acute Suicidal Affective Disturbance Inventory-Current (ASADI-C), Columbia-Suicide Severity Rating Scale, The Patient Health Questionnaire-Somatic, Anxiety and Depressive Symptoms Scale, Brief Psychiatric Rating Scale were applied. The sample was grouped according to the reason of hospitalization as because of suicidal ideation and because of suicide attempt. As the sample included inpatients who had never attempted suicide before, it was also grouped according to whether or not there was a lifetime suicide attempt.The patients were re-evaluated by phone two months after their discharge.

Results: : In our study, among the patients who were hospitalized due to suicide attempt and due to suicidal ideation; a statistically significant difference was found in terms of the total scores of the ASADI-C and the presence of ASAD. When

the sample was separated according to the presence or absence of lifetime suicide attempts, a statistically significant difference was found in terms of the total scores of the ASADI-L. When the patients were separated according to the presence of suicide attempt in the post-discharge period, there was a statistically significant difference between the groups in terms of the presence of ASAD. However, it was found that the total scores of ASADI of the patients in the hospital stay did not predict suicide attempt in the post-discharge period.

Conclusion: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD) is a new diagnostic entity that aims to fill the diagnostic gap in DSM in assessing the risk of acute suicide. ASAD and the total scores of ASADI are differentiated in between suicide attempters and ideators; but not predict the suicidal behavior the period of time post-discharge from hospital. It is recommended to re-study in a larger sample.

Key words: Acute Suicide Risk, Suicide, Acute Suicidal Affective Disturbance, Discharge, Inpatient.

1 .GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl 800.000'e yakın insan özkıyım nedeniyle ölmekte olup özkıyım teşebbüsünde bulunanların sayısı çok daha fazladır. Özkıyım nedeniyle ölen her bir yetişkin için daha önceden yirmiden fazla kez özkıyım girişiminde bulunduğuna ilişkin belirtiler vardır. Küresel olarak 15-29 yaş arasındaki ölümlerin ikinci nedeni olarak görülmektedir. (1). Bu nedenle özkıyım önemli bir halk sağlığı problemidir. Tamamlanmış özkıyım hızı yaş ile artmaktadır. Genç erişkinlerde ise özkıyım girişimleri daha sıktır. Özkıyım erkeklerde, özkıyım girişimleri ise kadınlarda daha sık görülmektedir (2).

Psikiyatrik hastalarda özkıyımın genel popülasyondan daha sık görüldüğü çok sayıda çalışma tarafından bildirilmiştir (3-5). Özkıyım girişiminde bulunanların %90'dan fazlasında psikiyatrik hastalık tespit edilmiştir (6). En sık ilişkilendirilenler ise depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları olarak saptanmıştır (4). Birden fazla psikiyatrik hastalığı bulunanların daha riskli grupta olduğu bildirilmiştir (7). Yüksek riskli grupta güvenlik nedeniyle psikiyatri kliniklerine yatırılarak tedavi tercih edilmekle birlikte hastanede yatış sırasında ve taburculuk sonrası dönemde özkıyım riskinin arttığı gösterilmiştir (8,9). Risk taburculuğu izleyen ilk hafta çok yüksek olup bu durum birkaç ay daha devam eder ve sonra giderek azalır (10).

Özkıyım için risk etmenleri çok boyutlu ve karmaşıktır. Etkili değerlendirme için sistematik yaklaşım gerekmektedir. Uzak dönem risk faktörlerinin yanında dinamik bir durumu işaret eden yakın dönem (akut) riski gösteren değişkenler ayrıntılı değerlendirilmelidir (2). Ajitasyon, uyku bozuklukları, sinirlilik, sosyal çekilme ve şiddetli duygulanım hallerinin akut özkıyım riski belirteçleri olduğu öngörülmektedir (11). Özkıyım eğilimi; bir hastalıktan ziyade diğer bozuklukların bir semptomu olarak kabul edilen karmaşık bir fenomendir. DSM-5; klinisyenlerin psikiyatrik semptomatolojiyi değerlendirdiği bir prezentasyon olmakla birlikte özkıyım düşüncesi olan, özkıyım girişiminde bulunan ya da tamamlanmış özkıyım nedeniyle ölen kişileri yakalamakta yetersiz kalmaktadır. Bu tanısal boşluğu gidermek için "Özkıyım

Davranış Bozukluğu" ileri çalışma gerekliliği açısından tanıtılmıştır (12). Bununla birlikte özkıyım davranış bozukluğu, özkıyım niteliği açısından sınırlı kalıp, davranışı bir sonuç olarak göstererek ölümcül ya da ona yakın bir girişimin akut tehlikesini göstermemektedir. Joiner ve arkadaşları, DSM'deki tanısal boşluğun ışığında suisidallerdeki akut ve şiddetli pikleri nitelendirmek amacıyla Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) tanı antitesini önermişlerdir (13). ÖADB semptom şiddetini değerlendirmek amacıyla Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu (ÖADB-Y) ve Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel (ÖADB-G) ölçekleri oluşturulmuş olup geliştirme çalışmaları Tucker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (14).

Son tartışmalar, özkıyım tahminin çok daha kısa zaman zarfında yapılması ihtiyacını ortaya koymaktadır. Özkıyım riskini saatler veya günler içinde daha doğru bir şekilde değerlendiren yöntemler geliştirmek, tedavi hizmetlerinin yüksek risk altındakilere zamanında ve bilinçli bir şekilde ulaştırılmasını sağlayacaktır. Bu çalışmada; özkıyım riski nedeniyle psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda, akut durumu yansıtmayı amaçlayan yeni bir tanı antitesi olan ÖADB'nin, taburculuk sonrası dönemde gerçekleşen özkıyım davranışını öngördüğünü saptamak ayrıca özkıyım düşüncesi olanlar ile girişimi olanların ayrımını sağlayıp sağlayamadığını belirlemek amaçlanmaktadır.

Araştırma hipotezi:

1. **Hipotez 1-** Özkıyım riski ile psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarda ÖADB semptom şiddeti; özkıyım düşüncesi nedeniyle yatanlar ve özkıyım girişimi nedeniyle yatanlar arasında farklılık göstermektedir.

2. **Hipotez 2-** Özkıyım riski, klinik değişkenlerin şiddeti ile pozitif yönde ilişkilidir.

3. **Hipotez 3-** Özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören hastaların Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) semptom şiddeti, taburculuk sonrası dönemde özkıyım davranışlarını öngörür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 ÖZKIYIM

2.1.1 Tanım ve Terminoloji

Batı dillerinde intiharı tanımlamak amacıyla kullanılan ve 17. yüzyılın ortalarından itibaren İngilizce'ye "suicide" şeklinde geçen "suiciduim"; Latince "*sui*" (kendi) ve "*caedere*" (öldürmek) kelimelerinden oluşur (15). Sözcüğün Türkçe karşılığı olan intihar ise Arapça 'nahr' kelimesinden köken almakta olup Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından 'bir kimsenin toplumsal ve ruhsal sebeplerin etkisi ile kendi hayatına son vermesi olarak tanımlanmaktadır (16). TDK tarafından sözlük dışı bırakılsa da tıbbi terminolojide sıkça yer alan ve intiharı tanımlayan "özkıyım" kelimesi çalışmamızda ağırlıklı olarak tercih edilmiştir.

Tarihçesine bakıldığında ise ilk çağlara, Sokrates, Senaka ve resimli tasvirlerle yazılı kaynaklara kadar uzandığı görülmektedir. En eski yazıt olan Oedipus mitolojisindeki Epikaste'de olduğu gibi; ilkel toplumlarda özkıyım sıklıkla kahramanlık türündendir. Eski İskandinavlar'daki gibi geçmişte bazı toplumlarda doğal ölümün utanç verici olduğu düşünülerek daha onurlu olduğu gerekçesiyle özkıyım başvurulması zorunlu bir davranış olarak kabul edilmiştir. Günümüzde hâlâ bu düşüncenin geçerliliğinin devam ettiği ülkeler olduğu bilinmektedir (17,18).

Literatürde özkıyım ile ilgili çok sayıda sınıflandırma bulunmakla birlikte henüz ortak kullanılan uluslararası terminoloji ve sınıflandırma sistemi mevcut değildir (19). Fakat önemi ve gerekliliği birçok araştırmacı ve klinisyen tarafından vurgulanmıştır (20,21). DSÖ, özkıyım davranışını; düşünce, plan, girişim ve tamamlanmış özkıyımı kapsayacak şekilde tanımlamaktadır (22). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise; düşünce, niyet, girişim, tamamlanmış özkıyım, davranışın ölümcüllüğü ve kasıtlı kendine zarar verme şeklinde geniş bir yelpazede değerlendirmektedir (23). Özkıyım düşünceleri; eyleme geçmemiş fakat kişinin kendini nerede, ne zaman, nasıl öldüreceği hakkındaki düşünceler ile karakterize niyet

ve planlardır. Özkıyım niyeti; ölmek için kendine zarar verici davranışta bulunma isteğidir. Ölümle sonuçlanmayan özkıyım davranışı özkıyım girişimi, ölümle sonuçlanan ise tamamlanmış özkıyım ya da özkıyım olarak adlandırılır (24). Kasıtlı kendine zarar verme ise vücut dokusunun kasıtlı, doğrudan yıkımı ya da bozulması olarak tanımlanır (25,26). Özkıyım davranışının ölümcüllüğü; herhangi bir özkıyım yöntemi ya da eyleminin yarattığı nesnel hayati tehlikedir (23). Terminoloji tutarlılık göstermese de, aslında kullanılan terimler kısmen birbirlerini kapsamaktadır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4, gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV-TR); "yineleyen ölüm düşünceleri, özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen özkıyım düşünceleri, özkıyım girişimi" şeklinde major depresif bozukluk ve sınırda kişilik bozukluğunda tanı kriteri olarak özkıyıma yer vermektedir (27). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'te (DSM-V) ise; DSM-IV-TR'ye benzer şekilde hem major depresif bozuklukta "özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme düşünceleri, kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel eylem tasarlama" hem sınırda kişilik bozukluğunda "yineleyici özkıyım davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları" şeklinde tanı kriteri olarak özkıyımı sunmaktadır. Ayrıca ''Daha İleri Çalışmalar İçin Durumlar'' başlığı altında, "Özkıyım Davranışı Bozukluğu" ve "Özkıyım Olmayan Kendini Yaralama" olmak üzere iki yeni tanı önerisi DSM-V'e dahil edilmiştir. "Özkıyım Davranışı Bozukluğu" tanı kriterleri arasında; özkıyım girişiminin son 24 ay içinde gerçekleşmiş olması gerektiği yer almakta olup özkıyım amaçlanmadan kasıtlı kendine zarar verme davranışı ile özkıyım düşüncesi ve niyetinin tanı için yeterli olmadığı belirtilmiştir. 12-24 ay öncesinde girişimi olanlar erken remisyon döneminde kabul edilmiştir. "Özkıyım Olmayan Kendini Yaralama" tanı kriterlerinde ise son bir yıllık dönemde 5 ya da daha fazla günde; negatif duygu ya da bilişlerden kaçmak, kişilerarası sorunları çözmek, olumlu duygu oluşturmak amacıyla sosyal açıdan onaylanmamakla birlikte işlevselliğini de etkilemesiyle sonuçlanan bireyin kendisi tarafından vücut yüzeyine zarar verdiği yer almış ve diğer ruhsal ya da tıbbi bozuklukların dışlanması gerektiği vurgulanmıştır (12,29). Fakat her ikisi de özkıyım niteliği açısından sınırlı kalıp, davranışı bir sonuç olarak göstererek ölümcül ya da ona yakın bir girişimin akut tehlikesini göstermemektedir.

2.1.2 Epidemiyoloji

Her 40 saniyede 1 kişinin, yılda 800.000'e yakın kişinin özkıyım sebebiyle hayatını kaybettiği bildirilmektedir (1). Aile üyeleri, arkadaşları, meslektaşları göz önüne alındığında ise dünya çapında her yıl milyonlarca insan intihar davranışından etkilenmektedir (30,31). Özkıyım sebebiyle ölüm; tüm ölüm nedenleri arasında 15. sırada, 15-29 yaş arası grupta ise 2. sırada yer almaktadır. 2016 verilerine göre dünya genelinde yaşa göre standardize edilmiş intihar oranı her 100.000 kişide 10.5 olup; erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla 13,7 ile 7,5'tir. Özkıyımların %79'u düşük-orta gelir düzeyinde ülkelerde meydana gelmektedir (32). Özkıyım girişimi ile özkıyım arasındaki oranın ise 25:1 olduğu tahmin edilmektedir (33). 2010 yılında yapılan Dünya Ruh Sağlığı Araştırması verilerine göre gelişmiş ülkelerde yıllık prevalans özkıyım düşüncesi için %2, özkıyım planları için %0,6, özkıyım girişimleri için %0,3 bulunmuş olup; gelişmekte olan ülkelerde ise oranlar daha yüksek saptanmıştır. Son 12 ayda özkıyım düşüncesi olduğunu bildiren kişilerde girişim prevalansının belirgin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (34). Bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte dünyada özkıyım için en sık kullanılan yöntemler sırasıyla tarım ilaçları, ası ve ateşli silahlardır (22).

Ülkemizde özkıyıma ait sayısal değerler Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine dayanmaktadır. 100.000 kişi başına düşen özkıyım sayısı anlamına gelen kaba özkıyım hızı; 2017 yılı TÜİK verilerine göre yüz binde 3,82'dir (35). Özkıyım nedeniyle ölen toplam 2729 kişinin %78'ini (2127) erkekler, %22'sini (602) kadınlar oluşturmuştur. Yaş aralığına ait verilere bakıldığında, özkıyıma bağlı ölümlerin en sık 15-29 yaş grubunda; cinsiyete göre karşılaştırıldığında ise kadınlarda en sık 15-19, erkeklerde ise 20-24 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Her iki cinste de en sık başvurulan yöntemin ası olduğu gösterilmiştir. İkinci sıklıkla başvurulan yöntemin; erkeklerde ateşli silah, kadınlarda da yüksekten atlama olduğu belirtilmiştir (36). Ülkemizdeki özkıyım hızı dünya ortalamasının altındadır. Bu durum ülkemizde hem özkıyım hem de girişimini gizleme ve resmi kayıtlara geçirmeme eğiliminin daha yaygın olmasına ve kayıtların güvenilirliğinin düşük olmasına bağlanmaktadır.

2.1.3 Risk Etmenleri

Özkıyım davranışı için risk etmenleri, DSÖ tarafından beş kategoride ele alınmaktadır. Bunlar; bireysel (genetik ve biyolojik yatkınlık, ruhsal hastalık, geçmiş özkıyım girişimi öyküsü, ailede özkıyım girişimi öyküsü, umutsuzluk fikirleri, maddi kayıplar, alkol/madde kötüye kullanımı, kronik ağrı, fiziksel hastalıklar), ilişkisel (kişiler arası ilişki sorunları, sosyal yalıtılmışlık ve sosyal destek azlığı ya da yokluğu), çevresel (travma, istismar, ayrımcılık, kültürel yabancılık veya göçe bağlı stres, doğal afetler ve savaşlar), toplumsal (medyada yer bulan özkıyım, özkıyım araçlarına ulaşımın kolay olması) ve sağlık sistemiyle (sağlık hizmetine ulaşmada güçlük) ilgili etmenlerdir (22).

Ayrıca risk etmenleri; özkıyım davranışına zemin hazırlayan, kişiyi duyarlı hale getiren "uzak (distal) etmenler", aracılık eden "gelişimsel etmenler" ve tetikleyen "yakın (proksimal) etmenler" olarak da sınıflandırılabilmektedir (37). Son çalışmalarda bu sınıflandırma sıkça kullanılmaktadır (38-40). Genetik, aile öyküsü, erken dönem olumsuz yaşam olayları distal etmenler; kronik madde kullanımı, yüksek düzeyde dürtüsel agresyon, anksiyete gelişimsel etmenler; aktif psikopatoloji, intihar düşünceleri, umutsuzluk fikirleri, aktif madde kullanımı, yakın zamanda meydana gelen olumsuz yaşam olayları ise yakın etmenler arasında yer almaktadır (37).

2.1.3.1 Sosyodemografik Risk Etmenleri

Cinsiyete Göre Dağılım: Özkıyım girişimi kadınlarda 2-3 kat fazla olmakla birlikte; özkıyım, erkeklerde kadınlardan dört kat daha fazla görülmektedir (41). Özkıyımın erkeklerde daha yüksek görülme nedeni daha çok ateşli silah ve ası gibi ölümcüllüğü yüksek yöntemleri kullanmalarına bağlanmaktadır. Kadınlara kıyasla daha az yardım arayışında olmaları, sosyal desteklerinin daha az olması, alkol ve madde kötüye kullanımının daha fazla olması diğer sebepler arasındadır (42,43). Kadınlar; major depresyon ve borderline kişilik bozukluğunun görülme sıklığının fazla olması, aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismara daha fazla maruz kalmaları nedeniyle özkıyım düşüncesi ve girişimi açısından daha yüksek risklidir (44).

Yaşa Göre Dağılım: Özkıyım erkeklerde 45 yaş sonrası, kadınlarda 55 yaş sonrası zirve yapmaktadır (33). Ülkemizde özkıyım sonucu ölenler yaş grubuna göre

incelendiğinde kadınların 15-29, erkeklerin ise 15-34 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir (36). Ergenlik dönemi ve yaşlılık özkıyım açısından en riskli dönemdir. Yaşlı bireylerde tamamlanmış özkıyım, gençlerde ise girişim daha sık görülmektedir (33,45). Ergenlik dönemi öncesinde özkıyım davranışı oldukça seyrektir. Özkıyım düşüncesinin 10-12 yaş arasında yavaş, 12-17 yaş arasında ise daha hızlı bir artış gösterdiği, oysa plan ve girişimlerin 12-15 yaş arasında hızlı, 15-17 yaş arasında ise daha yavaş bir artış izlediği gözlenmektedir (46). Ergenlikte özkıyım; psikiyatrik hastalık, düşük akademik başarı, ailede özkıyım öyküsü, ebeveynlerin boşanması ya da ölümü, alkol-madde kullanımı, istismar, düşük özgüven gibi etmenlerle açıklanmaktadır (47,48). Diğer riskli dönem olan yaşlılıkta ise; yalnız yaşama, yaşamı sürdürme nedenlerinin azlığı, psikiyatrik ve/veya fiziksel hastalıkların varlığı, fiziksel bağımlılık ve yetiyitiminin özkıyım için risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (49,50).

Medeni Durum: Özkıyım açısından evli ve çocuğu olan kişilerin daha az riskli olduğu aksine hiç evlenmemiş kişilerde riskin en fazla bulunduğu ve bunu sırasıyla dul, boşanmış ile çocuğu olmayan evli kişilerin izlediği bildirilmektedir (51). Ülkemizde ise 2015 TÜİK verileri, özkıyıma bağlı ölenlerin %50,5'inin evli, %37,7'sinin hiç evlenmemiş, %7,2'sinin boşanmış, %4,6'sının ise dul olduğunu göstermektedir (52). Sosyal izolasyon, yalnız yaşama ve algılanan yalnızlık hissinin de özkıyım açısından risk faktörü olduğu çalışmalarda yer almaktadır (53,54).

Eğitim: Düşük eğitim düzeyi yüksek özkıyım davranışı riski ile ilişkilidir (18,55).

Meslek: Sosyal statü yükseldikçe özkıyım riski artmaktadır. Ayrıca statü düşüşü de riski arttırmaktadır. Genel anlamda çalışıyor olma özkıyım açısından daha düşük riskli bulunsa da çiftçiler, hekim, polis, veteriner hekim, hemşire, avukat, mühendis gibi bazı yüksek riskli meslek grupları olduğu bilinmektedir (33,55). Çalışmalar hekimler arasında ise psikiyatri ve anestezi alanındakilerin diğerlerine göre daha yüksek risk altında olduğunu bildirmektedir (56,57). Özkıyım sonucu ölen doktorlarda en sık saptanan ruhsal bozukluklar depresyon ve madde kötüye kullanımı olmuştur (57). Ayrıca ilaçlara ulaşılabilirliğin yüksek olması ile toksisite hakkında bilgilerinin yüksek olması risk faktörleri arasında yer alır. Başka bir çalışmada ise özkıyım açısından din görevlilerinin en düşük riske sahip olduğu saptanmıştır (58).

Sosyoekonomik Düzey: İşsizlik özkıyım riskini artıran bir etmenler arasındadır (59). Birçok çalışmada ekonomik kriz ve buna bağlı işsizliğin özellikle erkeklerde olmak üzere özkıyım davranışı açısından riski arttırdığını göstermektedir (60-62).

2.1.3.2 Psikiyatrik Hastalıklar

Özkıyım davranışına %90 sıklıkla eşlik ettiği bildirilen psikiyatrik hastalıklar, özkıyım davranışı için en güçlü yordayıcılardan biri olarak görülmektedir (55,63). Risk; hastalığın şiddeti ve birden fazla ruhsal hastalığın birlikte görülmesiyle birlikte artar (64).

Major Depresif Bozukluk (MDB): Özkıyım davranışı majör depresif bozukluk ile yakından ilişkilidir ve hem DSM-IV-TR hem de DSM-V'te tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Birinci eksen tanıları arasında özkıyım düşüncesinin en güçlü öngörücülerindendir ancak plan ve girişimleri öngörmede yeterli değildir (65). Özkıyıma bağlı ölümlerin yarısında major depresif bozukluk olduğu tahmin edilmektedir (55). Tanı alan hastalarda yaşamboyu özkıyım riski; erkeklerde %7, kadınlarda %1 olarak belirlenmiştir (66). Özkıyım girişimi öyküsü oranı ise %30-40 arasında tahmin edilmektedir (67). MDB tanılı hastalarda özkıyım davranışı açısından belirlenmiş risk faktörleri; erkek cinsiyet, işsizlik, düşük eğitim seviyesi, geçmiş özkıyım girişimi varlığı, vejetatif ve psişik anksiyete belirtilerinin şiddeti, umutsuzluk ve karamsarlık, yaygın anksiyete bozukluğu ek tanısıdır (68).

Bipolar Afektif Bozukluk (BAB): Bipolar afektif bozukluğu olan kişilerin %25-50'si yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmakta, %8-19'u ise özkıyıma bağlı ölmektedir (69). Bir metaanaliz çalışması riskin genel popülasyondan 20-30 kat fazla olduğunu belirtmektedir (70). Depresif döneminde özkıyım riski major depresif bozukluğa göre daha yüksektir ve tip 2, tip 1'e kıyasla özkıyım davranışı açısından daha risklidir (71). BAB'ta özkıyım davranışı açısından belirlenmiş risk faktörleri; genç yaş, bekar veya boşanmış olmak, erken başlangıç, karma özelliklerin varlığı, atipik özelliklerin varlığı, psikotik özelliklerin varlığı, geçmiş özkıyım girişimi öyküsü, depresif dönemlerin daha baskın olması, hızlı döngülülük, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu, yeme bozukluğu, anksiyete bozukluğu ek tanıları,

agresyon, dürtüsellik, ailede hastalık veya özkıyım öyküsü, çocukluk çağı travmasıdır (72).

Duygudurum bozukluklarında hastalığın erken dönemlerinde; psikotik belirtiler, anhedoni, anksiyete, panik atak, uykusuzluk ve alkol kötüye kullanımının, hastalığın geç dönemlerinde ise; umutsuzluk fikirleri ve geleceğe dair olumsuz inanışların depresif semptomlara eşlik ediyor olmasının özkıyım açısından riski arttırdığı belirtilmiştir (55).

Şizofreni: Özkıyım riski şizofreni hastaları arasında yüksektir, %10 kadarı özkıyım sonucu ölmekte, %20-50'si özkıyım girşiminde bulunmaktadır (73). Özkıyım riski hastalığın gidişi boyunca yaşamboyu yüksek olarak kabul edilmekle birlikte özellikle ilk yıllarda daha yüksektir (74). Şizofrenide özkıyım için risk faktörleri; erkek cinsiyet, erken başlangıç, yüksek eğitim düzeyi, yüksek zeka düzeyi, önceki özkıyım girişimleri, geçmiş veya mevcut dönemde depresyon varlığı, umutsuzluk, dürtüsellik, madde kullanımı, hastalığın başlangıç döneminde olma, fazla sayıda hastane yatışı, yakın zamanda hastane yatışı ya da taburculuk ile içgörü (özellikle umutsuzluğa yol açıyorsa) varlığıdır (75). Ayrıca tedavide kullanılan ilaçların akatizi gibi yan etkisine ikincil olarak özkıyım davranışının arttığı bildirilmektedir (76).

Alkol ve Madde Kullanımı: Özkıyım girişiminde bulunan erkeklerin % 30-40'ında, kadınların % 15-20'sinde alkol kötüye kullanımı saptanmıştır (77). Bu olguların %40 kadarında daha önce de özkıyım girişimi olduğu bildirilmektedir (33). Alkol Kullanım Bozukluğu (AKB), özkıyım davranışında ikinci sıklıkta görülen psikiyatrik hastalıktır (78). Alkolün, sorunlarla başa çıkma mekanizmalarının işlevselliğini azalttığı, kişinin cesaretini arttırarak özkıyımı tetikleyici etkide bulunduğu gösterilmiştir (79). Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı gözlenen bireylerde özkıyım için risk faktörleri; bekâr olma, orta yaş, kişilerarası ilişkilerde zayıflık, ailede hastalık veya özkıyım öyküsü, alkole erken yaşlarda başlama, dürtüsellik, eşzamanlı başka madde kullanımı ve komorbid psikiyatrik tanı varlığıdır (80).

Madde kullanımının özkıyım riskini arttırdığı bilinmektedir. Madde kötüye kullanımı/bağımlılığı sıklığı özellikle özkıyım nedeniyle ölen ergenlerde fazla olup riski 2-4 kat arttırmaktadır (81). En sık kullanılan yöntem aşırı dozdur. Aşırı dozda madde kullanımı, damar içi madde uygulaması, antisosyal kişilik bozukluğu ek

tanısının bulunması ve dürtüsellik gibi etmenler özkıyım riskinin artmasına neden olmaktadır (33). Ayrıca bağımlı bireylerin çocukluk dönemlerinde istismar ve travmaya maruz kaldıkları belirtilmektedir (82).

Kişilik Bozuklukları: Özkıyım davranışına eşlik eden ruhsal hastalıklar grubunda önemli yeri olan kişilik bozuklukları için yaşamboyu özkıyım riski %3-9 arasındadır. Bu bireylerin %40-90'ı yaşamlarının bir döneminde özkıyım girişiminde bulunmaktadır. Ancak yarısında depresif belirtiler eşlik etmektedir (83). Kişilik bozuklukları, hem depresif bozukluklar veya alkol/madde bağımlılığı gibi ruhsal bozukluklara yatkın duruma getirerek hem de kişilerarası ve sosyal uyum sorunlarına yol açarak özkıyım davranışı üzerinde çok yönlü belirleyici olabilmektedir. Kadınlarda borderline kişilik bozukluğu, erkeklerde antisosyal kişilik bozukluğu öne çıkmaktadır (84). Birçok çalışma özkıyım davranışına borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının en sıklıkla eşlik ettiğini gösterse de yakın zamanda yapılan bir meta-analizde borderline kişilik bozukluğunu narsistik kişilik bozukluğunun izlediği belirtilmektedir (4). İşsizlik, maddi zorluklar, kişilerarası çatışma ve dürtüsellik kişilik bozukluklu bireylerde özkıyım riskini artıran faktörlerdir (81).

Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları: Özkıyımla ilişkili tanılardandır ve riski 6 ile 10 kat arttırdığı bildirilmektedir (85). MDB ve/veya alkol-madde kullanım bozukluğu eş tanısıyla risk daha da artmaktadır. Yüksek anksiyetenin kendisi de özkıyım riskini arttıran faktörlerdendir.

Yeme Bozuklukları: Özkıyım girişimi sıklığı anoreksiya nervozada % 3-20, bulimiya nervozada % 25-35 olarak bildirilmiştir (55). Anoreksiya nervozada özkıyım, ikinci en sık ölüm nedenidir (86).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Özkıyım davranışı açısından risk etmenlerinden biri olduğu gösterilmiştir. Bunda, duygudurum bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğu gibi eş tanıların sık olması ile dürtüselliğin etkili olduğu belirtilmektedir (87).

Uyku Bozuklukları: Son yıllarda özkıyımla ilişkili belirtiler arasında ilk onda yer aldığı; insomnia, uyku kalitesinde bozulma ve kabus bozukluklarının özkıyım açısından bağımsız bir risk etmeni olabileceği düşünülmektedir (88).

Diğer: Distimi ve uyum bozuklukları da özkıyım nedenleri arasında yer almaktadır. Ayrıca yasın da özkıyım riskini arttırdığı, bu riskin ilk bir haftada en yüksek olduğu, takip eden ay içerisinde hızla azaldığı, ancak ilk bir yıl boyunca yüksek kaldığı ve kaybın yıl dönümlerinin yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir (89).

2.1.3.3 Fiziksel Hastalıklar

Fiziksel hastalıklar ile özkıyım arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Eşlik eden psikiyatrik hastalığın riski arttırdığı düşünülmektedir. Kronik ağrı ve ölümcül hastalığa sahip olanlarda risk oldukça yüksektir. Kronik ağrı, depresyona sebep olabileceği gibi depresyonun kendisi de ağrıyı arttırabilir. Ayrıca umutsuzluğa yol açması da özkıyımı arttırmaktadır (55). Tıbbi hastalıkların özkıyımda %35-40'e varan oranda rolü olduğu, yaşlı kişilerde bu oranın %70'lere çıktığı belirtilmektedir (18). Multiple Skleroz, Huntington hastalığı, AIDS, kanser, epilepsi, son dönem böbrek hastalığı, beyin-omurilik hasarı, kalp hastalığı, kronik obstruktif akciğer hastalığı, karaciğer yetmezliği, sistemik lupus eritematozus özkıyım açısından yüksek riskli fiziksel hastalıklardır (18,55).

2.1.3.4 Önceki Özkıyım Girişimi

Özkıyım girişiminde bulunan kişilerin özkıyım riski yaşamboyu %10-15'tir. Bu oran Suominen ve arkadaşları tarafından yapılan 37 yıllık uzunlamasına bir çalışmada da doğrulanmıştır. Risk girişimi takip eden ilk bir yıl içinde en yüksektir (90). 1 yıl içinde özkıyım girişimini yineleyenlerin genellikle işi olmayan, bekar, ruhsal sorunları olan bireyler olduğu belirtilmektedir (91). Özkıyım nedeniyle ölen kişilerin yarısı daha önceden en az bir kez girişimde bulunmuştur. Geçmiş özkıyım girişimleri gelecekteki özkıyım davranışını öngörmede en etkili faktörlerden biridir. Yakın zamanda özkıyım girişiminde bulunmuş, birden fazla girişim öyküsü olan, ölümcüllüğü yüksek yöntemler kullanan kişilerde risk artmaktadır (55). Irigoyen ve arkadaşlarının yakın zamanlı yaptığı bir çalışmada; B grubu kişilik bozukluklarının, iyi tedavi uyumunun ve önceki özkıyım girişiminin son 6 ay içinde yineleyen özkıyım davranışını öngören bağımsız üç etmen olduğu saptanmıştır (92).

2.1.3.5 Aile Öyküsü

Diğer risk etmenleri gibi tek başına yeterli olmasa da ailede özkıyım davranışı ve psikiyatrik hastalık varlığı öyküsü kişide özkıyım davranışı riskini arttırdığı bilinmektedir. Veriler ikiz ve evlat edinme çalışmalarına dayanmaktadır. Çalışmalar özkıyım davranışının %45-55 oranında genetik olarak kalıtıldığını göstermektedir (93,94). Özkıyım girişimleri için %17.4, özkıyım düşünceleri için %36 oranında kalıtılabilirlik olduğu öngörülmektedir (95).

2.1.3.6 Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı

Kasıtlı kendine zarar verme davranışlarının ileri dönemde intihar girişim riskini artırdığı gösterilmiştir (96). Claes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kendine zarar verme davranışının 6 ay içinde gerçekleşecek özkıyım girişimi için güçlü bir öngörücü olduğundan bahsedilmiştir (97). Ayrıca geçmiş kendine zarar verme davranışı öyküsünün, depresyon tanısı eşliğinde mevcut özkıyım riskinin arttığı saptanmıştır (98).

2.1.3.7 Bireysel Özellikler

Özkıyım davranışıyla ilişkili bireysel özellikler; dürtüsellik, agresyon, nörotizm, mükemmeliyetçilik ve anksiyete olarak gösterilmiştir (99). Yüksek düzey dürtüsellik, sinirlilik ve nörotizm özkıyım davranışıyla ilişkilendirilmiştir (100). Ayrıca umutsuzluğun da son yıllarda özkıyım davranışında riski arttıran bağımsız faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir (101).

2.1.3.8 Çevresel Etmenler, Stresli Yaşam Olayları

Psikopatoloji, aile öyküsü gibi uzak risk etmenlerinin, sosyo-çevresel stressörler gibi yakın risk etmenleri ile etkileşmesi sonucu özkıyıma giden süreç hızlanmaktadır. Yakın dönem kişilerarası ilişki sorunları, ekonomik sıkıntılar, kayıplar, savaşlar, afetler, ayrımcılığa maruziyet ve göç riski arttıran etmenlerdendir (55,102,103). Ayrıca medyada yer alan özkıyım ile ilgili haberlerin dramatikliği, özkıyım yönteminin ayrıntılarının paylaşılmasının riski yükseltebileceği belirtilmektedir (104,105). Kitle iletişim araçlarında özkıyımın yer alması davranışın taklit edilmesiyle

sonuçlanabilmektedir. “Kopya intiharlar” ya da “Werther Etkisi” buna örnektir (55,106). Özkıyım yöntemine kolay erişilebilirlik de diğer çevresel etmenlerdendir.

2.1.3.9 Kullanılan Yöntemin Ciddiyeti

Özkıyım girişim yönteminin vücuda verdiği hasar arttıkça girişimin ciddiyeti de artmaktadır. Yöntemler şiddet içeren ve içermeyen şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Ateşli silah, ası, yüksekten atlama, kesici alet kullanma ve araç ya da trenin önüne atlama ile özkıyıma sebep olunan yöntemler şiddet içeren; ilaç ya da zehirli madde alımı, gaz zehirlenmeleri, boğulma şiddet içermeyen yöntemler arasında yer almaktadır (107). Yöntem seçiminin incelendiği bir çalışmada, şiddet içeren girişimde bulunanların yaş ortalamalarının daha büyük olduğu ve erkeklerin çoğunlukta olduğu ve daha fazla psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu saptanmıştır (108). Çalışmalarda; kullanılan yöntemin sonraki özkıyım davranışını öngörebileceği belirtilmektedir (109).

2.1.4 Koruyucu Etmenler

Özkıyım önleme çalışmalarında koruyucu etmenlerin güçlendirilmesi ve değiştirilebilir risk etmenlerinin azaltılması amaçlanmaktadır. Koruyucu etmenler, risk faktörlerin etkisini hafifleten, azaltan ya da ortadan kaldıran ve kişinin yeterliliklerinin oluşmasına katkı sağlayan durumları açıklamaktadır (110). Kişinin yaşamak için nedeninin olmasının koruyucu etmen olduğu öne sürülmüştür. İş sahibi olmak, çocuk sahibi olmak, hamilelik, aileye karşı kuvvetli sorumluluk duygusu, güçlü dini inanç, stresörlere karşı başa çıkma yetisi, güçlü sosyal destek, pozitif terapötik ilişki varlığı ve ruhsal hastalığın olmaması koruyucu etmenler arasındadır (111). Siegman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise; psikolojik dayanıklılık, öznel mutluluk hissi ve yaşamaya dair memnuniyet halinin özkıyım düşüncesini azaltmaya yardımcı olduğu saptanmıştır (112). Psikolojik dayanıklılık; zorluklarla baş edebilme ve yeni koşullara uyum sağlamayı içermektedir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler; problem çözme becerilerine sahip, diğer kişilerle iyi iletişim kurabilen, öz saygısı yüksek, empati yeteneğine sahip, mücadeleci ve kendini geliştirebilen bireylerdir

(113,114). Stresör ve/veya risk faktörleri ile karşılaşıldığında psikolojik dayanıklılığın; bireyi özkıyım girişiminde bulunmaktan alıkoyan beceri, algı ya da inanç grubu olduğu belirtilmektedir (115).

2.1.5 Etiyoloji

Özkıyım; biyolojik, psikolojik ve toplumsal faktörlerin bileşmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda özkıyıma neden olan değişkenleri incelemek amacıyla çeşitli kuramlar öne sürülmüştür.

2.1.5.1 Psikolojik Etmenler

Psikodinamik Kuram: Sigmund Freud; özkıyımı depresyonla ilişkilendirmiştir. 'Yas ve Melankoli' makalesinde yer aldığı üzere; gerçekte ya da hayali bir şekilde kaybedilen sevgi nesnesinden sonra, sevgi nesnesine karşı ambivalan duygular yaşanmaktadır. Ambivalan olarak sevilen ve nefret edilen kişinin kaybıyla, o kişi içe alınır ve saldırganlık içe döner. Freud; depresif bireyde sadistik düşüncenin benliğe döndüğünü ve üstbenlik tarafından cezalandırılan benliğin kendini ölüme doğru sürüklediğini öne sürmüştür (116).

Nesne İlişkileri Kuramı: Kind; özkıyımın çatışmalı bir ilişkiden doğdunu ve özkıyım girişiminin öncelikli amacının ölmek değil, ilişki odağında bulunan nesnenin değişmesini sağlamak olduğunu ileri sürmüştür. Kind'e göre ilkel nesne ilişkilerini anlamak, sorunu anlamanın temelidir (24).

Menninger'in Ayrışım Kuramı: Menninger'e göre yapıcı ve yıkıcı dürtüler birbiri ile ilişki halindedir. Ayrışım sonucunda; yıkıcı dürtüler, yapıcı dürtüleri bastırır ve özkıyıma eğilim ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda; özkıyımın üç kaynağı olduğunu, bunların da başkasını öldürme, başkaları tarafından öldürülme ve kendini öldürme arzusundan oluştuğunu öne sürmektedir (24).

Henseler'in Narsistik Kuramı: Henseler, özkıyımın; özgüveni, özsaygısı azalmış kişideki narsisistik çatışma sonucu yalnız ve çaresiz hissetmeyle ortaya çıktığını ileri sürmektedir (117).

Sosyal Öğrenme Kuramı: Davranışın öğrenme yoluyla şekillendiği varsayımından yola çıkan kurama göre özkıyım; stresli yaşam olaylarına karşı oluşan öğrenme yoluyla edinilmiş bir tepkidir. Kişi tepkiyi, çevresindeki insanları ve olayları gözleyerek öğrenmektedir. Ailede özkıyım öyküsünün olması kuramı desteklemektedir (118,119).

Baumeister'ın Kendilikten Kaçış Kuramı: Baumeister, özkıyımın; kişinin ölme arzusundan değil kendisinden kaçma arzusundan kaynaklandığını öne sürmektedir. Kuram; kişinin başka bir zaman veya yerde, başka biri olabilme ihtimali olsa, özkıyımı seçmeyeceğini ifade etmektedir (120).

Shneidman'ın Kuramı: Shneidman, özkıyımın; ruhsal ihtiyaçların engellenmesi sonucu oluşan dayanılmaz psikolojik acı ("psycahce") nedeniyle egonun gücünün zayıflamasıyla ortaya çıktığını öne sürmektedir. Özkıyım girişimini "parasuisid" olarak adlandırmakta ve amacı gizli olan kararsız bir davranış olarak değerlendirmektedir (24). Umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, utanç ve değersizlik duygularına sahip bireyin çözüm yolu olarak özkıyımı seçtiğini belirtmektedir (121).

Beck'in Umutsuzluk Kuramı: Beck, özkıyımı; kişinin umutsuzluktan çıkış için tek çözüm yolu olarak algıladığını öne sürmektedir. Kuramını depresyon ve umutsuzluk arasındaki ilişkiden yola çıkarak açıklamaya çalışmıştır. Depresyonda bilişsel üçlü olarak da bahsedilen; kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak görmenin özkıyım sürecini başlatan ve sürdüren en önemli etken olduğu belirtmiştir (122).

Varoluşçu Kuram: Yalom, yaşamın anlamsız olduğunu hissedip, kendi anlamını kendi yaratma sorumluluğunu almamanın belki de özkıyıma götüren en önemli sebep olduğunu öne sürmüştür (123,124).

2.1.5.2 Sosyolojik Etmenler

Sosyolog Emile Durkheim, özkıyımı toplumsal bir olgu olarak ele almıştır. Bireyin kendini toplumun bir parçası olarak görmesini ‘‘toplumsal bütünleşme’’ ve bireyin rasyonel olmayan arzu ve isteklerinin toplumsal olarak düzenlenmesini de ‘‘sosyal düzenleme’’ olarak açıklamıştır. Kuram; toplumsal bütünleşme ve sosyal düzenlemenin zayıf ya da güçlü olmasına göre özkıyımı dört grupta sınıflanmaktadır.

Bu sınıflamada; toplumla bütünleşme eksikliğinden kaynaklanan egoistik (bencil), toplumla aşırı bütünleşme sonucu meydana gelen alturistik (elcil), güçlü sosyal düzenleme ile oluşan kaderci, zayıf sosyal düzenleme ile oluşan anomik (kuralsız) özkıyımlar yer almaktadır (125,126).

2.1.5.3 Biyolojik Etmenler

Özkıyım davranışında; beyinde serotonerjik aktivitede ve beyin omurilik sıvısında 5-Hidroksi indol asetik asit (5HIAA) düzeylerinde azalma, prefrontal korteks ve hipokampusta serotonin reseptörlerinde artış mevcuttur (127,128). Öfke, dürtüsellik, anksiyete gibi özkıyım ile ilişkili faktörlerden serotonerjik aktivite sorumlu tutulmaktadır (129). Serotonin taşıyıcı geni (5-HTT) polimorfizmi ile triptofan hidroksilaz gen (TPH1) varyasyonunun özkıyım davranışı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (130).

Dopaminerjik sistem ile ilgili çalışmalar nispeten daha az olmakla birlikte Crow ve ark. Yaptığı bir çalışmada homovalinik asit (HVA) düzeyleri özkıyım girişiminde bulunan bireylerin hipokampüsünde daha düşük saptanmıştır (131).

Dürtüsellik, emosyonel instabilite ve saldırganlık ile ilişkili olabileceği düşünülen hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) sistemdeki aktivite artışının, özkıyım davranışı ile ilgili olduğu gösterilmektedir (132). Deksametazon supresyon testinde kortizol düzeyi baskılanmayan depresif bireyler artmış özkıyım riski ile ilişkilendirilmektedir (133).

Postmortem çalışmalarda, özkıyım nedeniyle ölen kişilerin hipokampusunda beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF), tirozin kinaz B (TrkB) düzeylerinde azalma saptanmıştır (134).

Depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, sınır kişilik bozukluğu tanılarından herhangi birini alan özkıyım girişiminde bulunmuş vakalarda yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmasında orbitofrontal korteks (OFK) gri cevherde azalma; şizofreni veya depresyon tanısı alan vakalarda amigdala gri cevherde artma olduğu belirtilmiştir. OFK ve amigdalanın; emosyon düzenlenmesinde, dürtü denetiminde etkili olduğu ve buradaki yapısal bozuklukların dürtüsellik artışına neden olarak özkıyım davranışına yol açabileceği ileri sürülmüştür (135). Başka bir çalışmada; özkıyıma yatkın bireylerde yapısal olarak rektal girus, süperior temporal girus ve kaudat nükleus

hacminde azalma, fonksiyonel olarak anterior ve posterior singulat korteks reaktivitesinde artış bildirilmiştir (136).

Mann ve arkadaşlarının önerdiği stres-diyatez modelinde; gen ve erken çocukluk deneyimlerinin, nörokimyasal (norepinefrin, serotonin, dopamin), nöroendokrin (HPA ekseni) ve klinik (agresyon, dürtüsellik, nörotizm, umutsuzluk, kötümserlik) endofenotiplerin etkisi ile özkıyım davranışına sebep olduğu öne sürülmüştür. Diyatezin (yatkınlık) kişide kalıcı bir özellik olarak bulunduğu, bireysel özellikler ile çevresel faktörlerin etkileşmesiyle psikiyatrik hastalıklardan bağımsız olarak ortaya çıktığı ifade edilmiştir (139). Model sonraları geliştirilerek özkıyım davranışı için klinik ve psikolojik risk faktörlerini veya endofenotipleri, ilişkili altta yatan nörobiyolojik anormalliklere bağlayarak sonraki özkıyım davranışı açısından öngörüyü artırabileceği belirtilmiştir (140). Daha yakın zamanlı model ışığında yapılan başka bir çalışmada da ilk özkıyım girişiminde ölen kişilerin ölmeyenlere göre intihara daha yatkın olduğu, bu kişilerde daha az miktarda stresörün tetikleyici görev gördüğü ileri sürülmüştür (141).

2.1.6 Modern Özkıyım Teorileri

Kişilerarası Özkıyım Teorisi ("Interpersonal - Psychological Theory of Suicidal Behavior")

Joiner ve arkadaşlarının (2005) geliştirdiği kuram; özkıyım davranışı ile kişilerarası ilişkiyi inceleyerek, kişinin ancak hem özkıyım isteği ve hem de bu istek üzerine hareket etme kabiliyetinin her ikisine birden sahip olması halinde özkıyım girişiminde bulunacağı hipotezine dayanır (142,143). Geniş bir yelpazede özkıyım risk faktörlerini ve öngörücüler üzerinden özkıyım düşüncesinden özkıyıma giden süreci değerlendirmektedir. Teori; engellenmiş aidiyet ("thwarted belongingness") ve umutsuzluk ile algılanan yük - kendini yük olarak görme ("perceived burdensomeness") gibi iki proksimal risk faktörünün eşzamanlı bulunması sonucu özkıyım arzusunun oluştuğunu öne sürmektedir. Engellenmiş aidiyet; kişinin arkadaşlarına, ailesine veya diğer sosyal çevresine yabancılaşmış olduğunu deneyimlemesi, yalnızlık hissi veya karşılıklı olumlu ilişkilerinin yokmuş gibi algılanması anlamına gelmektedir. Kendini yük olarak görme ise; kişinin başkalarına

yük oluyor şeklindeki yanlış algılamalarıdır. Bu durumda genellikle kişide; kendine yönelik hoşnutsuzluk ve ölümünün yaşamından daha iyi olacağına yönelik inanç vardır. Teoriye göre, her birinin tek başına varlığı pasif özkıyım düşünceleri açısından risk faktörü olmakla birlikte; her ikisinin birlikte olması halinde ve durumun değişmeyeceğine yönelik inanç varlığında aktif özkıyım düşünceleri gelişir (144). Düşüncenin niyet ve girişime dönüşmesi için ise edinilmiş kapasite ("acquired capability") gerekliliğinden bahsedilmiştir. Özkıyım davranışında bulunabilmek için kendini koruma dürtülerinin azalmış olması gerektiği öne sürülmektedir. Bunun da, kişinin benzer biçimde zor, acı verici ve korkutucu uyaranları tekrar tekrar yaşaması gerekliliğine bağlanmaktadır. Bu teori kapsamında, bu acı verici ve kışkırtıcı olaylar, edinilmiş özkıyım yeteneğini geliştirme olasılığını arttıran risk faktörleri olarak kabul edilir. Algılanan yük, engellenmiş aidiyet ve edinilmiş özkıyım yeteneğinin her üçünün de yüksek düzeyde bulunması; özkıyım davranışının ölümcüllüğü, özkıyım düşüncesi ve girişimi açısından büyük risk olarak görülmektedir (145).

Üç Basamaklı Özkıyım Teorisi ("The Three-Step Theory")

Klonsky ve ark., özkıyım düşüncesi ile davranışın oluşumunun farklı mekanizmalarla açıklanabileceğini öne sürmektedir. Düşünceden davranışa giden sürecin acı, umutsuzluk, bağlantının kopması ve özkıyım kapasitesi ile açıklanabileceği ifade edilmektedir (146). Teoriye göre; ilk basamak özkıyım düşüncesinin gelişimidir. Bunda ruhsal acının gereksinimi vurgulanmaktadır ancak ruhsal acının tek başına özkıyım düşüncesi gelişimini açıklayamayacağı umutsuzluğun eklenmesiyle ile meydana geldiği belirtilmektedir (146). İkinci basamakta ise; bağlılık kavramından bahsedilmektedir. Bireyin sosyal çevresine ve/veya işine, sorumluluklarına karşı bağlılık durumunun özkıyım düşüncesinin davranışa evrilme sürecinde koruyucu etmen olduğu, bağlılığın ortadan kalkmasıyla özkıyım düşüncesinin şiddetinin arttığı ve davranışa evrilmesinin kolaylaşabileceği ifade edilmektedir. Teorinin üçüncü basamağında, düşüncenin davranışa dönüşümü için kişide özkıyım kapasitesinin olması gerektiği öne sürülmektedir. Özkıyım kapasitesi; kişinin hayatı boyunca fiziksel istismar, suisidal olmayan kendine zarar verici davranışlar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin özkıyımı, dövüş eğitimi gibi acı veren ya da tahrik eden olaylara

maruz kalması sonucu acı, korku, ölüm gibi bileşenlere alışkın olmasını ifade etmektedir (146,147).

Entegre Motivasyonel – İradesel Özkıyım Modeli ("The Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model of Suicidal Behaviour")

Model 2011 yılında O'Connor tarafından önerilmiş, sonraki çalışmalarla da geliştirilmiştir (148,149). Özkıyımın, biyopsikososyal etkenlerin karmaşık etkileşimi ile geliştiğini fakat özkıyımı daha iyi anlayabilmek için psikiyatrik kategorilerin ötesine geçmek gerektiğini belirtmiştir. Özkıyım düşüncesi olsun olmasın kimin ne zaman eyleme geçeceğini anlayabilmek için geliştirildiği ifade edilmiştir. Motivasyon öncesi faz, motivosyonel faz ve iredesel faz olmak üzere 3 alandan oluşmaktadır. Motivasyon öncesi faz; kişiyi özkıyım düşünce ve niyetine götüren biyopsikososyal faktörler, kişisel yatkınlık, çevresel olayları kapsamaktadır. Motivasyonel faz ise kişide özkıyım düşüncelerinin ya da niyetinin oluştuğu süreçtir ve merkezinde tuzağa düşmüşlük, kapana sıkışmışlık ("entrapment") yatmaktadır ve yenilmişlik duygusu tarafından tetiklenerek sürece katkıda bulunduğu öne sürülmektedir. Son faz ise iradesel fazdır ve özkıyım eylemine dönüşme aşamasını tanımlamaktadır. Bu faza dürtüsellik, ölüm korkusunun olmaması, geçmiş özkıyım davranışları gibi mediyatörlerin aracılık ettiği ifade edilmiştir (148,149).

2.2 YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARDA ÖZKIYIM

Özkıyım girişimi sonrası genel hastane acil servislerine başvuran 4 hastadan birinin; psikiyatri kliniğine yatış amaçlı sevk edildiği, bu kişilerin daha çok yaşlı, psikotik bozukluk ya da duygudurum bozukluğu tanısı almış, son bir hafta içinde girişimde bulunmuş, psikiyatrik tedavi öyküsü olan ve alkol etkisinde iken özkıyım girişiminde bulunmamış olan bireyler olduğu belirtilmektedir (150). Başka bir çalışmada ise özkıyım girişimi sonrası acil servise başvuran 840 hastadan 180'inin psikiyatri kliniğine yatışının yapıldığı; erkek cinsiyet, psikiyatrik hastalık varlığı, daha önce yatarak tedavi görme ve özkıyım girişim öyküsü bulunması, öldürücü yöntem kullanımı, devam eden özkıyım düşüncesi ile plan varlığı ve madde kullanım

bozukluğu tanısı almamasının yatış kararı vermede etkili olduğu ifade edilmektedir (151). Özkıyım düşüncesi ile başvuran hastalara yatış kararı verilmesinde ise psikoz, geçmiş özkıyım girişimi varlığı ve devam eden özkıyım planı etkili bulunmuş olup; tanı, farmakoterapi, kişinin bir psikiyatrist tarafından düzenli takibi olması gibi değişkenlerin kararı etkilemediği belirtilmektedir (152).

Özkıyım davranışı öncesi dönemde hastaların sağlık merkezlerine başvuruları birçok çalışmada incelenmiştir. 2018 yılında yayımlanan özkıyım sonucu hayatını kaybeden hastalarla yapılan 20 çalışmanın dahil edildiği meta-analiz çalışmasında; hastaların %3,7'sinin yatarak tedavi gördüğü sırada hayatını kaybettiği, %18,3'nün yataklı sağlık servis hizmetleriyle, %26,1'nin de ayaktan sağlık servisi hizmetleriyle ölümlerinden önceki 1 yıl içinde temasının olduğu saptanmıştır (153). Başka bir sistematik derlemede ise özkıyım nedeniyle ölen bireylerin %80'nin özkıyımdan önceki 1 yıl, %16'sının özkıyımdan önceki 1 hafta içinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurusunun olduğu; sırasıyla %31 ve %10'unun son 1 yıl ve 1 hafta içinde ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmak için başvurusu olduğu saptanmıştır. Başvuruların 50 yaş üzerindeki kadın hastalarda daha sık olduğu tespit edilmiştir (154). Kanada'da 2835 tamamlanmış özkıyım vakası incelenerek yapılan çalışmada ise özkıyım öncesi 1 yıl içinde sağlık hizmet sunucularıyla temas eden bireylerin %91,7 gibi diğer çalışmalardan daha yüksek bir oranda olduğu ve özkıyım öncesi başvuru süresinin ortalama 18 gün olarak tespit edildiği bildirilmiştir (155). Hastaların %52,2'sinin yatışı esnasında özkıyım düşüncesi bildirdiği ve %19,7'sinin ise öncesinde özkıyım girişimi olduğu saptanmıştır. Örneklemde sosyodemografik açıdan anlamlı farklılık bulunamasa da erkeklerin, özkıyım girişimi öncesi bir sağlık merkeziyle temasının ve yardım arayışının daha az olduğu tespit edilmiştir (156).

Özkıyım riski nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören hastalarla yapılan çalışmalara bakıldığında; hastaların daha çok kadınlardan ve 40-59 yaş grubundan oluştuğu, en sık zehirlenme yönteminin seçildiği bildirilmiştir. Risk faktörleri; psikiyatrik hastalıklar (%26,2), aile içi sorunlar (%19,2), ekonomik problemler (%6,5) ve fiziksel hastalıklar (%5,9) olarak belirlenmiştir (157). Ülkemizde özkıyımla ilgili çalışmalar sınırlı olup Zincir ve arkadaşları, psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 2000 hastadan özkıyımı girişimi olan 277'sinin tıbbi kayıtlarını geriye dönük tarayarak yaptıkları çalışmada; literatürdeki verilere benzer şekilde kadın hastaların daha fazla

özkıyım girişiminde bulunduğunu ve en sık kullanılan yöntemin ilaç içimi olduğunu saptamışlardır. Ayrıca büyük çoğunluğunun iş sahibi olmadığı, bekar kadınlar ile evli erkeklerin daha çok girişimde bulunduğu, girişimcilerin %46,9'unun bir, %30,7'sinin iki, %22,4'ünün üç ve/veya üçten fazla girişimde bulunduğu tespit edilmiştir. En sık depresif bozukluk (%48,4) tanısı saptanmış olup bunu uyum bozukluğu (%12,3), şizofreni (%9), bipolar bozukluk (%12,2) ve organik mental bozukluk (%7,6) takip etmiştir (158). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, psikiyatri hastanelerinde yatarak tedavi gören hastalarda intihar oranları daha yüksektir (159,160). Goldberger ve arkadaşları (2015), genel popülasyona göre riskin 30 kata kadar arttığını belirtmiştir (161). Son zamanlarda yatarak tedavi görme öyküsünün tek başına bir risk faktörü olabileceği öne sürülmektedir (162).

Yatarak tedavisi sağlanan kişilerde riskin tamamen sona erdiği düşünülmemelidir. Hatta bazı çalışmalar yatarak tedavi görmekte olan hastalarda riskin arttığını, özellikle yatışı takip eden ilk günlerde riskin en yüksek olduğunu bildirmektedir (163,164). Martelli ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada; özkıyımların %5-6'sının hastanede gerçekleştiğini, %3-5,5'inin psikiyatri hastanelerinde ve %2'sinin genel hastanelerde görüldüğünü saptamıştır (165). Aynı çalışmada hastanede gerçekleşen özkıyımlarda; kişide ya da ailesinde özkıyım öyküsü, özkıyım girişimi nedeniyle hastanede yatıyor olma, yalnız yaşıyor olma, şizofreni veya duygudurum bozukluğu tanısı varlığının riski arttırdığı gösterilmiştir. Farklı çalışmada yatan hasta özkıyımlarının; ruhsal hastalığı olup özkıyım sonucu ölenlerin %10'unu ve genel popülasyondaki tüm özkıyımların %2,5'ini oluşturduğu gösterilmiştir (163). Yakın zamanlı başka bir çalışmada hastanede gerçekleşen kendine zarar verme ve özkıyım girişimlerinin sebepleri; terapötik iletişimde yetersizlik , öngörücülükte zorluk ve öngörülebilse bile önleme konusunda zayıf müdahele olarak tanımlanmış, en sık duygudurum bozukluğu (%41,8) ve şizofreni (%36,4) tanılarının saptandığı belirtilmiştir (166). Yataklı servislerde meydana gelen özkıyım davranışında duygudurum bozukluğu ve şizofreni tanılarının başı çekiyor olduğu literatürde birçok çalışma tarafından desteklenmektedir (167,168).

2.3 TABURCULUK SONRASI DÖNEMDE ÖZKIYIM

Özkıyım davranışı açısından riskli olduğu belirtilen diğer dönem ise taburculuk sonrası dönemdir. Risk özellikle taburculuğu takip eden ilk hafta en fazla olmakla birlikte 1 yıl boyunca yüksek seyretmektedir (169,170). Yakın zamanda yapılmış bir metaanalizde; özkıyım hızının taburculuktan sonraki ilk hafta 100,000 kişide 2950, ilk ay ise 100,000 kişide 2060 olduğu saptanmıştır (171). Risk, kadınlarda ve özkıyım girişimi nedeniyle yatışı olan hastalarda artmaktadır. Genel popülasyona göre kadınlarda 250 kat, erkeklerde 100 kat risk artışı saptanmıştır (164). Yatış sayısı arttıkça riskin arttığı da belirtilmektedir (161). Bazı çalışmalar kısa yatış sürelerinin riski daha fazla arttırdığını tespit etmekle birlikte (164,171), uzun yatış sürelerini yüksek riskle ilişkilendiren çalışmalar da bulunmaktadır (172). Choi ve arkadaşları; psikiyatri kliniklerinden taburculuk sonrası 1 yılda özkıyım sonucu ölen ruhsal hastalığı olan ve olmayan grubu karşılaştırmış, ruhsal hastalığı olan grubu daha riskli olarak saptamıştır. Genç hasta grubunda ve birden fazla ruhsal hastalığı olan, ayaktan takibe devam etmeyen ya da daha seyrek takiplere gelen grupta riskin yüksek olduğunu belirtmiştir. En riskli psikiyatrik hastalıklar duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve şizofreni olarak tanımlanmıştır (173). Ayrıca yalnız yaşayan, ekonomik stresörleri olan ve zorunlu olarak hastaneye yatışı sağlanmış hastalarda taburculuk sonrası dönemde özkıyım riski artmaktadır (174). Bazı bireyler özkıyım düşüncesi sonrası plan yapmak için fazla zaman harcamadan eylemde bulunmaktadır (175). Eylemden önceki saatleri inceleyen bir çalışmada; özkıyım düşüncesi oluştuktan sonraki 3 saat içinde hastaların %42'sinde düşüncenin girişime evrildiği, %68'inde plan yapıldığı ve %85'inin bu zaman dilimi içinde eyleme dökme kararı verdiği gösterilmiştir (176). Her ne kadar bu bireyler sıklıkla "dürtüsel" özkıyım girişimcileri olarak tanımlansa da (177), eylem ve dürtüsellik arasındaki ilişki beklenenden düşüktür (177,178).

2.4 ÖZKIYIM RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Küresel bir sorun olan ve önlenebilir ölümlerin başında gelen özkıyım riskinin etkin değerlendirilmesi ve yönetimi büyük önem arz etmektedir. Riskin

değerlendirilmesi karmaşık bir süreçtir. Hem kişiyi özkıyıma sürükleyen biyolojik, psikolojik, sosyal risk etmenlerini göz önünde bulundurmak hem de kimin özkıyım davranışında bulunacağını önceden öngörebilmeyi içermektedir. Granello ve arkadaşları, risk değerlendirmede 12 çekirdek belirtiden söz etmektedir. Değerlendirmenin; karmaşık ve zorlu bir süreç olduğundan, klinisyenin dikkatli ve özenli davranarak tüm tehdit, uyarı ve risk faktörlerini ciddiye alması gerektiğinden, hastayla kurulan terapötik işbirliğinin öneminden, zor soruları sorarak altta yatan mesajı ortaya çıkarmak gerekliliğinden bahsetmiştir. Ayrıca değerlendirmenin kültürel bağlamda yapılarak tedavinin bir parçası haline getirilmesi ve sürekli devam eden bir süreç olması gerektiğini eklemiştir. Son olarak bireye özgü olan ve klinik yargıya dayanan özkıyım risk değerlendirme aşamalarının belgelenmesi gerektiğine vurgu yapmıştır (179). Risk değerlendirilmesi klinik görüşme ve/veya standardize edilmiş test ya da ölçekler aracılığıyla yapılabilir. İki yöntemi de karşılaştıran bir çalışmada etkinliklerinin eşit olduğu saptanmıştır (180). Yataklı psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada ise risk değerlendirmede özbildirime dayalı ölçeklerin ve klinik görüşme yöntemi karşılaştırıldığında her iki yöntemin birleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (181). Genel görüş asıl değerlendirmenin klinik görüşme olduğu, test ve ölçeklerin klinisyene yardımcı araçlar olması gerektiğidir. Her ikisinin birlikte kullanılması risk değerlendirme kapsamının geniş tutulmasına olanak sağlayacaktır (55).

2.4.1 Akut Özkıyım Riskinin Değerlendirilmesi

Suisidalite; bir hastalıktan ziyade diğer bozuklukların bir semptomu olarak kabul edilen karmaşık bir fenomendir. Özkıyım risk faktörlerini belirlemek için, büyük bir psikiyatrik sendromun varlığı ötesine bakmak gerekir. Özkıyım teorilerinin büyük kısmı, nihai özkıyım girişimlerini, özkıyıma bağlı ölümleri öngören uzak risk faktörleriyle ilgilidir. Uzak risk faktörleri literatürde ayrıntılı tanımlanmıştır. Ancak kliniğe yatışı ve taburculuğu takip eden ilk hafta gibi özkıyım davranışı için yüksek riskli kabul edilen dönemler, daha yakın dönem (akut) riski öngörebilmeyi gerektirmektedir (161,162,169,171). Akut özkıyım risk faktörlerini belirlemek, şiddetini değerlendirebilmek her an gerçekleşebilecek özkıyım özelliğine sahip bireylerde keskinliği doğru belirleme olasılığını arttırabilir. Bazı yapıların akut

dönemde özkıyımla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (143,182). Kişide; gerginlik, sinirlilik, ajitasyon, uykusuzluk ve kabus görme gibi aşırı uyarılma belirtilerinin yanında sosyal geri çekilme ile duygulanımsal değişimin bulunmasının o kişinin, özkıyım düşüncesinden davranışa gitme potansiyelinde olduğunu varsaymıştır (183).

Hem kişilerarası (142,143) hem de ruhsal acı (121) teorilerinde, kişinin özkıyım davranışında bulunabilmesi için enerjiye ihtiyaç olduğu savunulmaktadır. Kişilerarası özkıyım teorisinde; özkıyım davranışı için ölüm korkusunu yenmek gerektiği ve bunun da aşırı uyarılma ve enerji sonucu meydana geldiği belirtilmektedir (143).

Aşırı uyarılma belirtileri arasında yer alan ve hem zihinsel hem de motor uyarılmadaki artış ile beliren ajitasyon, akut özkıyım riskiyle bağlantılıdır (182,184). Bir yıllık uzunlamasına 954 hastanın incelendiği bir çalışmada; ajitasyonun özkıyım için öncül kabul edildiği belirtilmiştir (185). Robins de özkıyım sonucu ölen kişilerle geriye dönük yaptığı çalışmada, ölümlerinden aylar önce yüksek oranda ajitasyon ve ruhsal gerilim yaşadığını bildirmiştir (186). Way ve arkadaşları; yatarak tedavi gördüğü sırada özkıyımla hayatını kaybeden hastaların %70'inde ajitasyon saptandığını ifade etmiştir (187). Huzursuzluğun da artan özkıyım riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (188). Benzer şekilde, bazı çalışmalarda özkıyım davranışında tetikleyici görev alan akut, yüksek yoğunluklu olumsuz durumlar tanımlanmıştır (189).

Aşırı uyarılma semptomlarından bir diğeri uyku ile ilgili sorunlardır ve akut özkıyım riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (184,185). Uyku sorunlarından insomnia (uykusuzluk) ve kabus görme diğerlerine nazaran daha büyük paya sahiptir. Pigeon ve arkadaşları; tüm uyku sorunlarının özellikle de insomnianın, özkıyım sonucu ölen kişilerde son sağlık hizmeti temaslarından sonraki 1 yıllık süreçte özkıyımı öngörücülüğünün yüksek olduğunu saptamıştır (190). Ribeiro ve arkadaşları yüksek riskli grupla yaptıkları çalışmada uykusuzluk belirtilerinin; depresyon, umutsuzluk, anksiyete, alkol/madde kullanım bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanılarının ötesinde hem özkıyım düşünceleriyle ilişkili olduğunu hem de özkıyım girişimini öngördüğünü tespit etmiştir (191). İnsomnia gibi kabus görme de özkıyım düşüncesi, girişimi ve özkıyım sonucu ölümlerde risk faktörü olarak kabul edilmektedir (192). Sık ve tekrarlayan kabus görmenin özkıyım girişimi sonrası; ilk

iki ay daha fazla olmak üzere 2 yıllık periyodta gelecek özkıyım girişim riskini arttırdığı saptanmıştır (193). Uykusuzluk ve kabus görme; özkıyım düşüncesini de öngörücü bir belirteç olduğu bildirilmektedir (194,195). Uykusuzluk ve kabus görme başta olmak üzere uyku problemleri, özkıyım için bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmektedir (194,196,197).

Sosyal geri çekilmenin de özkıyım için akut risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir (198). Kişilerarası özkıyım teorisinde kendini yük olarak görme ve aidiyetin engellenmesi gibi kavramların kişinin ailesinden, arkadaşlarından sosyal geri çekilmesine kaynak oluşturduğu ileri sürülmektedir (144). Chavan ve arkadaşlarının yaptığı psikolojik otopsi çalışmasında özkıyıma bağlı ölen kişilerin %57,4'ünde davranışsal değişiklikler olduğu, davranışsal değişikliğe sahip kişilerin %35,6'sında ilgi kaybı ve sosyal geri çekilme olduğu bildirilmiştir (145).

Yakın dönem risk faktörlerini inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte öngörücülüklerinin yüksek olması nedeniyle üzerine düşülmesi gereken alanlardan biridir. APA özkıyım davranışı tedavi rehberinde de yakın dönem risk faktörleri ve uyarı işaretleri; umutsuzluk, anksiyete, sinirlilik, sosyal geri çekilme, uyku değişiklikleri, duygulanımsal değişiklikler, umursamazlık, madde kullanımında artış, sıkışmış ve çaresiz hissetme, yaşamak için nedeni olmama şeklinde sıralanmıştır (199). Yakın dönem risk faktörlerini belirleyebilmek, klinisyenin özkıyımı önleme stratejileri geliştirebilmesine olanak sunacaktır.

2.4.2 Akut Özkıyım Riskinin Değerlendirilmesinde Yeni Yaklaşımlar

Özkıyım riski olan bireyleri belirlemeye yönelik mevcut stratejiler özkıyım oranlarının azaltılmasında yeterli değildir. "Özkıyım Davranış Bozukluğu" (ÖDB) ileri çalışma gerekliliği açısından DSM-V'te tanıtılmıştır (12). Ancak ÖDB; özkıyım davranışını ölümcül bir özkıyım girişiminin akut tehlikesini değerlendirmeksizin bir sonuç olarak nitelemesiyle sınırlıdır (200). Güncel araştırmalar ise özkıyım girişimi öncesinde akut ruhsal durumu belirlemeye odaklanmıştır. Galynker ve arkadaşlarının önerdiği "Suicide Crisis Syndrome" (İntihar Kriz Sendromu) (201) ile Joiner ve arkadaşlarının önerdiği "Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD)" (Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması- ÖADB) (13) akut özkıyım riskini belirlemeye yönelik iki yeni tanısal antitedir. Hem İntihar Kriz Sendromu hem de ÖADB; akut ve

hızlı başlangıç, aşırı uyarılmışlık, umutsuzluk ve sosyal geri çekilme belirtileri gibi birçok örtüşen kritere sahiptir. Bununla birlikte iki antite, özkıyım düşüncesi/niyeti açısından birbirinden ayrılmaktadır. Özkıyım niyeti varlığı ÖADB'nin temel özelliğidir, ancak İntihar Kriz Sendromundan bahsedebilmek için açık özkıyım düşüncesi gerekli değildir (202).

2.4.2.1 İntihar Kriz Sendromu ("Suicide Crisis Syndrome")

İntihar Kriz Sendromu; duygusal ve bilişsel bozukluk sonucu oluşan yakın dönem özkıyım davranışı ile ilişkili olan akut ruhsal durumu tanımlar. 2 kriteri ve kanıta dayalı toplam 5 bileşeni mevcuttur (203). A kriterinde yer alan tuzağa düşme-tuzaklanma ("entrapment"); çılgınca umutsuzluk hissi ya da kaçınılmaz olduğu düşünülen bir yaşamsal durumdan kaçma ihtiyacı olarak tanımlanmıştır (203). Tuzağa düşmenin, farklı çalışmalarda da özkıyım düşüncesinden eyleme giden yolda anlamlı etkisi olduğu gösterilmiştir (204-206). Ayrıca diğer ilişkili belirtilerle özkıyım düşüncesi arasında kanal gördüğü saptanmıştır (207). B kriteri ise geri kalan 4 bileşeni içermektedir. Bunlar; duygusal alanda bozukluk, bilişsel kontrol kaybı, aşırı uyarılmışlık ve sosyal geri çekilmeden oluşmaktadır. Tanı konabilmesi için her iki kriterin de karşılanması gerekmektedir. Duygusal alandaki bozukluk; ruhsal acıyı, yüksek düzey anksiyeteyi, olumsuz duyguları ve zevk almanın azalması ya da gelecekte ilgi ve keyif deneyiminin hayal edilememesi anlamındaki akut anhedoniyi kapsamaktadır. Bilişsel kontrol kaybı; sıkıntıya neden olan yaşam olayları hakkında yoğun veya sürekli ruminasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bilişsel katılık, ruminatif sel (olumsuz düşüncelerin yoğun şeklinde deneyimlenmesi ile bilgiyi işleme ya da karar verme yeteneğini zayıflatması) ile olumsuz düşünceleri bastırmak için başarısız girişimlerin tekrarlanması gibi kavramları içermektedir. İrritabilite, hipervijilans, insomnia ve/veya ajitasyon ile prezente olan aşırı uyarılmışlık; sosyal izolasyon ve/veya iletişim kurmaktan kaçınma ile prezente olan sosyal geri çekilme diğer bileşenleridir (203). Psikiyatri kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalarla yapılan çalışmada, intihar kriz sendromunun yakın dönem özkıyım davranışıyla ilişkisi yanında; mükemmeliyetçilik, dürtüsellik gibi kişilik özellikleri, kronik madde kullanımı, çocukluk çağı travması, güvensiz bağlanma ve zayıf sosyal destek gibi uzak dönem risk faktörleri aracılığıyla yaşamboyu özkıyım davranışıyla da ilişkili olduğu saptanmıştır (208). Ayrıca intihar kriz sendromunu ölçme aracı olarak geliştirilen

“suicide crisis inventory” (intihar kriz envanteri) ile yüksek özkıyım riski sebebiyle yatarak tedavi gören 201 hasta üzerinde ve taburculuklarını takip eden 4-8 hafta içinde değerlendirme yaparak yüksek riskli hasta grubunda taburculuk sonrası dönemde gelişebilecek özkıyım davranışını öngördüğünü belirtilmiştir (201). Yakın zamanlı bir çalışmada, intihar kriz sendromu tanı kriterlerini karşılayanların, karşılamayanlara kıyasla, bir önceki hafta önemli derecede intihar düşüncesi içerdiğini ortaya koymuştur. Kriterlere uyan kişilerin taburculuk sonrası 4-8 haftalık dönemde özkıyım girişim olasılığının yedi kat fazla olduğunu dolayısıyla taburculuk sonrası dönemde girişimlerin öngörücüsü olduğunu vurgulamıştır (209).

Şiddetli umutsuzluk, ruminatif sel ve psikotik somatizasyonu birleştiren bir panik benzeri sendrom olarak tanımlanan “Suicide Trigger State” (özkıyım tetikleyici durum) ile özkıyım düşüncesinden girişime giden yolda tetikleyici yapılara atıfta bulunulmuştur. Yaseen ve arkadaşlarının 2010 ve 2018 yılında yaptıkları çalışmalar ile “Suicide Trigger Scale (STS)” (İntihar Tetikleyici Ölçeği) oluşturulup geliştirilmiştir (210, 211). Bu ölçeğin bileşenleri sonraları intihar kriz sendromuna da kaynak olmuştur. Yatan hasta örnekleminde, ölçekten yüksek puan alanlarda taburculuk sonrası 6 aylık dönemde özkıyım düşünce ve davranışının yordandığı saptanmıştır (211).

2.4.2.2 Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması ("Acute Suicidal Affective Disturbance"):

Riskli bireylerde akut ve şiddetli pikleri karakterize etmek için Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) tanı antitesi önerilmiştir (13,14). Joiner ve arkadaşları; ampirik araştırmalar yoluyla özkıyım krizleriyle ilişkili spesifik klinik faktörlerle mevcut tanı antitesini oluşturmuştur (13). ÖADB semptomlarının tek faktörlü yapısı yapılan diğer çalışmalarla da doğrulanmıştır (11,13,14,212).

Özkıyıma özgü tanı antitesi için akut durumun tek başına yeterli olmadığı, kanıta dayalı uyarı işaretlerinin de birlikte var olması gerektiği ileri sürülmektedir (4). Sosyal yabancılaşma, kendine yabancılaşma, umutsuzluk, aşırı uyarılmışlık gibi belirtiler bu yeni tanı kavramı için uyarı işaretleri olarak belirlenmiştir (11,13,212). Sosyal yabancılaşma kaynağını; kişilerarası özkıyım teorisinde yer alan engellenmiş aidiyet, algılanan yük, sosyal geri çekilme kavramlarından almaktadır (142,143). Kendine yabancılaşma kavramı ise; kişinin kendisinden nefret etmesi, iğrenmesi, hissettiği

ruhsal acının yük olarak hissedilmesini ifade etmektedir. Kaynağını literatürdeki pek çok çalışmadan almaktadır (215-217). Özkıyım düşüncesi, girişimi ve özkıyım eylemi için belirlenmiş risk faktörü olan umutsuzluk kavramı kaynağını; Beck'in teorisinden almaktadır, sonrasında da hem birçok çalışma ile hem de kişiler arası özkıyım teorisi ve üç basamaklı teori ile de desteklenmiştir (122,143,145,146). Sinirlilik, huzursuzluk, uykusuzluk, kabus görme gibi aşırı uyarılmışlık belirtileri literatürde pek çok çalışma ile desteklenmiş akut özkıyım risk faktörleridir (188,189,194,196,197).

ÖADB Tanı Kriterleri:

a)Saatler ya da günler içinde özkıyım niyetinde geometrik artış (aylar ya da haftaların aksine)

b)Aşağıdakilerden en az birinin varlığı

-sosyal yabancılaşma (belirgin sosyal çekilme, diğer insanlardan tiksinme, başkalarına yük oluyormuş gibi hissetme)

-kendine yabancılaşma (kendinden nefret etme, kişinin psikolojik acısının yük olduğu algısı)

c)Yukarıda belirtilenlerin umutsuzca kontrol edilemiyor, düzeltilemiyor olduğu algısı.

d)Aşırı uyarılmışlık belirtilerinden 2 ya da daha fazlasının varlığı (ajitasyon, uykusuzluk, huzursuzluk, kabuslar, sinirlilik) şeklinde tanıtılmaktadır. (13,212).

Tanı konabilmesi için mevcut 4 kriterin de karşılanması gerektiği ve duygudurum bozukluğu ya da madde kullanımının şiddetlenmesinin doğrudan sonucu olmaması gerektiği vurgulanmıştır. Klinik tecrübelerin, yasal davaların, özkıyım sebebiyle gerçekleşen ölümlerle yapılan çalışmaların ve üç basamaklı teori, kişilerarası intihar teorisi gibi modern teorilerin ÖADB tanı kriterlerinin oluşturulmasında yol gösterici olduğu ifade edilmiştir (13,14).

Tucker ve arkadaşları; ÖADB'nin, birden fazla intihar girişimi olanlarla tek intihar girişimi olanları ve geçmişte intihar girişimi olmayanları birbirlerinden farklı şekilde ayırdığı ve intiharla ilgili çeşitli yapıların üstünde ve ötesinde geçmiş intihar girişimlerinin bir göstergesi olarak yakınsak, ayırt edici ve öngörücü geçerliliğinin kanıtları olduğunu göstermiştir (14).

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 1442 kişiden oluşan örneklemle yapılan çalışmada; 1332'sine SCID-1 aracılığıyla tanı konulduğu ve %41,6'sında major depresif bozukluk olduğu, bunu sırasıyla başka türlü adlandırılmamış anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ile bipolar bozukluk 1 tanılarının takip ettiği saptanmıştır (11). Örneklemin % 65,6'sında yaşam boyu özkıyım girişimi olmadığı, % 15,6'sında bir ve % 16,5'sında birden fazla özkıyım girişimi bulunduğu bildirilmiştir. ÖADB'nin tek faktörlü yapısı doğrulanmış ve birden fazla özkıyım girişimi olanlarla tek özkıyım girişimi olanları ve geçmişte girişimi olanlarla olmayanları birbirlerinden ayırt ettiği, duygudurum bozukluğu tanısının ötesinde bunu başardığı saptanmıştır (11).

Rogers ve arkadaşları ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarla yaptıkları çalışmayla; ÖADB semptomlarının özkıyım fikri ile girişimi olanların ayrımını sağladığı; çoklu girişimi olanlar, tek girişimi olanlar ve daha önceden hiç özkıyım girişimi olmayanlar arasında semptom şiddet skoru açısından anlamlı fark olduğunu; semptomların depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıkların ötesinde önceki özkıyım girişimlerin de göstergesi olduğunu belirtmiştir (212).

ÖADB'nin, ruhsal hastalıklar ve özkıyımla ilişkisi güncel çalışmalara konu olmuştur. 527 lisans öğrencisi ile çevrimiçi anket kullanılarak yapılan çalışmada depresyon, sosyal anksiyete ve alkole bağlı sorunların özkıyım riski ile anlamlı olarak ilişkili olduğu, ancak yalnızca sosyal anksiyete ve depresyonun; geçmişte ÖADB öyküsü ile ve dolayısıyla özkıyım riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (213). Yatarak tedavi gören 167 hasta ile yapılan yakın zamanlı başka bir çalışmada ise; ÖADB semptomlarının, anksiyete ve depresyon semptomlarından farklı bir psikopatolojik ağı temsil ettiği ve bu yapılardan bağımsız olarak özkıyımla ilişkili olduğu gösterilmiştir (214).

ÖADB semptom şiddetini değerlendirmek amacıyla Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu (ÖADB-Y) ve Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel (ÖADB-G) ölçekleri oluşturulmuş olup geliştirme çalışmaları Tucker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (14). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Yazıcı Güleç ve arkadaşları tarafından yürütülmüştür (218). ÖADB-G ölçeği; geçtiğimiz hafta içinde, ÖADB-Y ölçeği ise; yaşam boyu oluşmuş olan özkıyım düşüncesi, niyeti ile sosyal çekilme, kendine yabancılaşma ve aşırı

uyarılmışlık semptomlarının sorgulandığı 15'er maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek skorlar ÖADB semptom şiddetini yansıtmaktadır (14).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 UYGULAMA

Araştırmamız bir uzunlamasına takip çalışmasıdır. Çalışmaya Eylül 2017-Nisan 2019 ayları arasında, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi görmekte olan 141 hasta dahil edilmiştir.

Çalışmayla ilgili bilgilendirilmelerinin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile görüşme yapılıp sosyodemografik ve klinik veri formu doldurulmuştur. Hastalar SCID-1 ve SCID-2 aracılığı ile değerlendirilerek eksen 1 ve eksen 2 tanıları konmuş olup klinik ölçekler doldurulmuştur. Çalışmaya katılan hastalar ile taburculuklarından 2 ay sonra yeniden iletişime geçilerek özkıyım davranışında bulunup bulunmadığı sorgulanmış ve özkıyım davranışında bulunanların ÖADB-G ölçeği doldurulmuştur. 16 hastaya ulaşılamadığından bu hastaların taburculuk sonrası dönemdeki özkıyım davranışına ilişkin verisine ulaşılamamıştır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri:

- Özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi görüyor olması,
- Ölçek uygulamaları konusunda yeterliliğe sahip çalışmacı tarafından verilecek bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması,

• Ölçeklerin doldurulabilmesi için en az okuryazar eğitim düzeyinde olmasıdır.

Dışlama ölçütleri:

• 18 yaşından küçük olması,

• Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olması,

• Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığı olması,

• Görüşmeyi sürdüremeyecek ve ölçeklerin doldurulabilmesini engeller düzeyde aktif psikotik bulgu olmasıdır.

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1 Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu:

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Çalışmanın amacına dönük araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların yaşam öykülerine ve özkıyım davranışlarına ilişkin sorular içeren görüşme formudur. İlk başvuruda uygulanan bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, sosyoekonomik durum, sosyal güvence, özgeçmiş, soygeçmiş, alkol-madde-sigara kullanımı, hastaların kullandığı ilaç grupları gibi bilgilerin elde edilmesine yönelik maddeler yer almaktadır. (EK-1)

3.2.2 Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ):

Özkıyım düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, özkıyım davranışı ve gerçekleşmiş özkıyımları, bu girişimlerin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Columbia- Suicide Severity Rating Scale (Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği/C-İŞDÖ) Prof. Dr. Kelly Posner tarafından geliştirilmiştir. Farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarla ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu

bulunmuştur (Posner ve ark., 2011) (235). Özkıyım riskini yarı yapılandırılmış bir görüşme formatında değerlendirilmesine olanak sunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Adem Güneş tarafından 2015'te uzmanlık tezi olarak yapılmıştır.

3.2.3 Hasta Sağlık Anketi - Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSA-SADBÖ):

Kroenke ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli ölçektir. Hem araştırmada hem de günlük klinik uygulamada kullanılabilir. Major depresif bozukluğun 9 alanını değerlendiren PHQ-9, 7 temel anksiyete semptomlarını değerlendiren GAD-7, somatik semptomları değerlendiren PHQ-15 ve kaygı ataklarını değerlendiren P-5 alt ölçeklerinden oluşur. Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. (EK-2)

3.2.4 Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ):

Overall ve arkadaşları (1962) tarafından geliştirilmiştir. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bu ölçek, yarı yapılandırılmış olup, 18 maddeden oluşur. Her madde 0-6 puan arasında değerlendirilir ve toplam puan hepsinin toplamından oluşur. 15-30 puan minör sendrom, 30 ya da daha üzeri major sendromu ifade eder. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Soykan (1989) tarafından yapılmıştır.

3.2.5 DSM-IV Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-1):

DSM-IV'e göre eksen 1 ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir.Yapılandırılmış görüşmeler, değerlendirme sürecinin standardizasyonu ile tanının güvenirliğinin artırılması, DSM-IV tanı ölçütlerinin uygulanmasını kolaylaştırması ile tanıların geçerliliğinin artırılması ve gözden kaçabilecek bazı belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlanmış ve

güvenirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark 1999).

3.2.6 DSM-III-R Eksen 2 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-2):

Kişilik bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olup (Spitzer ve ark. 1990), dilimize çevirisi Sorias ve arkadaşları (1990), güvenirlik çalışması ise Coşkunol ve arkadaşları (1994) tarafından yapılmıştır. SCID-2, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermekte ve görüşme sırasında özellikle formda "evet" olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durularak hangi ölçütlerin karşılandığı değerlendirilmektedir.

3.2.7 Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel Ölçeği (ÖADB-G):

Hasta tarafından doldurulan öz bildirim ölçeğidir. Geçtiğimiz hafta içinde oluşmuş olan özkıyım düşüncesi, niyeti ile sosyal çekilme, kendine yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının sorgulandığı 15 maddeden oluşmaktadır. İlk 3 maddede özkıyım düşüncesi, niyeti ve şiddeti sorgulanmaktadır. Geçtiğimiz hafta içinde özkıyım düşüncesinin olup olmadığının sorgulandığı 1. maddeye "HAYIR" cevabı veren kişi diğer maddeleri cevaplamayacak, ÖADB-Y ölçeğine geçecektir. 4.-7. maddeler sosyal çekilme, kendine yabancılaşma belirtileri ile şiddetini sorgulamaktadır. 8.-11. maddeler huzursuzluk, sinirlilik ve uyku ile ilgili sorunları sorgulamaktadır. 12. ve 13. madde ise ilk 11 maddede yer alan durumların uyuşturucu madde alımı sonrası veya duygudurum belirtilerinin şiddetlendiği dönemde ortaya çıkıp çıkmadığını sorgulamaktadır. Belirtilerin şiddetinin sorgulandığı maddelerde kişinin belirti şiddetini belirtmesi istenen 0-10 skalası bulunmaktadır. 0, belirtinin hiç olmadığını; 10 değeri ise belirtinin çok şiddetli olduğunu ifade etmektedir. Şiddetin sorgulanmadığı maddelerde ise seçenekler "EVET"/"HAYIR" olarak belirlenmiştir. 14. ve 15. maddeler açık uçlu sorular olup ilk kez hangi yaşta özkıyım niyetinin şiddetinde ani artışla birlikte diğer belirtilerin olduğu ile yaşamboyu kaç kez bu dönemleri yaşadığı sorgulanmaktadır. Skorlama aşağıdaki gibidir:

2c*10 + (4b*4c + 5b*5c + 6b*6c) / 3 + 7b*7c + ([8+9+10+11a] / 4)*10

Madde 2c için en yüksek katsayı kullanılmıştır. Bu, 0-400 arasında değişen toplam bir skor sağlar. Ölçeği geliştirme çalışmaları Tucker ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmış olup, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Yazıcı Güleç ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. (EK-3)

3.2.8 Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu Ölçeği (ÖADB-Y):

ÖADB-Y ölçeği ise yaşamboyu özkıyım düşüncesi, niyeti ile sosyal çekilme, kendine yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının sorgulandığı 15 maddeden oluşmaktadır. İlk 3 maddede yaşamboyu deneyimlenmiş özkıyım düşüncesi, niyeti, plan ve hazırlık ile şiddeti sorgulanmaktadır. Yaşamboyu herhangi dönemde özkıyım düşüncesinin olup olmadığının sorgulandığı 1. maddeye "HAYIR" cevabı veren kişi diğer maddeleri cevaplamayarak testi sonlandıracaktır. 4.-7. maddeler sosyal çekilme , kendine yabancılaşma belirtileri ile şiddetini sorgulamaktadır. 8.-11. maddeler huzursuzluk, sinirlilik ve uyku ile ilgili sorunları sorgulamaktadır. 12. ve 13. madde ise ilk 11 maddede yer alan durumların uyuşturucu madde alımı sonrası veya duygudurum belirtilerinin şiddetlendiği dönemde ortaya çıkıp çıkmadığını sorgulamaktadır. Belirtilerin şiddetinin sogulandığı maddelerde kişinin belirti şiddetini belirtmesi istenen 0-10 skalası bulunmaktadır. 0, belirtinin hiç olmadığını; 10 değeri ise belirtinin çok şiddetli olduğunu ifade etmektedir. Şiddetin sorgulanmadığı maddelerde ise seçenekler "EVET"/"HAYIR" olarak belirlenmiştir. 14. ve 15. maddeler açık uçlu sorular olup ilk kez hangi yaşta özkıyım niyetinin şiddetinde ani artışla birlikte diğer belirtilerin olduğu ile yaşamboyu kaç kez bu dönemleri yaşadığı sorgulanmaktadır. Skorlama aşağıdaki gibidir:

2c*10 + (4b*4c + 5b*5c + 6b*6c) / 3 + 7b*7c + ([8+9+10+11a] / 4)*10

Madde 2c için en yüksek katsayı kullanılmıştır. Bu, 0-400 arasında değişen toplam bir skor sağlar. Ölçeği geliştirme çalışmaları Tucker ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmış olup , Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Yazıcı Güleç ve arkadaşları (2018) tarafından yapılmıştır. (EK-4)

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırma verisi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklendi ve değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maximum, ortanca ve interquartile range (çeyrekler arası aralık) olarak sunuldu.

Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Nitel verilerin istatistiksel karşılaştırılmalarda Pearson Ki-Kare testinden, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Exact testinden yararlanıldı.

Çalışmada nitel ve nicel değişkenler arasındaki ilişki; normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirildi.

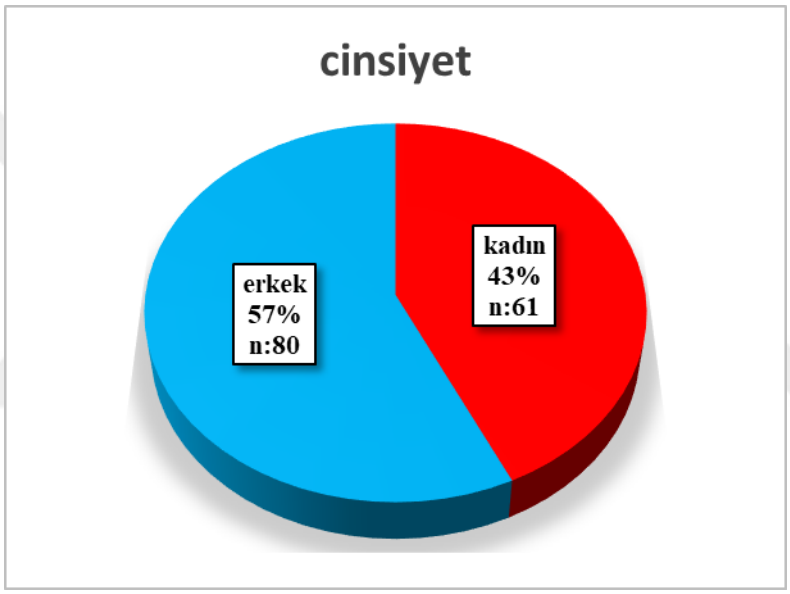
Uygulanan klinik ölçeklerin özkıyım davranışını öngörücülüğünü değerlendirmede Lojistik Regresyon testi uygulandı.

Tüm analizlerin sonuçlarında anlamlılık düzeyi $p<0.05$ ve $p<0.01$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

4.1 ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya; Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören 80'i (%57) erkek, 61'i (%43) kadın olmak üzere toplam 141 hasta dahil edildi. (Grafik 1)



Grafik 1. Örneklemin Cinsiyete Göre Dağılımı

Hastaların yaşı 18 ile 65 arasında değişmekte olup, ortalaması 36,95 (±11,66) idi. Kadın hastaların yaş aralığı 18-64 aralığında, erkek hastalarınki 20-65 yaş aralığında idi. Kadın hastaların yaş ortalaması 37,59 (±12,06) iken erkek hastalarınki 36,46 (±11,40) olarak saptandı. Yaş ortalamaları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo 1)

Tablo 1. Örneklemin Yaş Ortalamaları

	Minimum-Maximum	**Ortalama±Standart Sapma**	**p**
Toplam (n:141)	18-65	36,95±11,66	
Kadın (n:61)	18-64	37,59±12,06	0,572[+]
Erkek (n:80)	20-65	36,46±11,40	

[+]Student t testi

Eğitim durumları incelendiğinde ise 32 (%22,7) hastanın 1-5 yıl, 39 (%27,6) hastanın 6-8 yıl, 38 (%26,9) hastanın 9-11 yıl, 32 (%22,7) hastanın ise 12 yıl ve üzeri eğitim aldığı görüldü. Kadın hastaların %31,1'lik oranla 1-5 yıl arasında, erkek hastaların ise %32,5'lik oranla 6-8 yıl eğitim alan grupta yoğunlaştığı gözlense de istatistiksel olarak eğitim düzeyleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Hastaların 64'ü (%45,4) evli, 58'i (%41,1) bekar, 19'u (%13,5) boşanmış/duldu. 75 (%53,2) hastanın çocuğu olduğu saptandı. 16'sının (%11,3) yalnız, 119'unun (%84,4) ailesiyle, 5'inin (%3,5) arkadaşıyla, 1 hastanın da kurumda yaşıyor olduğu tespit edildi.

Gelir düzeylerine göre incelendiğinde hastaların 70'inin gelir düzeyini düşük (%49,6), 71'inin orta (%50,4) olarak belirttiği gözlendi. Hastaların 79'u (%56,0) çalışmıyor, 17'si (%12,1) aralıklı çalışıyor, 38'i (%27,0) düzenli çalışıyor olarak saptandı. 7 kişi ise öğrenciydi.

Hastaların %97,9'ü kentte yaşıyordu. Sadece 3 (%3,8) erkek hasta kırsal bölgede yaşıyor olarak tespit edildi.

Sosyodemografik veriler açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Örneklemin sosyodemografik verilerinin cinsiyete göre dağılımına Tablo 2'de yer verildi.

Tablo 2. Örneklemin Sosyodemografik Verilerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER		KADIN (N:61, %:43)		ERKEK (N:80, %:57)		TOPLAM (N:141)		
		N	%	N	%	N	%	p
Eğitim Düzeyi	1-5 yıl	19	31,1	13	16,3	32	22,7	0,144[+]
	6-8 yıl	13	21,3	26	32,5	39	27,7	
	9-11 yıl	17	27,9	21	26,3	38	26,9	
	12 yıl ve üstü	12	19,7	20	25,0	32	22,7	
Medeni Durum	bekar	20	32,8	38	47,5	58	41,1	0,209[+]
	evli	32	52,5	32	40,0	64	45,4	
	boşanmış/dul	9	14,8	10	12,5	19	13,5	
Yaşam Şekli	yalnız	4	6,6	12	15,0	16	11,3	0,219[+]
	aile	54	88,5	65	81,3	119	84,4	
	arkadaş	2	3,3	3	3,8	5	3,5	
	evsiz/kurum	1	1,6	0	0,0	1	0,7	
Yaşadığı Yer	kent	60	98,4	77	96,3	138	97,9	0,258[++]
	kır	0	0,0	3	3,8	3	2,1	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	yok	23	37,7	43	53,8	66	46,8	0,059[+]
	var	38	62,3	37	46,3	75	53,2	
Çalışma Durumu	çalışmıyor	39	63,9	40	50,0	79	56,0	0,850[+]
	aralıklı çalışıyor	4	6,6	13	16,3	17	12,1	
	düzenli çalışıyor	14	23,0	24	30,0	38	27,0	
	öğrenci	4	6,6	3	3,8	7	5,0	
Gelir Düzeyi	düşük	28	45,9	42	52,5	70	49,6	0,438[+]
	orta	33	54,1	38	47,5	71	50,4	

[+]Ki-kare testi, [++]Fisher Exact testi

Örneklem hastaneye yatış sebebine göre sınıflandırıldığında; hastaların 46'sının (%32,6) özkıyım girişimi nedeniyle, 95'inin (%67,4) özkıyım girişimi olmadan özkıyım düşüncesi nedeniyle özkıyım riski olduğuna karar verildiği ve hastanemiz acil servis hekimi tarafından yatışına karar verildiği görüldü. Özkıyım girişimi sonrası hastane yatışına karar verilen grubun %43,5'i kadınlardan, %56,5'i erkeklerden oluşmaktaydı. Özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılan hastalarda da oranlar birbirine benzer olup; %43,2'sini kadın hastalar, %56,8'ini erkek hastalar oluşturmaktaydı. Cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 3)

Özkıyım girişimi olup hastaneye yatan kadın hastaların yaş ortalaması 36,35±14,03 iken; özkıyım düşünceleri nedeniyle yatışı olan grupta ise 38,19±11,12 idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Erkek hastaların yatış ortalamaları karşılaştırıldığında ise özkıyım girişimi olan grupta 32,61±11,27; diğer grupta 38,31±11,10'du. Özkıyım girişimi sonrası yatışı yapılan gruptaki erkek hastalar daha genç olma eğilimindeydi ve istatistiksel olarak ta anlamlı fark gösterdi (p:0,035). (Tablo 3)

Hastaneye yatış sebebine göre hastaların eğitim düzeyi karşılaştırıldığında özkıyım girişimi sonrası hastaneye yatışı olan gruptan sadece 6 (%13) hastanın 1-5 yıl, 11 (%23,9) hastanın 6-8 yıl, 16 (%34,8) hastanın 9-11 yıl, 13 (%28,3) hastanın ise 12 yıl ve üzeri eğitim aldığı; diğer gruptan ise 26 (%27,4) hastanın 1-5 yıl, 28 (%29,5) hastanın 6-8 yıl, 22 (%23,2) hastanın 9-11 yıl, 19 (%20) hastanın 12 yıl ve üzeri eğitim aldığı görüldü.

Hastaneye yatış sebebi özkıyım girişimi olan gruptaki hastalardan 22'si (%47,8) bekar, 20'si (%43,5) evli ve 4'ü (%8,7) boşanmış/dul olduklarını; diğer gruptaki hastaların ise 36'sı (37,9) bekar, 44'ü (%46,3) evli, 15'i (%15,8) boşanmış/dul olduklarını belirtti. Her iki gruptaki hastaların büyük kısmı (%87,9) aileleriyle birlikte yaşıyor olduklarını beyan etti. Özkıyım girişimi olan gruptan 22 (%47,8) hastanın; sadece özkıyım düşüncesi olan gruptan ise 53 (%55,8) hastanın çocuğu vardı. Medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, yaşam biçimleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo 3)

Çalışmadığını belirten 86 hasta mevcuttu. 25 hasta özkıyım girişimi olan grupta yer almaktaydı. Aynı gruptan 13 (%28,4) hastanın düzenli işi vardı. Özkıyım girişimi olmayan grubun ise 61'i (%64,2) çalışmamaktaydı, düzenli işi olan 25 (%26,3) hasta vardı. Geri kalanı aralıklı çalıştıklarını belirtti. (Tablo 3)

Kişinin öznel olarak değerlendirdiği gelir düzeyi her iki hasta grubunda karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0,014). Özkıyım girişimi olan grubun büyük kısmı (n:30, %65,2) orta düzey geliri olduğunu ifade ederken, özkıyım düşüncesi olan grubun ise daha büyük kısmı (n:54, %56,8) düşük gelirli olduğunu belirtti. (Tablo 3)

Tablo 3. Sosyodemografik Verilerin Hastaların Hastaneye Yatış Sebebine Göre Dağılımı

SOSYODEMOGRAFİK VERİLER		HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ						
		Özkıyım Girişimi (N:46, %:32,6)		Özkıyım Düşüncesi (N:95, %:67,4)		TOPLAM (N:141,%:100)		
		N	%	N	%	N	%	p
Cinsiyet	kadın	20	43,5	41	43,2	61	43,3	0,971[+]
	erkek	26	56,5	54	56,8	80	56,7	
Yaş (ort±s.s)		34,23±12,54		38,26±11,05				0,055[++]
Eğitim Düzeyi	1-5 yıl	6	13,0	26	27,4	32	22,7	0,131[+]
	6-8 yıl	11	23,9	28	29,5	39	27,7	
	9-11 yıl	16	34,8	22	23,2	38	27,0	
	12 yıl ve üstü	13	28,3	19	20,0	32	22,7	
Medeni Durum	bekar	22	47,8	36	37,9	58	41,1	0,376[+]
	evli	20	43,5	44	46,3	64	45,4	
	boşanmış/dul	4	8,7	15	15,8	19	13,5	
Yaşam Şekli	yalnız	4	8,7	13	13,7	17	12,1	0,394[+]
	aile	42	91,3	82	86,3	124	87,9	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	yok	24	52,2	42	44,2	66	46,8	0,374[+]
	var	22	47,8	53	55,8	75	53,2	
Çalışma Durumu	çalışmıyor	25	54,3	61	64,2	86	61,0	0,341[+]
	aralıklı çalışıyor	8	17,4	9	9,5	17	12,1	
	düzenli çalışıyor	13	28,3	25	26,3	38	26,9	
Gelir Düzeyi	düşük	16	34,8	54	56,8	70	49,6	**0,014[+]**
	orta	30	65,2	41	43,2	71	50,4	

[+]Ki-kare testi, [++]Student t testi, p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

4.2 ÖRNEKLEMİN ÖZKIYIM DAVRANIŞINA İLİŞKİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören hastalardan oluşan çalışmamızda hastaların 98'inde (%69,5) yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişimi olduğu saptandı. Bunların 50'sinin (%51,0) erkek, 48'inin (%49,0) kadın olduğu gözlendi. Cinsiyetler arasında özkıyım girişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0,039). Kadın hastaların yaşamboyu daha fazla özkıyım girişiminde bulunduğu gözlendi. Ancak girişim sayıları açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi (p>0,05).

Erkek hastalardan 40'ının (%80) , kadın hastalardan ise 46'sının (%95,8) özkıyım girişimine ani karar verdikleri görüldü. Planlı özkıyım girişimleri ise kadınlarda oldukça seyrekti (n:2, %4,2). Cinsiyete göre özkıyım girişim kararları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlendi (p:0,017). Kadın hastaların özkıyım girişimine ani karar verme eğilimleri daha fazlaydı. Özkıyım girişimi öncesinde stresör faktörü olduğunu belirten 28 kadın hasta ile 23 erkek hasta arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Örneklem grubunun 52'sinde yaşamboyu tek özkıyım girişimi vardı. 52 hastanın 25'i (%52,1) kadınlardan, 27'si (%54,0) ise erkeklerden oluşmaktaydı. Çoklu özkıyım girişimi ise hem erkek hem de kadın 23'ünde (sırasıyla %46, %47,9) mevcuttu. Kadın ve erkek hastalar arasında girişim sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Hastaların son özkıyım girişimlerinde en sık kullanılan yöntemin her iki cinsiyette de ilaç içimi olduğu, bunu sırasıyla erkeklerde kesici alet kullanımı (n:7) ve asının (n:5) takip ettiği gözlendi. Kadınlarda ikinci sıklıkta görülen yöntemlerin ise zehirli madde alımı (n:3) ile kesici alet (n:3) kullanımı olduğu saptandı.

Çalışma dahilindeki hastaların 75'i son özkıyım girişimlerinde şiddet içermeyen (ilaç içimi; n:68, zehirli madde içimi; n:4, diğer; n:3) yöntemleri tercih ederken 23 tanesi şiddet içeren (ası; n:7, yüksekten atlama; n:5, ateşli silah ile kendine zarar verme; n:1, kesici alet ile kendine zarar verme; n:10) yöntemleri tercih ettiği görüldü. Cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında şiddet içermeyen yöntem kullanan 42 kadın hastaya karşılık 33 erkek hasta; şiddet içeren yöntem kullanan 6 kadın hastaya

karşılık 17 erkek hasta olduğu tespit edildi. Cinsiyetlere göre tercih edilen yöntem karşılaştırıldığında şiddet içeren yöntemlerin erkek cinsiyette anlamlı şekilde daha çok tercih edildiği saptandı (p:0,012).

Tablo 4 ile yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların özkıyım davranışına ilişkin klinik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı özetlendi.

Tablo 4. Örneklemin Özkıyım Girişimine Ait Klinik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

		KADIN		ERKEK		TOPLAM		
		N	%	N	%	N	%	p
Yaşamboyu Özkıyım Girişimi Olan		48	78,7	50	62,5	98	69,5	**0,039**
Son Özkıyım Girişim Kararı	ani	46	95,8	40	80,0	86	87,8	**0,017**
	planlı	2	4,2	10	20,0	12	12,2	
Son Özkıyım Girişim Yöntemi	ilaç içerek	37	77,1	31	62,0	68	69,4	
	kesici alet	3	6,2	7	14,0	10	10,2	
	ası	2	4,2	5	10,0	7	7,1	
	yüksekten atlama	1	2,1	4	8,0	5	5,1	
	zehirli madde	3	6,2	1	2,0	4	4,1	
	diğer	2	4,2	2	4,0	4	4,1	
Şiddet İçeren Yöntem	yok	42	87,5	33	66,0	75	76,5	**0,012**
	var	6	12,5	17	34,0	23	23,5	
Son Özkıyım Girişimi Öncesi Stresör	yok	20	41,7	27	54,0	47	48,0	0,222
	var	28	58,3	23	46,0	51	52,0	
Yaşamboyu Özkıyım Girişim Sayısı	1 kez	25	52,1	27	54,0	52	53,1	0,849
	çoklu girişim	23	47,9	23	46,0	46	46,9	

Ki-kare testi, p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Çalışmada yer alan yaşamboyu en az 1 kez özkıyım girişiminde bulunmuş hastaların 42'sinin (%42,9) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü, 18'inin (%18,4) ailesinde özkıyım girişimi, 3'ünün (%3,1) ailesinde ise özkıyım sonucu hayatını kaybeden birey mevcuttu. Ancak özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan bireylerin ailelerine ilişkin klinik verileriyle arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Örneklemin yaşamboyu özkıyım girişimi durumuna göre ailelerinde psikiyatrik hastalık ve özkıyım girişimi varlığının karşılaştırılması Tablo 5'te özetlendi.

Tablo 5. Örneklemin Yaşamboyu Özkıyım Girişimine Göre Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık ve Özkıyım Girişimi Varlığı

AİLE ÖYKÜSÜ	YAŞAMBOYU ÖZKIYIM GİRİŞİMİ						
	VAR (N:98)		YOK (N:43)		TOPLAM (N:141)		
	N	%	N	%	N	%	p
Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı	42	42,9	18	41,9	60	42,6	0,912[+]
Ailede Özkıyım Girişimi Varlığı	18	18,4	6	14,0	24	17,0	0,521[+]
Ailede Özkıyım ile Ölüm Varlığı	3	3,1	5	11,6	8	5,7	0,560[++]

[+]Ki-kare testi, [++]Fisher Exact testi

4.3 ÖRNEKLEMİN HASTANEYE YATIŞ SEBEBİNE GÖRE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hastaneye özkıyım girişimi gerekçesiyle yatışı yapılan hastaların özkıyım davranışına ilişkin verileri cinsiyete göre karşılaştırıldığında; kadın hastaların yarısının ilk özkıyım girişimi olduğu, diğer yarısının ise daha önce de özkıyım girişiminde bulunduğu; erkek hastaların ise 12'sinin (%46,2) ilk özkıyım girişimi olduğu ve

14'ünde (%53,8) çoklu özkıyım girişim öyküsü bulunduğu saptandı. Özkıyım girişim sayıları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo 6)

Hem kadın hastalardan 19'u (%95,0) hem de erkek hastalardan 19'unun (%73,1) özkıyım girişimine ani karar verdiği ve 11 (%55,0) kadın ile 11 (%42,3) erkek hastanın özkıyım girişimleri öncesinde tetikleyici etken varlığından bahsettiği bulundu. Tercih edilen yöntem her iki cinsiyette de en fazla ilaç içimi idi. Şiddet içermeyen yöntem daha fazla tercih edilme eğilimindeydi. Özkıyım yönteminin şiddet içeriğine göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo 6)

Tablo 6. Özkıyım Girişimi Sebebiyle Hastaneye Yatışı Yapılan Hastaların Özkıyım Davranışına Ait Klinik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

		KADIN		**ERKEK**		**TOPLAM**		
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p**
Özkıyım Girişim Kararı	ani	19	95,0	19	73,1	38	82,6	0,113^{++}
	planlı	1	5,0	7	26,9	8	17,4	
Özkıyım Girişim Yöntemi	ilaç içerek	15	75,0	16	61,5	31	67,4	
	kesici alet	2	10,0	6	23,1	8	17,4	
	ası	1	5,0	2	7,7	3	6,5	
	yüksekten atlama	0	0,0	1	3,8	1	2,2	
	zehirli madde	1	5,0	1	3,8	2	4,3	
	diğer	1	5,0	0	0,0	1	2,2	
Şiddet İçeren Yöntem	yok	17	85,0	17	65,4	34	73,9	0,133^{+}
	var	3	15,0	9	34,6	12	26,1	
Özkıyım Girişimi Öncesi Stresör	yok	9	45,0	15	57,7	24	52,2	0,393^{+}
	var	11	55,0	11	42,3	22	47,8	
Toplam Özkıyım Girişim Sayısı	1 kez	10	50,0	12	46,2	22	47,8	0,796^{+}
	çoklu girişim	10	50,0	14	53,8	24	52,2	

$^{+}$Ki-kare testi, $^{++}$Fisher Exact testi

Hastaneye özkıyım girişimi nedeniyle yatışı yapılan 19 (%41,3) hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık, 7 (%15,2) hastanın ailesinde özkıyım girişimi ve 1 (%2,2) hastanın ailesinde de özkıyım sonucuyla ölüm varlığı saptandı. Özkıyım düşüncesi sebebiyle yatışı yapılan hastaların 41'inin (%43,2) ailesinde psikiyatrik hastalık, 17 (%17,9) hastanın ailesinde özkıyım girişimi ve 7 (%7,4) hastanın ailesinde de özkıyıma bağlı ölüm olduğu gözlendi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). (Tablo 7)

Tablo 7. Hastaneye Yatış Sebebine Göre Hastaların Ailelerinde Psikiyatrik Hastalık ve Özkıyım Girişimi Varlığı

AİLE ÖYKÜSÜ	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ						
	Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)		TOPLAM (N:141)		
	N	N	N	%	N	%	p
Ailede Psikiyatrik Hastalık Varlığı	19	41,3	41	43,2	60	42,6	0,835[+]
Ailede Özkıyım Girişimi Varlığı	7	15,2	17	17,9	24	17,0	0,692[+]
Ailede Özkıyım ile Ölüm Varlığı	1	2,2	7	7,4	8	5,7	0,274[++]

[+]Ki-kare testi, [++]Fisher Exact testi

Hastaneye yatışı öncesinde özkıyım girişimi olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında yaşamboyu hastane yatış sayısı ortanca değeri girişim olmayan grupta 2,0; girişim olan grupta ise 1,0 olarak saptandı. İki grup arasında hastaneye yatış sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0,033). Aynı grupta yaşamboyu özkıyım girişimleri karşılaştırıldığında hastane yatışı öncesi özkıyım girişimi olan grupta ortanca değer 2,0 bulunurken diğer grupta ise 1,0 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandığı gözlendi (p:0,000). Özkıyım düşüncesi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hasta grubunda yaşamboyu hastanede yatarak tedavi görme sıklığının fazla olduğu; özkıyım girişimi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hasta grubunda ise yaşamboyu özkıyım girişim sıklığının daha fazla olduğu saptandı. (Tablo 8)

Tablo 8. Hastaneye Yatış Sebebine Göre Hastaların Toplam Özkıyım Girişim ve Hastane Yatış Sayılarının Karşılaştırılması

		HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ		
		Özkıyım Girişimi (N:46)	**Özkıyım Düşüncesi (N:95)**	**p**
Yaşamboyu Hastaneye Yatış Sayısı	**ortanca değeri**	1,0	2,0	**0,033***
	min-max	1,0-6,0	1,0-6,0	
Yaşamboyu Özkıyım Girişim Sayısı	**ortanca değeri**	2,0	1,0	**0,000****
	min-max	1,0-6,0	0,0-10,0	

Mann Whitney U testi, *p<0,05, **p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Örneklemin sigara kullanımının hem özkıyım girişimi nedeniyle yatışı yapılan (n:38, %82,6) hem de özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılan grupta (n:72, %75,8) daha fazla olduğu; ancak alkol ve psikoaktif madde kullanmayan bireylerin her iki grupta da kullanan bireylere göre daha yüksek oranda olduğu saptandı. Alkol kullanan bireylerin oranı özkıyım girişi olup hastane yatışı olan grupta %32,6 iken diğer grupta %30,5 idi. Psikoaktif madde kullanım oranları da sırasıyla %19,6 ve %17,6 olarak saptandı. Hastaneye yatış sebebi özkıyım girişimi olan grupta sigara, alkol ve psikoaktif madde kullanım oranları özkıyım düşüncesi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hasta grubuna göre daha fazla gözlense de aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). (Tablo 9)

Tablo 9. Hastaneye Yatış Sebebine Göre Hastaların Sigara, Alkol, Psikoaktif Madde Kullanımı

HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ		Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)		TOPLAM (N:141)		
		N	%	N	%	N	%	p
Sigara Kullanımı	Var	38	82,6	72	75,8	110	78	0,359
	Yok	8	17,4	23	24,2	31	22	
Alkol Kullanımı	Var	15	32,6	29	30,5	44	31,2	0,802
	Yok	31	67,4	66	69,5	97	68,8	
Psikoaktif Madde Kullanımı	Var	9	19,6	17	17,9	26	18,4	0,810
	Yok	37	80,4	78	82,1	115	81,6	

Ki-Kare Testi

Uygulanan SCID-1 sonucunda örneklemde hem hastane yatışı öncesi özkıyım girişimi olan hem de olmayıp sadece özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılan grupta en sık görülen eksen 1 tanısının major depresyon (n:53, %37,6) olduğu, bunu uyum bozukluğu (n:25, %17,7) tanısının izlediği görüldü. Özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan grupta major depresyon ve uyum bozukluğu tanılarını bipolar bozukluk (n:12, %12,6) ve psikotik bozukluk (n:11, %11,6) takip ederken; özkıyım girişimi nedeniyle yatışına karar verilen grupta alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı (n:4, %8,7) ve madde kötüye kullanımı/bağımlılığı (n:3, %6,5) tanılarının %4,3 oranlarında görülen bipolar bozukluk ve psikotik bozukluktan daha sık olduğu gözlendi. 4 hastada (%4,8) ise herhangi eksen 1 tanısı saptanmadı.

Eksen 2 tanısı saptanması amacıyla SCID-2 uygulandığında; hastane yatışı öncesinde özkıyım girişimi olan gruptan 12 hastanın (%26,1) eksen 2 tanısının olmadığı, 7 hastanın (%15,2) birden fazla eksen 2 tanısının olduğu, 7 hastanın (%15,2) borderline kişilik bozukluğu, 5 hastanın (%10,9) histriyonik kişilik bozukluğu, 5 hastanın (%10,9) da antisosyal kişilik bozukluğu tanılarının olduğu gözlendi. Hastane yatışı öncesinde özkıyım girişimi olmayıp sadece özkıyım düşüncesi olan grupta ise 36 hastada (%37,9) herhangi eksen 2 tanısı saptanmazken, 14 hastada ise (%14,7)

birden fazla eksen 2 tanısı saptandı. Bunu sırasıyla histriyonik (n:11, %11,6), borderline (n:9, %9,5) ve antisosyal kişilik bozukluğu (n:9, %9,5) tanıları izledi.

Hastaların eksen 1 ve eksen 2 tanı sıklıklarının dağılımına sırasıyla tablo 10 ve 11'de yer verildi.

Tablo 10. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Eksen 1 Tanılarının Dağılımı

EKSEN 1 TANISI	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ				TOPLAM (N:141)	
	Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)			
	N	%	N	%	N	%
Major Depresyon	19	41,3	34	35,8	53	37,6
Uyum Bozukluğu	10	21,7	15	15,8	25	17,7
Bipolar Bozukluk	2	4,3	12	12,6	14	9,9
Psikotik Bozukluk	2	4,3	11	11,6	13	9,2
Anksiyete Bozukluğu	1	2,2	11	11,6	12	8,5
Alkol Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı	4	8,7	7	7,4	11	7,8
Madde Kötüye Kullanımı/Bağımlılığı	3	6,5	1	1,1	4	2,8
Disosiyatif Bozukluk	1	2,2	3	3,2	4	2,8
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	2,2	0	0,0	1	0,7
Tanı Yok	3	6,5	1	1,1	4	2,8

Tablo 11. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Eksen 2 Tanılarının Dağılımı

EKSEN 2 TANISI	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ				TOPLAM (N:141)	
	Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)			
	N	%	N	%	N	%
Tanı Yok	12	26,1	36	37,9	48	34,0
Birden Fazla	7	15,2	14	14,7	21	14,9
Borderline Kişilik Bozukluğu	7	15,2	9	9,5	16	11,3
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	5	10,9	11	11,6	16	11,3
Antisosyal Kişilik Bozukluğu	5	10,9	9	9,5	14	9,9
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	2	4,3	6	6,3	8	5,7
Narsistik Kişilik Bozukluğu	3	6,5	4	4,2	7	5,0
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	1	2,2	2	2,1	3	2,1
Diğer	4	8,7	4	4,2	8	5,7

4.4 UYGULANAN KLİNİK ÖLÇEKLER İLE ÖZKIYIM DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Örneklemin hastaneye yatış sebebine göre Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) tanı antitesi kriterlerini karşılama durumu incelendiğinde; özkıyım girişimi sebebiyle hastaneye yatışı yapılan 46 hastadan 28'i (%60,9), özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılan 95 hastadan ise sadece 20'si

(%21,1) kriterleri karşıladı ve istatistiksel olarak iki grup arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (p:0,000). (Tablo 12)

Tablo 12. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ						
	Özkıyım Girişimi (N:46)		**Özkıyım Düşüncesi (N:95)**		**TOPLAM (N:141)**		
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p**
Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Varlığı	28	60,9	20	21,1	48	34	**0,000**

Ki-Kare Testi, p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel ölçeği toplam skoru ortanca değeri özkıyım girişimi sebebiyle hastanede yatan hasta grubunda 149,15; özkıyım düşüncesi nedeniyle hastanede yatan hasta grubunda 0 olarak bulundu. İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptandı (p:0,002). Ancak ÖADB-Y ölçeği toplam skoru ortanca değerinin özkıyım girişimi sebebiyle hastanede yatan hasta grubunda 153,0; özkıyım düşüncesi nedeniyle hastanede yatan hasta grubunda 109,50 olduğu gözlendi. ÖADB-Y ölçeği toplam skoru ortanca değerleri iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05). (Tablo 13)

Örneklem yaşamboyu özkıyım girişim durumlarına göre karşılaştırıldığında ise daha önce hayatı boyunca en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuş olan grubun ÖADB-G ölçek toplam skor ortanca değeri; 106,65 iken hiç özkıyım girişiminde bulunmamış grupta 0 idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Oysa ki ÖADB-Y ölçeği toplam skoru ortanca değeri özkıyım girişiminde bulunmuş grupta 153, diğer grupta 0'dı. İstatistiksel olarak ileri düzey anlamlı farklılık gözlendi (p:0,001). (Tablo 14)

Tablo 13. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre ÖADB Ölçekleri Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

ÖADB ÖLÇEKLERİ	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ (N:141)				
	Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)		
	Ortanca	IQR	Ortanca	IQR	p
ÖADB- Güncel Ölçeği Toplam Skoru	149,15	0,0-218,1	0,0	0,0-144,5	**0,002**
ÖADB- Yaşamboyu Ölçeği Toplam Skoru	153,00	77,5-218,1	109,50	0,0-204,5	0,060

Mann Whitney U testi, IQR: Interquartile range, p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 14. Örneklemin Yaşamboyu Özkıyım Girişimine Göre ÖADB Ölçekleri Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

ÖADB ÖLÇEKLERİ	YAŞAMBOYU ÖZKIYIM GİRİŞİMİ (N:141)				
	VAR (N:98)		YOK (N:43)		
	Ortanca	IQR	Ortanca	IQR	p
ÖADB- Güncel Ölçeği Toplam Skoru	106,65	0,0-201,47	0,0	0,0-125,8	0,064
ÖADB- Yaşamboyu Ölçeği Toplam Skoru	153,00	0,0-218,12	0,0	0,0-154,0	**0,001**

Mann Whitney U testi, IQR: Interquartile range, p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Özkıyımla İlişkili Duygudurum Bozulması-Güncel ölçeğini oluşturan maddelerin skorları karşılaştırıldığında; özkıyım girişimi olan grupta ölçeğin 2c maddesinin ortanca değeri 7 ile en yüksek değeri olışturdu. Özkıyım düşüncesi nedeniyle yatarak tedavi gören grupta ise ölçeğe ait tüm maddelerin ortanca değerlerinin 0 olduğu gözlendi. 8. ve 10. maddelerinin skorlarının iki grup arasında

istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05) ve 9. maddelerinin skorlarının ise iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (p<0,01) farklılık gösterdiği saptandı. (Tablo 15)

Tablo 15. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre ÖADB-G Ölçeğini Oluşturan Maddelerin Ortanca ve IQR Değerlerinin Karşılaştırılması

ÖADB -G ÖLÇEĞİ ALT MADDELERİ	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ				p
	Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)		
	Ortanca	IQR	Ortanca	IQR	
kendini öldürme niyetindeki artış şiddeti (2c)	7,0	0,0-10,0	0,0	0,0-7,0	**0,001****
özkıyım düşüncesinin geçmeyeceği fikri (3)	5,0	0,0-9,25	0,0	0,0-5,0	**0,001****
diğer insanlardan kopmuş olma (4b)	6,0	0,0-9,0	0,0	0,0-6,0	**0,001****
diğer insanlardan kopmuş olma hissinin geçmeyeceği fikri (4c)	5,5	0,0-9,0	0,0	0,0-5,0	**0,001****
diğer insanlara karşı tiksinti hissi (5b)	0,0	0,0-6,0	0,0	0,0-0,0	0,233
diğer insanlara karşı tiksinti hissinin geçmeyeceği fikri (5c)	0,0	0,0-3,25	0,0	0,0-0,0	0,220
olmassa diğer insanların daha iyi olacağı hissi (6b)	0,0	0,0-6,0	0,0	0,0-0,0	0,112
olmassa diğer insanların daha iyi olacağı hissinin geçmeyeceği fikri (6c)	0,0	0,0-5,0	0,0	0,0-0,0	0,159
kendine karşı tiksinti hissi (7b)	0,0	0,0-1,5	0,0	0,0-0,0	0,192
kendine karşı tiksinti hissinin geçmeyeceği fikri (7c)	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,235
kendinden memnuniyetsizlik, kendini huzursuz hissetme (8)	6,5	0,0-10,0	0,0	0,0-8,0	**0,010***
aşırı sinirli hissetme (9)	3,0	0,0-8,0	0,0	0,0-3,0	**0,005****
uyku sorunları (10)	4,0	0,0-8,25	0,0	0,0-5,0	**0,040***
kabus görme (11a)	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,416

Mann Whitney U testi, IQR: Interquartile range, *p<0,05, **p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Uygulanan diğer klinik ölçeklerin toplam skorları örneklemin hastaneye yatış sebebine göre karşılaştırıldı. Hasta Sağlık Anketinin (HSA); somatizasyon semptomlarını değerlendiren PHQ-15, anksiyete semptomlarını değerlendiren GAD-7 ve depresif semptomları değerlendiren PHQ-9 alt ölçekleri ile Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeğine (KPDÖ) ait toplam skorlar iki grup arasında karşılaştırıldığında; PHQ-9, GAD-7 ve KPDÖ skorları iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdi ($p<0,01$). Özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı olan hastaların her bir ölçeğe ait toplam skor ortanca değerleri diğer grupta yer alan hastalarınkinden yüksekti. (Tablo 16)

Columbia İntihar Şiddetini Değerlendirme Ölçeğinin (C-İŞDÖ) intihar düşüncesi şiddeti alt ölçeğinin geçen ay ve ömür boyu toplam skorları, intihar düşüncesi yoğunluğu alt ölçeğinin geçen ay ve ömür boyu toplam skorları ile intihar davranışı alt ölçeğinde yer alan gerçek girişim sayısı, engellenen girişim sayısı, durdurulan girişim sayısı ömür boyu ve son 3 ay skorları ayrı ayrı hastaların hastaneye yatış sebebine göre karşılaştırıldı. İki grup arasında intihar düşüncesi şiddeti alt ölçeği-geçen ay, intihar düşüncesi yoğunluğu-geçen ay, gerçek girişim sayısı-son 3 ay, gerçek girişim sayısı-ömür boyu ve durdurulan girişim sayısı-son 3 ay toplam skorlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). (Tablo 16)

Tablo 16. Örneklemin Hastaneye Yatış Sebebine Göre Klinik Ölçek Toplam Skor Ortanca Değerlerinin Karşılaştırılması

KLİNİK ÖLÇEK	HASTANEYE YATIŞ SEBEBİ (N:141)				
	Özkıyım Girişimi (N:46)		Özkıyım Düşüncesi (N:95)		
	Ortanca	IQR	Ortanca	IQR	p
PHQ-15	9	4,75-15,0	11	5,0-17,0	0,373
GAD-7	8	6,0-12,0	15	8,0-19,0	**0,001****
PHQ-9	16,5	9,0-22,0	21	15,0-25,0	**0,003****
KPDÖ	9	6,0-15,0	14	10,0-22,0	**0,003****
C-İŞDÖ					
intihar düşüncesi şiddeti-geçen ay	4	3,0-5,0	3	2,0-4,0	**0,000****
intihar düşüncesi şiddeti-ömür boyu	4	3,0-5,0	4	3,0-5,0	0,813
intihar düşüncesi yoğunluğu-geçen ay	5	3,0-5,0	3	3,0-5,0	**0,001****
intihar düşüncesi yoğunluğu-ömür boyu	4	3,0-5,0	5	3,0-5,0	0,330
gerçek girişim sayısı-son 3 ay	1	1,0-1,0	0	0,0-0,0	**0,000****
gerçek girişim sayısı-ömür boyu	1	1,0-2,0	1	0,0-1,0	**0,000****
engellenen girişim sayısı-son 3 ay	0	0,0-0,0	0	0,0-0,0	0,426
engellenen girişim sayısı-ömür boyu	0	0,0-0,0	0	0,0-1,0	0,323
durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	0	0,0-0,0	0	0,0-1,0	**0,033***
durdurulan girişim sayısı-ömür boyu	0	0,0-0,0	0	0,0-1,0	**0,023***

Mann Whitney U testi, IQR: Interquartile range, *p<0,05, **p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Uygulanan klinik ölçeklerin birbirleriyle ilişkisine bakıldığında; Hasta Sağlık Anketinin (HSA) somatik belirtileri değerlendiren PHQ-15 alt ölçeğinin toplam skoru ile ÖADB-G ve ÖADB-Y ölçeklerinin skorları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,01$). Ancak GAD-7, PHQ-9 ve KPDÖ toplam skorları iel ÖADB ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 17)

Tablo 17. Örneklemde ÖADB Ölçekleri ile Diğer Ölçeklerin Korelasyonu

	ÖADB-G	**ÖADB-Y**
	r	**r**
PHQ-15	**0,266***	**0,395***
GAD-7	-0,024	0,055
PHQ-9	-0,018	0,118
KPDÖ	-0,004	-0,025

Spearman korelasyon analizi, *p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği'nin alt ölçeklerinde yer alan değerlendirme madde skorları ÖADB ölçekleri ile karşılaştırıldı. C-İŞDÖ Güncel "intihar düşüncesi şiddeti-geçen ay" alt maddesinin ÖADB-G toplam ölçek skoru ile istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki (r:0,174) gösterdiği ancak diğer alt maddelerde aynı ilişkinin olmadığı görüldü. (Tablo 18)

Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği – Ömürboyunda, "intihar düşüncesi şiddeti-ömür boyu" (r:0,229), "intihar düşüncesi yoğunluğu-ömür boyu" (r:0,227), "gerçek girişim sayısı- ömür boyu" (r:0,269) alt maddeleriyle ÖADB-Y toplam ölçek skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif ilişki saptandı. (Tablo 19)

Tablo 18. Örneklemde C-İŞDÖ Güncel ile ÖADB-G Ölçeğinin Korelasyonu

	ÖADB-G
C-İŞDÖ Güncel	**r**
intihar düşüncesi şiddeti-geçen ay	**0,174***
intihar düşüncesi yoğunluğu-geçen ay	0,158
gerçek girişim sayısı-son 3 ay	0,158
engellenen girişim sayısı-son 3 ay	0,021
durdurulan girişim sayısı-son 3 ay	0,070

Spearman korelasyon analizi, *p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 19. Örneklemde C-İŞDÖ Ömür Boyu ile ÖADB-Y Ölçeğinin Korelasyonu

	ÖADB-Y
C-İŞDÖ Ömür boyu	**r**
intihar düşüncesi şiddeti-ömür boyu	**0,229***
intihar düşüncesi yoğunluğu-ömür boyu	**0,227***
gerçek girişim sayısı- ömür boyu	**0,269***
engellenen girişim sayısı- ömür boyu	0,136
durdurulan girişim sayısı- ömür boyu	0,002

Spearman korelasyon analizi, *p<0,01 düzeyinde anlamlıdır

Taburculuk sonrası dönemde ulaşılabilen 125 hastadan 13'ünde (%10,4) özkıyım girişimi olduğu, 13 hastadan 9'unda (%69,2) ilk değerlendirme esnasında ÖADB tanı antitesi varlığı saptandığı gözlendi. Özkıyım girişiminde bulunanlar ile bulunmayanlar arasında ÖADB varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p:0,010). (Tablo 20)

Tablo 20. Taburculuk Sonrası Dönemde Özkıyım Davranışı Olan ve Olmayan Hastaların Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması Varlığı Yönünden Karşılaştırılması

		TABURCULUK SONRASI ÖZKIYIM GİRİŞİMİ						
		VAR (N:13,%:10,4)		**YOK (N:112,%:89,6)**		**TOPLAM (N:125)**		
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p**
Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması	**VAR**	9	69,2	33	29,5	42	66,4	**0,010**
	YOK	4	30,8	79	70,5	83	33,6	

Fisher Exact test, p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Taburculuk sonrası dönemde özkıyım girişiminde bulunan ve bulunmayan hastalar ÖADB ölçek toplam skorları açısından karşılaştırıldı. Taburculuk sonrası özkıyım girişiminde bulunan hastaların hastaneye yatışları esnasında değerlendirilen ÖADB-G toplam skorlarının ortanca değeri 147,5 ÖADB-Y toplam skorlarının ortanca değeri 177,3 iken özkıyım girişiminde bulunmayan hastaların ÖADB-G toplam skorlarının ortanca değeri 0 ve ÖADB-Y toplam skorlarının ortanca değeri 121,25'ti. Hem ÖADB-G hem de ÖADB-Y toplam skorları her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. (Tablo 21)

Ancak tek değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandığında ÖADB-G ve ÖADB-Y toplam skorlarının taburculuk sonrasında özkıyım girişimi olan ve olmayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ve öngörücü faktör olmadığı gözlendi (p>0,05). (Tablo 22)

Tablo 21. Taburculuk Sonrası Dönemde Özkıyım Davranışı Olan ve Olmayan Hastaların ÖADB Ölçek Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

	TABURCULUK SONRASI ÖZKIYIM GİRİŞİMİ (N:125)				
	VAR (N:13)		**YOK (N:112)**		
	Ortanca	**IQR**	**Ortanca**	**IQR**	**p**
ÖADB-G TOPLAM SKORU	147,5	69,2	0	0-164,2	**0,034**
ÖADB-Y TOPLAM SKORU	177,3	127-249,7	121,25	0-205,5	**0,037**

Mann Whitney U testi, IQR: Interquartile range, $p<0,05$ düzeyinde anlamlıdır

Tablo 22. ÖADB Ölçek Toplam Skorlarının Taburculuk Sonrası Dönemde Özkıyım Davranışını Öngörücülüğü

	p*	**OR**	**%95 güven aralığı**	
			Alt sınır	**Üst sınır**
ÖADB-G TOPLAM SKORU	0,621	1,002	0,995	1,009
ÖADB-Y TOPLAM SKORU	0,284	1,005	0,996	1,014

*Lojistik regresyon

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, özkıyım riski nedeniyle Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 141 hastada yeni bir tanı antitesi olarak öngörülen Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması varlığı ile ilişkili ölçeklerin; özkıyım girişimi ya da düşüncesi nedeniyle yatan hastalarda farklılaşıp farklılaşmadığı, klinik değişkenlerle ilişkili olup olmadığı ve taburculuk sonrası dönemde özkıyım davranışını öngörüp öngörmediği incelendi. Çalışmamıza alınan hastaların bir grubu özkıyım girişimi sonrasında, diğer grubu ise özkıyım girişimi olmayıp sadece özkıyım düşüncesi nedeniyle risk grubunda kabul edilerek hastaneye yatışı yapılanlardan oluşmaktaydı. Her iki grupta yer alan hastalara taburculuklarından iki ay sonra ulaşılarak özkıyım girişiminde bulunup bulunmadığı sorgulandı ve bulunanlar ÖADB-Güncel ölçeği aracılığıyla değerlendirildi.

Örneklemde cinsiyetler arasında, yaşamboyu herhangi dönemde özkıyım davranışında bulunmuş olanlar ve olmayanlar arasında ya da son hastane yatışı özkıyım girişimi sebebiyle olanlar ve özkıyım düşüncesiyle olanlar arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 36,95±11,66 olup özkıyım girişimi olan hastalarda 34,23±12,54, özkıyım düşüncesi olan hastalarda ise 38,26±11,05 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda özkıyım girişim ve düşüncelerinin ergenlerde sık görüldüğü bildirilmektedir (219). Çalışmamızda yaş ortalamasının yüksek saptanması, 18 yaşın altındaki hastaların dahil edilmemesi sınırlamasına bağlanmaktadır.

Dahil edilen hastaların %57'si erkek, %43'ü kadınlardan oluşmaktadır. Özkıyım girişimi sebebiyle yatarak tedavi gören hasta grubunda da oranlar aynı saptanmıştır. Ancak örneklem grubunun yaşamboyu özkıyım girişimleri değerlendirildiğinde kadın hastaların %78,7'sinin en az bir kez özkıyım girişiminde bulunduğu, bu oranın erkek hastalarda %62,5 ile geride kaldığı ve istatistiksel olarak ta anlamlı düzeyde fark gösterdiği gözlenmiştir. Literatürde de belirtilen özkıyım girişimlerinin kadınlarda daha sık olduğuna yönelik verilere uygun olduğu görülmektedir (41,220).

Hastalar medeni durumlarına göre incelendiğinde, yaklaşık %45'inin evli,

%41'inin bekar ve %14'ünün boşanmış veya dul olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte erkek hastaların daha yüksek oranda (%60) bekar ya da boşanmış/dul; kadın hastaların ise daha yüksek oranda (%52,5) evli .olduğu göze çarpmaktadır. Özkıyım riskinin hiç evlenmemiş, boşanmış veya dul kalmış kişilerde yüksek olduğu bilinmektedir (51). Ancak bekar ya da boşanmış/dul olma durumunun özellikle erkeklerde yüksek risk teşkil ettiğini belirten çalışmalar verilerimizi destekler niteliktedir (221,222). Evli olmanın; erkeklerde koruyucu, kadınlarda ise riski arttıran etken gibi davrandığını düşündürtmektedir. Bu durum; ülkemizde kadının toplumsal rolü, evlilikle birlikte sorumluluğun artışı, cinsiyet rolüne uygun biçimde toplumun beklentilerini karşılaması gerektiği algısı gibi etmenlerin stresi arttırması ve kadını ruhsal hastalıklara açık hale getirmesi ile ilişkili olabilir (223,224).

Eğitim düzeyine göre incelendiğinde örneklemin yaklaşık yarısının ilköğretim düzeyinde (1-8 yıl) eğitim aldığı saptanmıştır. Kadın hastaların neredeyse üçte birinin ilkokul (1-5 yıl) düzeyinde eğitimi olduğu ancak bu oranın erkeklerde daha düşük (%16) seyrettiği gözlenmiştir. Literatürde özkıyım girişimi ile eğitim düzeyinin negatif ilişkili olduğu bildirilmektedir (18,55). Ancak çalışmamıza okuryazar olmayan hastalar dahil edilmediğinden eğitim ve özkıyım riski arasındaki ilişki sağlıklı değerlendirilememiştir.

İşsizlik, özkıyım açısından risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (59). Bulgularımızda da örneklemin işsizlik oranı (%56) ülkemizde yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarıyla yapılan çalışmalara benzer şekilde yüksektir (158,225).

Psikiyatrik bozuklukların özkıyım davranışı açısından en güçlü öngörücülerden olduğu kabul edilmektedir (55). Örneklemde %37,6 oranla en sık major depresyon tanısı saptanmıştır. Bunu uyum bozukluğu (%17,7) izlemektedir. Özkıyım girişimi nedeniyle yatan hasta grubunda da sıralama aynı şekildedir ancak major depresyon tanısı alanların oranı %41,3 'e ulaşmaktadır. Özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hasta grubunda da sıralama değişmemiştir. En sık görülen tanının major depresyon olması ülkemizde yapılan çalışmalarla da desteklenmektedir (158,226). Diğer tanıların aksine bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılarını alan hastaların özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hasta grubunda daha yüksek oranda (%12,6 ve %11,6) iken özkıyım girişimi nedeniyle yatan hasta grubunda ise %4,3

oranına düşmesi klinisyenlerin bu hasta gruplarındaki hastaların acil servise başvurularında özkıyım düşüncesini belirtmesi halinde olası özkıyım girişim açısından daha riskli olarak değerlendirmesi ve hastaneye yatış kararı vermesinde etkili olduğu ile açıklanabilir. Tam tersi madde ve alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı tanıları alan hastaların oranının özkıyım girişimi sonrası hastaneye yatan grupta (%15,3), özkıyım düşüncesi nedeniyle yatış kararı verilen gruba (%8,5) göre yüksek olması bu hasta grubunda kişilik bozukluğu ek tanısı, dürtüsellik gibi değişkenlerin de sıklıkla eşlik etmesi ve girişim olasılıklarının daha fazla olması ile açıklanabilir. Bu hasta grubunun acil servis başvurularında kendisi belirtmedikçe özkıyım düşüncesinin sorgulanmıyor ya da ihmal ediliyor olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Kişilik bozukluğu ek tanısının mevcut psikiyatrik tabloyu kötüleştirdiği, ayrıca kişilerin sosyal ilişkilerindeki uyumunu da bozarak özkıyıma daha yatkın hale getirdiği bilinmektedir (84). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da hem yaşamboyu özkıyım girişimi olan ve olmayan hem de hastane yatışı öncesinde özkıyım girişimi olan ve olmayan hastalara karşılaştırıldığında kişilik bozukluğu ek tanısının özkıyım girişimi olan grupta daha yüksek oranda olduğu; kadın hastalarda borderline, erkek hastalarda antisosyal kişilik bozukluğu ek tanısının en sık eşlik eden eksen 2 tanısı olduğu bulunmuştur (84).

Hastaneye yatış sebebine göre incelendiğinde; özkıyım girişimi sonrası hastaneye yatan hastaların %48'inin ilk özkıyım girişimi olduğu ve %61'inin ilk hastane yatışı olduğu saptanmıştır. Özkıyım düşüncesi nedeniyle ve özkıyım girişimi nedeniyle hastaneye yatan hastalar; toplam hastaneye yatış sayıları ile toplam özkıyım girişim sayıları açısından karşılaştırıldığında özkıyım düşüncesiyle yatan hasta grubunun yaşamboyu hastaneye toplam yatış sayısı ortalamasının diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ancak özkıyım girişim sayıları açısından fark göstermedikleri saptanmıştır. Özkıyım girişimi sonrası hastaneye yatan hasta grubunda ise yaşamboyu toplam özkıyım girişim sayılarının ortalamasının diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaştığı ve geçmiş özkıyım girişimi varlığının gelecek özkıyım girişimi açısından önemli bir yordayıcı risk faktörü olduğu literatür bilgisini destekler nitelikte olduğu gözlenmiştir (33,55).

Tüm örneklem ele alındığında ve yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişimi olan hastalar incelendiğinde %53'ünün yaşamboyu tek özkıyım girişimi olduğu

gözlenmiştir. Hastaların son özkıyım girişimleri baz alındığında %87,8'inin ani karar verdiği, cinsiyetler arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı ve kadın hastaların daha sıklıkla ani karar verme eğiliminde olduğu gözlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da kadın hastaların %58,3'ünün son özkıyım girişimi öncesinde stresör etken varlığından bahsettiği ancak erkek hastaların %46 ile geride kaldığı saptanmıştır. Stresör etkene maruziyetin daha fazla görüldüğü kadın hastalar, sıkıntılarını dile getirmekte zorlanarak ifade yolu olarak özkıyım girişimini seçebilmektedir.

En sık tercih edilen özkıyım yöntemi her iki cinsiyette de ilaç içimi olmuştur ve özkıyım girişimi sebebiyle hastaneye yatışı sağlanan hastaların %67,4'nün bu yola başvurduğu gözlenmiştir. İlaç içimi birçok çalışmada birinci sırada seçilen yöntem olarak saptandığından bulgularımızı destekler niteliktedir (158,226,227). Ancak şiddet içeren yöntem açısından değerlendirildiğinde cinsiyetler arası fark saptanmamıştır. Bu durum; yatış öncesinde özkıyım girişiminde bulunmuş örneklem sayısının azlığı ve %67 gibi yüksek oranda ilaç içimi yönteminin seçilmesi ile açıklanabilir. Oysa ki tüm örneklemin yaşamboyu özkıyım davranışı ele alınarak incelendiğinde, literatür verileriyle uyumlu olarak, erkek hastaların daha sıklıkla şiddet içeren yönteme başvurduğunu göstermektedir (108). Kadın hastaların daha az şiddet içeren yöntem seçmesinin özkıyım girişimi motivasyonunun temelinde ölüm yerine bir nevi yardım çağrısının olduğu, içinde bulunduğu sıkıntılı ruhsal durumu gözler önüne serme amacı güttüğü şeklinde açıklanabilir (158,228). Klinisyen her hastayı çevresiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirmeli ancak kadın hastalarda özellikle ülkemizde birçoğunun ekonomik açıdan bağımlı olduğu da göz önünde bulundurularak stres faktörlerini azaltmaya, sosyal desteğini arttırmaya yönelik müdahelelerde bulunmanın özkıyım davranışını azaltmada önem teşkil ettiği unutmamalıdır.

Özkıyım; çalışmalarca belirlenmiş ve hatta kesinleşmiş birçok risk faktörü olduğu halde her yıl bir milyona yakın kişiyi etkilemesi itibariyle halen küresel halk sağlığı sorunu olma özelliğini korumaktadır (30). Bu durum; belirlenmiş mevcut risk faktörleriyle yeterince açıklanamadığını ve öngörülemediğini düşündürtmektedir. Oysa ki önlenebilir en önemli ölüm sebeplerinden biri olduğunun bilinmesi umut vericidir. İlgili çalışmaların zenginliği; önlenebilir olmasının yanında hala gizemini koruyan yapısı ile açıklanabilir. Kişilerin özkıyım davranışında bulunmadan kısa bir

süre önce sağlık profesyoneli ile teması bulunduğunu ve taburculuk sonrası dönemde riskin arttığını gösteren çalışmaların çokluğu, özkıyımın önceden kestirilmesinin güçlüğünü desteklemektedir (169-171,229). Klinisyeni hem yasal hem de vicdani yönüyle olumsuz etkileyen bu durum, özkıyım davranışıyla sonuçlanan sürecin ani ve hızlıca (akut) gelişebileceği teorisinin öne sürülmesine neden olmuştur. Bunlardan biri olan ve çalışmamızın da kaynak aldığı "Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD)"; Joiner ve arkadaşlarının (2015), modern özkıyım teorilerini harmanlayarak geliştirdikleri, ani ve hızla artan özkıyım niyeti ile birlikte sürecin akut geliştiğini, psikiyatrik hastalıkların ötesinde ayrı bir kavram olduğunu öne sürdükleri tanısal antitedir (13). Yazıcı ve ark. (2018) tarafından Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması (ÖADB) adı altında Türkçe'ye çevrilerek, geçerlilik güvenirlik çalışmaları yapıldığından çalışmamızda ÖADB ifadesiyle yer almaktadır (218).

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması için bazı tanı kriterleri önerilmektedir (14). Özkıyım niyetinde saatler ve günler içinde gelişen ani ve hızlı artışın yanında sosyal geri çekilme/yabancılaşma veya kendine yabancılaşma hissi ile 2 aşırı uyarılmışlık belirtisinin varlığına ek özkıyım düşüncelerinin ve/veya sosyal/kendine yabancılaşma hissinin gerilemeyeceği algısı kriterlerinin herbirinin karşılanması şartı aranmaktadır. Ayrıca tüm bunların herhangi bir duygudurum epizodunun kötüleşmesiyle ya da alkol/madde kullanımının artışıyla gerçekleşmemiş olması gerektiği vurgulanmaktadır (14).

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması için önerilen tanı kriterlerinin sağlanıp sağlanmadığına bakıldığında; özkıyım girişimi nedeniyle hastaneye yatışı sağlanmış 46 hastadan 28'inde (%60,9); özkıyım düşüncesi nedeniyle hastaneye yatışı sağlanmış 95 hastadan ise sadece 20'sinde (%21,1) tanı kriterlerinin karşılandığı gözlenmektedir. Özkıyım girişimi nedeniyle yatışı yapılan hastalar daha yüksek oranda tanı almaktadır. ÖADB tanısı varlığı, özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılanlarla özkıyım girişimi sonrası yatışı yapılanları birbirinden ayırt etmektedir. Bu durum istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir.

Örneklemde, Tucker ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ve ÖADB semptom şiddetini ölçen klinik ölçeklerin skorları da karşılaştırılmıştır (14).

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu ölçeğinden türetilen ve son 1 haftalık dönemi değerlendiren 28 maddelik ÖADB-G ölçeği

uygulandığında özkıyım girişimi sonrasında yatışı yapılan hasta grubunun toplam ölçek skoru ortanca değeri daha yüksek olup iki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir. Yatış sebebi özkıyım düşüncesi olan grubun ölçek skoru ortanca değerinin ise 0 olduğu gözlenmektedir. Ölçeğin ilk iki maddesi özkıyım düşüncesi (1. madde) ile özkıyım niyetinde şiddetli bir artış olup olmadığını (2a maddesi) eğer şiddetli bir artış mevcutsa saatler ya da günler içinde gelişip gelişmediğini (2c) sorgulamaktadır. Bu şartlar sağlanmadığında ölçeğin sona erdirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Her ne kadar 4 kriterin varlığı tanı konulabilmesi için şart kabul edilse de özkıyım niyetinde saatler ya da günler içinde şiddetli bir artış gelişmesinin en çok önemsenen ve ön şart sayılan kriter olduğunu göstermektedir. Toplam skorun hesaplanmasında en yüksek katsayının saatler veya günler içinde gelişen özkıyım niyeti artış şiddetinin skorlandığı madde (2c) için kullanılması da bunu destekler niteliktedir (214).

Çalışmamızda da ölçeği oluşturan maddeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde 2c maddesi ortanca değerlerinin iki grup arasında en çok farklılık, istatistiksel düzeyde de ileri düzeyde anlamlılık gösteren madde olduğu gözlenmektedir. Alt madde skor ortanca değerlerine bakıldığında; en yüksek puan alan özkıyım niyetinde şiddetli artışın skorlandığı 2c maddesini sırasıyla, madde 9 (huzursuzluk), madde 4b (diğer insanlardan kopmuş olduğunu hissetme), madde 4c (diğer insanlardan kopmuş olma halinin geçmeyeceği düşüncesi), madde 3 (özkıyım düşüncesinin gerilemeyeceği fikri), madde 9 (uyku sorunları) ve madde 8'in (aşırı sinirli hissetme) takip ettiği ve literatürde yapılan çalışma ile benzer olduğu gözlendi (214). Çalışmamızda da yüksek seyreden skorların ÖADB çekirdek belirtileri olarak gösterildiği maddelere ait olduğu saptandı ve benzer şekilde başkalarından tiksinme/nefret etme ile kendinden tiksinme/nefret etme ile belirlenen maddelerin özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hasta grubundan farklılaşmadığı, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı. "Hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağı hissi" nin skorlanmasının istendiği madde 6'nın da çalışmamızda ortanca değerinin her iki hasta grubunda 0 olduğu ve farklılık göstermedikleri gözlendi. Bu durum; örneklemin yüksek oranda ailesiyle birlikte yaşıyor olması da göz önüne alındığında geleneksel aile yapısının baskın olduğu ülkemizde kültürel etmenlerle ilişkili olabilir.

Özkıyım girişimi olmadan sadece özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hasta

grubunun ÖADB-G ölçeğinde yer alan tüm maddelere ait skor ortanca değerlerinin 0 saptanması, ilk 2 maddede yer alan şartların sağlanamaması nedeniyle ölçeğin sonlandırılması ve dolaylı olarak diğer maddelerin de sıfır puan almasıyla sonuçlanmasına bağlanmaktadır.

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması -Yaşamboyu ölçeği de 28 alt maddeden oluşup, semptom şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. ÖADB-G ölçeğinden farklı olarak; son 1 hafta yerine kişinin yaşamboyu özkıyıma en meyilli olduğu dönemini değerlendirmektedir. Toplam skor hesaplaması ve maddelere verilen önem ÖADB-G ile aynıdır.

Çalışmamızda yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunmuş olan grupta ÖADB-Y ölçeği toplam skor ortanca değerinin, daha önce hiç özkıyım girişiminde bulunmamış olan gruba göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek seyrettiği gözlenmektedir. Bu bulgu, ÖADB ile ilgili yapılan çalışmalarla da uyum göstermektedir (11,14,212,230).

Ancak örneklem, hastaneye yatış sebebine göre karşılaştırıldığında; özkıyım girişimi sebebiyle yatan hasta grubunun ÖADB yaşamboyu ölçek skor ortanca değerleri diğer gruptan daha yüksek seyretmesine rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratacak düzeyde olmadığı saptanmıştır. Bu durum; hastaneye yatış sebebi özkıyım düşüncesi olan grubun geçmişinde özkıyım girişimi öyküsü bulunan bireyleri de içermesiyle ilişkilendirilmektedir. Hastaların özkıyıma en eğilimli hisettikleri zamanı geçmiş dönemde yaşadığını belirttikleri, oysa ki hastaneye yatış sebebi özkıyım girişimi olan hastaların yaşamları boyunca özkıyıma en eğilimli oldukları dönemi son hastaneye yatış dönemleri olarak belirttikleri ve böylece her iki grubun ÖADB-Y ölçek skor değerlerinin birbirine yakınlaşarak istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmayacak düzeye, aksine ÖADB-G ölçek skor değerlerinin birbirinden uzaklaşarak istatistiksel olarak anlamlı farka yol açacak düzeye geldiğini düşündürmektedir. Benzer şekilde; ÖADB-G ölçek skor değerlerinin son hastane yatışı özkıyım girişimi sebebiyle olan grupla diğer grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşması, ancak yaşamboyu özkıyım girişimi olan ve olmayan grup arasında farklılaşmaması bunu desteklemektedir.

Uygulanan Hasta Sağlık Anketi alt ölçeklerinden elde edilen toplam skorların ortanca değerleri karşılaştırıldığında; özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılan

hastalarda anksiyete semptomlarını değerlendiren GAD-7, depresif semptomları değerlendiren PHQ-9 toplam skorlarının ortanca değerinin daha yüksek seyrettiği ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farka neden olduğu görülmüştür. Ancak bahsedilen alt ölçekler ile ÖADB ölçekleri arasında ilişki saptanmamıştır. Somatik belirtileri değerlendiren PHQ 15 alt ölçeği ise her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermeyip, ÖADB ölçekleriyle zayıf-orta ilişkili bulunmuştur. Rogers ve ark. (2019); psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 167 hasta ile yürüttükleri çalışmada ÖADB ölçekleri ile Beck Anksiyete ve Beck Depresyon ölçekleri arasında zayıf-orta düzeyde ilişki saptandığını ancak alt maddeler ayrı ayrı değerlendirildiğinde birbirinden farklılaştığını ve ÖADB'nin depresyon ve anksiyete belirtilerinden ayrıldığını, akut riski yansıtan daha spesifik bir yapıya sahip olduğunu belirtmektedir (214). Çalışmamızda anksiyete ve depresyon semptomlarını değerlendiren ölçeklerin toplam skorlarıyla ÖADB ölçekleri arasında ilişki saptanmamış olması yapılan diğer çalışmalarla çelişiyor gibi görünse de somatizasyonun değerlendirildiği ölçek ile ilişkili saptanması göze çarpmaktadır. Örneklemin mevcut şikayetlerini daha çok somatize etme eğiliminde olduğunu; içinde bulundukları durumu, ruhsal sıkıntılarını ancak bedensel yakınmalarla ifade edebildiğini düşündürtmektedir. Bu farklılık; kültürel etmenlerle açıklanabilir. Ruhsal, duygusal huzursuzluğun bedensel belirtilerle ifadesi anlamına gelen somatizasyonun anksiyete ve depresif bozukluklara sıklıkla eşlik ettiği ve birbirleriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (231,232). Duygu dışavurumunun geleneksel olarak uygun görülmediği kültürlerde ve ülkemiz gibi gelişmekte olan toplumlarda, ruhsal sıkıntının bedensel belirtilere aktarılarak tıbbi yardım arayışına gidilmesi daha yaygındır (233). Ayrıca Pazvantoğlu ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada somatik özelliklerin, özkıyım niyeti ve davranışını arttırdığı saptanmıştır (234). ÖADB semptomolojisinde somatik belirtilerin yer almaması nedeniyle ilgili çalışmalarda bedenselleştirmenin incelenmediği gözlenmektedir. Ülkemizde ÖADB fenomonolojisiyle ilgili araştırmaların artmasının, çalışmamızdaki hastaların anksiyete ve depresyon belirtilerini somatize etme yönündeki eğiliminin örnekleme özgü mü yoksa kültürel etmenlerin bir sonucu mu olduğunu açıklığa kavuşturacağı düşünülmektedir.

Özkıyım riskini değerlendirmesi hedeflenerek oluşturulan ve Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmalarının da yapıldığı Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme

Ölçeği (C-İŞDÖ) ile ÖADB ölçekleri karşılaştırıldığında; güncel intihar düşüncesi şiddeti skorunun ÖADB-G toplam skoru ile istatistiksel düzeyde pozitif yönde ilişkili olduğu, diğer yandan güncel intihar düşüncelerinin yoğunluğu ya da gerçek girişim sayısı ile istatistiksel olarak anlam ifade eden ilişki göstermediği gözlendi. Ancak ÖADB-Y ölçeği toplam skorları ile hem ömür boyu intihar düşüncesi şiddeti hem ömür boyu intihar düşüncesi yoğunluğu skoru hem de ömür boyu gerçek girişim sayısı alanlarında istatistiksel düzeyde anlamlı pozitif ilişki saptandı. Stanley ve ark. (2016), psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 1442 hasta ile ÖADB'nin faktör analizini inceledikleri çalışmada, fenomonolojinin içerdiği özkıyım niyeti maddesi için C-İŞDÖ ölçeğinden yararlanmıştır (11). Bu doğrultuda saptanan ilişki ile uyumludur. Ancak özellikle ÖADB-G ölçeğiyle aralarında saptanan zayıf ilişkinin, C-İŞDÖ'nün kişiyi değerlendirdiği dönemin "son bir ay" ya da "son 3 ay" olmasıyla ilişkili olduğuna bağlanmaktadır. Oysa ki ÖADB akut riske önemle vurgu yapmaktadır (11,13,14).

Çalışmamız, ÖADB varlığının taburculuk sonrası dönemde özkıyım davranışını öngörücülüğünü araştırmayı da hedeflemektedir. Hastalara taburculuklarından 2 ay sonra ulaşılarak, özkıyım davranışında bulunup bulunmadığı sorgulandı. Ancak 141 hastadan oluşan örneklemde 16 hastaya ulaşılamadı ve 13 hastanın taburculukları sonrasında özkıyım girişiminde bulunduğu tespit edildi. Taburculuğu sonrasında özkıyım girişiminde bulunan hastaların yüksek oranda (%69,2) ÖADB tanı kriterlerini karşıladığı, hastaneye yatışı esnasında ilk yapılan değerlendirmelerinde uygulanan ÖADB-G ile ÖADB-Y ölçeklerinden daha yüksek skorlar aldığı ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdiği gözlense de lojistik regresyon analizi ile öngörücülük değerlendirildiğinde aynı sonuca ulaşılamamıştır. Taburculuk sonrası dönemde özkıyım girişiminde bulunan hasta sayısının düşük olmasının bunda etkili faktör olduğu düşünülmektedir. Taburculuk sonrası dönemde özkıyım riskinin, özkıyım girişimi nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda fazla olduğu bildirilmektedir (164). Çalışmamıza alınan örneklemi büyük oranda özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hastaların oluşturmasının da etkili diğer bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar sınırlıdır ve prospektif öngörücülüğünü değerlendiren çalışmaya rastlanılmamıştır. Literatürde taburculuk sonrasında özkıyım davranışının

öngörücülüğünü değerlendiren çalışmalar incelendiğinde Yaseen ve arkadaşlarının (2014) özkıyım düşüncesi ve girişimi sonrasında psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 161 hasta ile yaptıkları çalışmada hastalar taburculuklarından 2 ile 6 ay sonrasında yeniden değerlendirilerek "Suicide Trigger Scale (STS-3)" adı verdikleri intihar tetikleyici ölçeğinin öngörücü faktör olup olmadığını araştırmıştır. Ölçek ham skorları ile yapılan tek değişkenli lojistik analizde öngörücü olmadığı sonucuna, ancak ölçeğin kesme değeri baz alınarak skorların ortanca değerleri yeniden hesaplandığında öngörücü faktör olduğu sonucuna ulaştıklarını belirtmişlerdir (214). Yine aynı araştırmacıların 2018 yılında özkıyım düşüncesi ve girişimi sonrası hastaneye yatan hastalarla yaptıkları çalışmada; akut özkıyım riskini değerlendirmeyi hedefleyen "intihar kriz sendromu" tanı kriterlerini sağlayan hastaların %36'sının taburculuk sonrası dönemde özkıyım girişiminde bulundukları saptanmıştır. Örneklemin geneline bakıldığında ise çalışmamızın verilerine benzer şekilde %11'inde taburculuk sonrası dönemde özkıyım girişiminde bulunduğu gösterilmiştir (209).

Özkıyımın her yıl dünya çapında milyonlarca kişiyi etkiliyor olduğu göz önünde bulundurulduğunda; riskin etkin değerlendirilmesinin ve sonrasında uygun yönetilmesinin gerekliliği aşikardır. Klinisyenlerin psikiyatrik semptomatolojiyi değerlendirdiği DSM-5'te de özkıyım düşüncelerine sadece bazı hastalık gruplarında tanı kriteri olarak yer verilmesi, suisidalitenin halen bir hastalıktan ziyade diğer bozuklukların semptomu olarak kabul edildiğini gözler önüne sermektedir (12). Oysa ki özkıyım davranışı, psikiyatrik bir sendromun ötesinde ele alınması gereken karmaşık bir fenomendir. "Özkıyım Davranış Bozukluğu" ileri çalışma gerekliliği açısından DSM-5'te tanıtılmakla birlikte, davranışı bir sonuç olarak gösterdiğinden ölümcül ya da ona yakın bir girişimin akut tehlikesini göstermemektedir (12). Bu tanısal boşluğun ışığında, Joiner ve ark., yaptıkları çalışmalarla akut özkıyım riskini tespit edebilmek amacıyla ÖADB'yi tanıtmışlardır (13). Sonrasında Rogers ve ark. ile Tucker ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarla; ani ve şiddetli piklerle karakterize özkıyım niyeti artışı ile birlikte, sosyal geri çekilme belirtileri ve bunların geçmeyeceğine yönelik düşüncelerle aşırı uyarılmışlık belirtilerinin, ÖADB'nin ana içeriğini oluşturduğunu; tek boyutlu yapısının faktör analiz çalışmalarıyla değerlendirilmesi sonucunda diğer psikiyatrik hastalıkların ötesinde özkıyım akut riskini belirleyen eşsiz yapıya sahip olduğunu vurgulamıştır (11,13,14,214). Ayrıca

yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibi özkıyım düşüncesi olanlar ile özkıyım girişiminde bulunanları ayırt edebildiğinin gösterilmesi klinisyene kriz yönetiminde kolaylık sağlayacağı, kişinin ayaktan veya hastaneye yatırılarak takibinin yapılması kararında yol gösterici olabileceği öngörülmektedir (11,14,202,212,214). Diğer taraftan, hastaneye yatışı sağlanan hastaların taburculuk sonrası dönemde yüksek risk taşıdığı da düşünülürse, klinisyenin taburculuk kararı vermesinde de yarar sağlayabileceği düşünülmektedir. Ancak ÖADB ile ilgili yapılan çalışmaların azlığı göz önünde bulundurularak; özkıyım akut riskini öngörme keskinliğine ve klinisyene olası katkısına ilişkin verilerin arttırılabilmesi amacıyla geniş örneklemlerle, farklı hasta gruplarıyla çalışmaların çoğaltılması gerektiği unutulmamalıdır .

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri; örneklemin yaklaşık %10 una taburculuk sonrası dönemde ulaşılamamış olması ve takibi yapılan örneklem sayısının, öngörücü faktör olduğu öne sürülen değişkenlerin değerlendirilmesinde yetersiz kalmasıdır. Taburculuk sonrasında özkıyım girişiminde bulunan örneklem sayısının azlığı topluma genellenebilirliği de kısıtlamaktadır. Bir diğer kısıtlılık; uygun olan hastalardan yaklaşık %20'si çalışmaya katılmayı reddettiğinden ya da tüm değerlendirmeler yapılamadan kendi istekleri doğrultusunda taburcu olduğundan bu hastaların çalışmaya dahil edilen hastalardan diğer önemli yönlerden farklılık gösterip göstermediği veya ölçek performansını değiştirip değiştirmediğinin belirlenememesidir. Uygulanan ÖADB ölçeklerinin kesme değerinin olmaması da kısıtlılık olarak değerlendirilmektedir. Ancak çalışmamızın, alanda gelecekte yapılacak araştırmalar için öncü olabileceğini düşünüyoruz.

7. SONUÇLAR

- Yaşamboyu özkıyım girişimleri değerlendirildiğinde; kadın hastalar, erkek hastalara kıyasla daha fazla özkıyım girişiminde bulunmakta ve daha fazla ani karar verme eğilimi göstermektedir.
- Yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişiminde bulunan hastaların son özkıyım girişimlerinde en sık kullandıkları yöntem ilaç içimidir ve erkek hastalar daha sıklıkla şiddet içeren yöntem tercih etmektedir. Ancak özkıyım girişimi sebebiyle hastaneye yatışı sağlanan hastaların kullandıkları yöntemler şiddet içerip içermeme durumuna göre cinsiyetler arasında farklılık göstermemektedir.
- Özkıyım düşüncesi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastaların yaşamboyu hastanede yatış sayıları fazla iken; özkıyım girişimi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastaların ise yaşamboyu özkıyım girişim sıklığı daha fazladır.
- Örneklemde en sık saptanan eksen 1 tanısı majör depresif bozukluk olup; bunu uyum bozukluğu tanısı izlemektedir.
- Özkıyım girişimi nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastalarda en sık eksen 2 tanısı borderline kişilik bozukluğu iken, özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı yapılan hastalarda en sık histriyonik tip kişilik bozukluğudur.
- Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması; özkıyım girişimi nedeniyle yatan hastalar ile özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hastaları birbirinden ayırmaktadır. Özkıyım girişimi olan hastalar daha yüksek oranda tanı kriterlerini karşılamaktadır.
- Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel Ölçeği, özkıyım girişimi nedeniyle ve özkıyım düşüncesi nedeniyle yatışı sağlanan hastaları birbirinden ayırmaktadır. Özkıyım girişimi nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda ÖADB-G ölçek toplam skorları daha yüksek seyretmektedir, dolayısı ile daha şiddetli ÖADB varlığına işaret etmektedir.

- Örneklem yaşamboyu özkıyım girişimlerine göre değerlendirildiğinde; yaşamboyu en az bir kez özkıyım girişimi olan hastaların olmayanlara göre ÖADB-Y ölçeği toplam puanları daha yüksektir.
- Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel ölçeğinde yer alan "kendini öldürme niyetindeki artış şiddeti" (2c), "özkıyım düşüncesinin geçmeyeceği fikri" (3), "diğer insanlardan kopmuş olma hissi" (4b), "diğer insanlardan kopmuş olma hissinin geçmeyeceği fikri" (4c), "kendinden memnuniyetsizlik, kendini huzursuz hissetme" (8), "aşırı sinirli hissetme" (9), "uyku sorunları" (10) alt maddelerinin skorları, özkıyım girişimi nedeniyle yatan hastalarda daha yüksektir.
- Hasta Sağlık Anketinin (HSA); anksiyete belirtilerini değerlendiren GAD-7 ve depresyon belirtilerinin değerlendiren PHQ-9 alt ölçeklerine ait skorlar ile Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeğine (KPDÖ) ait skorlar özkıyım düşüncesi nedeniyle yatan hastalarda daha yüksektir.
- Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması ölçekleri ile Hasta Sağlık Anketinin somatik belirtileri değerlendiren PHQ-15 alt ölçeği pozitif yönde ilişkilidir.
- Hastalar taburculuk sonrası dönemde değerlendirildiğinde özkıyım girişiminde bulunanlar, bulunmayanlara göre daha yüksek oranda ÖADB tanısı almaktadır. Ancak hastaların hastanede yattıkları dönemde değerlendirilen ÖADB ölçek skorları, taburculuk sonrasında özkıyım davranışını öngörücü bir faktör değildir.

KAYNAKLAR

1. WHO Mental Health. Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All. Available online: http://www.who. int/mental_health/prevention/suicide/background.
2. Özgüven HD. İntihar davranışının epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi. 2008; 1(3) : 1-7.
3. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry. 1997; 170: 205-28.
4. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(7): 1425.
5. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(10): 1058-64.
6. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. World Psychiatry. 2002; 1(3): 181-5.
7. Heu U, Bogren M, Wang AG, Brådvik L. Aspects of Additional Psychiatric Disorders in Severe Depression/Melancholia: A Comparison between Suicides and Controls and General Pattern. Int J Environ Res Public Health. 2018; 15(7): 1299.
8. Hunt IM, Bickley H, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: A case-control study. J Affect Disord. 2013; 144(1-2): 123–8.
9. Lieb M, Palm U, Meyer S, Sarubin N, Mokhtari-Nejad R, Riedel M, et al. [Risk factors for inpatient suicide]. [Article in German]. Psychiatr Prax. 2014; 41(4): 195-9.
10. Hjorthøj CR, Madsen T, Agerbo E, Nordentoft M. Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014; 49(9): 1357-65.
11. Stanley IH, Rufino KA, Rogers ML, Ellis TE, Joiner TE. Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients. J Psychiatr Res. 2016; 80: 97-104.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. (DSM-V). 2013.
13. Joiner TE, Turner JB, Hames JL, Buchman-Schmitt JM, Chu C, Hendin H. The factorial structure of affective states aligns with the existence of a proposed new clinical entity: Acute Suicidal Affective Disturbance. In preparation. 2017.
14. Tucker RP, Michaels MS, Rogers ML, Wingate LR, Joiner TE Jr. Construct validity of a proposed new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). J. Affect. Disord. 2016; 189: 365–78.
15. http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/suicide?q=suicide. (12.05.2019).
16. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5cd77160b9c322.02996384. (12.05.2019).

17. https://tr.wikibooks.org/wiki/Psikolojiye_Giri%C5%9F/%C4%B0ntihar (12.05.2019).
18. Karamustafalıoğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri: Güneş Tıp Kitapevleri. 2018. Bölüm 81. Hocaoğlu Ç. İntihar. s. 909.
19. Goodfellow B, Kõlves K, de Leo D. Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: A systematic literature review. Suicide Life Threat Behav. 2018; 48(3): 353-66.
20. Silverman MM. The language of suicidology. Suicide Life Threat Behav. 2006; 36(5): 519-32.
21. Wortzel HS, Gutierrez PM, Homaifar BY, Breshears RE, Harwood JE. Surrogate endpoints in suicide research. Suicide Life Threat Behav. 2010; 40(5): 500-5.
22. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: World Health Organization. 2014.
23. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, et al. Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA Pract Guide. 2010.
24. Odağ C. İntihar (Özkıyım) Tanım-Kuram-Sağaltım. Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Eğitim Hizmetleri.Yayınları; 2008. s. 3-125.
25. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. J Psychopathol Behav. 2001; 23(4): 253-63.
26. Feldman MD. The challenge of self-mutilation: a review. Compr Psychiatry 1988; 29(3): 252-69.
27. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Çev. ed.: Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). 2000.
29. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Çev. ed.: Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
30. Cerel J, Brown MM, Maple M, Sıngleton M, Van De Venne J, Moore M, et al. How many people are exposed to suicide? not six. Suicide Life Threat Behav. 2019; 49(2): 529-34.
31. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. Lancet Psychiatry. 2014; 1(1): 86-94.
32. World Health Organization. National suicide prevention strategies: Progress, examples and indicators. 2018.
33. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016; Bölüm 23, Acil Psikiyatrik Tıp, İntihar, Çev. Sönmez İ. s. 763.
34. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Clin Psychiatry. 2010; 71(12): 1617-28.
35. TÜİK.Ölüm İstatistikleri 2017. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592. (15.05.2019).

36. TÜİK.Ölüm İstatistikleri 2017. Available from: https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=tr. (15.05.2019).
37. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet Psychiatry. 2016; 387(10024): 1227-39.
38. Wolford-Clevenger C, Cropsey KL. Depressive symptoms and age of alcohol use onset interact to predict suicidal ideation. Death Stud. 2019; 1-7.
39. Blasco MJ, Vilagut G, Almenara J, Roca M, Piqueras JA, Gabilondo A, et al. Suicidal thoughts and behaviors: Prevalence and association with distal and proximal factors in spanish university students. Suicide Life Threat Behav. 2019; 49(3): 881-98.
40. Gawęda Ł, Pionke R, Krężołek M, Frydecka D, Nelson B, Cechnicki A. The interplay between childhood trauma, cognitive biases, psychotic-like experiences and depression and their additive impact on predicting lifetime suicidal behavior in young adults. Psychol Med. 2019; 1-9.
41. Ferri FF, Ferri's Clinical Advisor 2019, Chapter Suicide; Kazım A.;1322.e1-1322.e2
42. Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, et al. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. J Affect Disord. 2012; 136(1-2): 9-16.
43. Houle J, Mishara BL, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. J Affect Disord. 2008; 107(1–3): 37-43.
44. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Mann JJ, Oquendo MA. Suicidal behavior in young women. Psychiatr Clin North Am. 2008; 31(2): 317-31.
45. Engin E, Turgut-Öztürk E. İntihar ve intihar riskli hastalar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Çam O, Engin E (Editörler). İstanbul Tıp Yayınevi, İstanbul; 2014: s. 393-410.
46. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA. 2013; 70(3): 300-10.
47. Epstein JA, Spirito A. Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students. Suicide Life Threat Behav. 2009; 39(3): 241-51.
48. Karaman D, Durukan İ. Çocuk ve ergenlerde özkıyım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(1): 30-47.
49. Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlılarda intihar davranışı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(3): 294-09.
50. Bennardi M, Caballero FF, Miret M, Ayuso-Mateos JL, Haro JM, Lara E, et al. Longitudinal relationships between positive affect, loneliness, and suicide ideation: Age-specific factors in a general population. Suicide Life Threat Behav. 2019; 49(1): 90-03.
51. Heikkinen ME, Isometsä ET, Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Social factors in suicide. Br J Psychiatry. 1995; 167(6): 747-53.

52. TÜİK.ÖlümİstatistikleriAvailable from: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592. (15.05.2019).
53. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF, et al. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. J Affect Disord. 2019; 245: 653-67.
54. Niu L, Jia C, Ma Z, Wang G, Yu Z, Zhou L. The validity of proxy-based data on loneliness in suicide research: a case-control psychological autopsy study in rural China. BMC Psychiatry. 2018; 18(1): 116.
55. Öncü B. İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. Psikiyatride Güncel. 2017; 7(1): 1-14.
56. Sheikhmoonesi F, Zarghami M. Prevention of physicians' suicide. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014; 8(2): 1–3.
57. Gerada C. Doctors, suicide and mental illness. BJPsych Bull. 2018; 42(4): 165-8.
58. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2013; 203(6): 409-16.
59. Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. Modelling suicide and unemployment:a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. Lancet Psychiatry. 2015; 2(3): 239-45.
60. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. BMJ. 2012; 345: e5142.
61. Haw C, Hawton K, Gunnell D, Platt S. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. Int J Soc Psychiatry. 2015; 61(1): 73-81.
62. Garcy AM, Vågerö D. Unemployment and suicide during and after a deep recession: a longitudinal study of 3.4 million Swedish men and women. Am J Public Health. 2013; 103(6): 1031-8.
63. Windfuhr K, Kapur N. Suicide and mental illness: a clinical review of 15 years findings from the UK National Confidential Inquiry into Suicide. Br Med Bull. 2011; 100: 101-21.
64. Isometsa E. Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why?. Can J Psychiatry. 2014; 59(3): 120-30.
65. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol psychiatry. 2010; 15(8): 868-76.
66. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: Sex and age determinants. J Affect Disord. 1999; 55(2-3): 171-8.
67. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry. 2003; 64(9): 1094-100.
68. Trivedi MH, Morris DW, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Gaynes BN, Kurian BT, et al. Clinical and sociodemographic characteristics associated with suicidal ideation in depressed outpatients. Can J Psychiatry. 2013; 58(2): 113-22.

69. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Suicide in bipolar disorder: a review. Psychiatr Danub. 2014; 26(2): 108-14.
70. Pompili M, Gonda X, Serafini G, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. Bipolar Disord. 2013; 15(5): 457–90.
71. Balázs J, Lecrubier Y, Csiszér N, Koszták J. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. J Affect Disord. 2003; 76(1-3): 113-9.
72. Schaffer A, Isometsä ET, Azorin J-M, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, et al. A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2015; 49(11): 1006-20.
73. Öztürk MO, Uluşahin A. Şizofreni Bölümü. Ruh sağlığı ve bozuklukları 13. baskı: Nobel Tıp Kitapları. 2015.
74. Alaräisänen A, Miettunen J, Rasanen P, Fenton W, Koivumaa-Honkanen HT, Isohanni M. Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44(12): 1107-10.
75. Çetin Ö, Eker SS. Şizofreni ve özkıyım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(4): 611-27.
76. Eikelenboom-Schieveld SJ, Lucire Y, Fogleman JC. The relevance of cytochrome P450 polymorphism in forensic medicine and akathisia-related violence and suicide. J Forensic Leg Med. 2016; 41: 65-71.
77. Gorwood P. Biological markers for suicidal behavior in alcohol dependence. Eur Psychiatry. 2001; 16(7): 410-7.
78. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM. Interventions in suicidal alcoholics. Alcohol Clin Exp Res. 2004; 28(5 Suppl): 89S-96S.
79. Bagge CL, Littlefield AK, Conner KR, Schumacher JA, Lee HJ. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: An examination of the 24 h prior to a recent suicide attempt. J Affect Disord. 2014; 165: 53-8.
80. Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s. 556-61.
81. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. 2010.
82. Ögel K. Madde kullanımı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar-intihar ve madde kullanımı. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları; 2010.
83. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009; 373(9672): 1372-81.
84. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014; 15(1).
85. Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi. 2016; 9(3): 21-5.

86. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. Clin Psychol Rev. 2006; 26(6): 769-82.
87. Furczyk K, Thome J. Adult ADHD and suicide. Atten Defic Hyperact Disord. 2014; 6(3): 153-8.
88. Bernert RA, Kim JS, Iwata NG, Perlis ML. Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. Curr Psychiatry Rep. 2015; 17(3): 554.
89. Ajdacic-Gross V, Ring M, Gadola E, Lauber C, Bopp M, Gutzwiller F, et al. Suicide after bereavement: an overlooked problem. Psychol Med. 2008; 38(5): 673-6.
90. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry. 2004; 161(3): 562-3.
91. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, editors. Reducing suicide: a national imperative. Institute of Medicine (US) Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide. The National Academies Press (US). 2002.
92. Irigoyen M, Porras-Segovia A, Galván L, Puigdevall M, Giner L, De Leon S, et al. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. J Affect Disord. 2019; 247: 20-8.
93. Roy A, Segal NL. Suicidal behavior in twins: a replication. J Affect Disord. 2001; 66(1): 71-4.
94. Dutta R, Ball HA, Siribaddana SH, Sumathipala A, Samaraweera S, McGuffin P, et al. Genetic and other risk factors for suicidal ideation and the relationship with depression. Psychol Med. 2017; 47(14): 2438-49.
95. Pedersen NL, Fiske A. Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. Eur Psychiatry. 2010; 25(5): 2647.
96. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. J Abnorm Psychol. 2013; 122(1): 231-7.
97. Claes L, Muehlenkamp J, Vandereycken W, Hamelinck L, Martens H, Claes S. Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. Personality and individual differences. 2010; 48(1): 83-7.
98. Knorr AC, Tull MT, Anestis MD, Dixon-Gordon KL, Bennett MF, Gratz KL. The ınteractive effect of major depression and nonsuicidal self-injury on current suicide risk and lifetime suicide attempts. Arch Suicide Res. 2016; 20(4): 539–52.
99. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006; 47(3-4): 372-94.
100. Batty GD, Gale CR, Tanji F, Gunnell D, Kivimäki M, Tsuji I, et al. Personality traits and risk of suicide mortality: Findings from a multi-cohort study in the general population. World Psychiatry. 2018; 17(3): 371–2.

101. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies. Br J Psychiatry. 2018; 212(5): 279.
102. Puzo Q, Mehlum L, Qin P. Socio-economic status and risk for suicide by immigration background in Norway: A register-based national study. J Psychiatr Res. 2018; 100: 99-06.
103. Zaheer J, Eynan R, Lam JSH, Grundland M, Links PS. "We went out to explore, but gained nothing but ıllness": ımmigration expectations, reality, risk and resilience in chinese-canadian women with a history of suicide-related behaviour. Cult Med Psychiatry. 2018; 42(3): 504-34.
104. Pirkis J, Nordentoft M. Media influences on suicide and attempted suicide. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. 2011; 531-44.
105. Duman N. İntihar ve medya. Ekev Akademi Dergisi. 2019; 77: 323-32.
106. Gunn JF, Goldstein SE, Lester D. The impact of widely publicized suicides on search trends: using google trends to test the werther and papageno effects. Arch Suicide Res. 2018; 1-24.
107. Jia CX, Zhang J. Characteristics of young suicides by violent methods in rural China. J Forensic Sci. 2011; 56(3): 674-8.
108. Giner L, Jaussent I, Olié E, Béziat S, Guillaume S, Baca-Garcia E, et al. Violent and serious suicide attempters: one step closer to suicide?. J Clin Psychiatry. 2014; 75(3): e191-7.
109. Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. BMJ. 2010; 341: c3222.
110. Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. Am J Psychiatry. 2001; 158(6): 848–56.
111. Kutcher S, Chehil S. Protective factors for suicide. Suicide Risk Management A Manual for Health Professionals. 2007.
112. Siegmann P, Teismann T, Fritsc N, Forkmann T, Glaesmer H, Zhang XC, et al. Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. Clin Psychol Psychother. 2018; 25(1): e1–e9.
113. Gizir AC. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007; 3(28): 113-28.
114. Gürgan U. Yılmazlık ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2006; 39(2): 45-74.
115. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. Clin Psychol Rev. 2011; 31(4): 563–91.
116. Freud S. (1917). Mourning and Melancholia . Standard edition, Strachey J (Ed), Volume 14, Hogarth Press, London, 1964. Standard edition, Jones E. (Ed), Volume 4 Hogarth Press, London, 1956. Çev: Uslu R, Berksun OE.
117. Henseler H . Narsistische Krise. Opladen: Westdeutscher Verlag. 1984; 34.
118. Bandura A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.

119. Lester D. (1987). Suicide as a learned behaviour. Springfield,IL:Charles C. Thomas.
120. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev. 1990; 97(1): 90-113.
121. Leenaars AA. Review Edwin S. Shneidman on suicide. Suicidology Online. 2010; 1: 5-18.
122. Beck AX, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview. JAMA. 1975; 234: 1146-9.
123. Yalom ID. Existensial Psychotherapy. Basic Books, Inc, Publishers, New York. 1980; 41-74.
124. Bulut ER, Küçüker H, Bulut NS. İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. Cumhuriyet Tıp Derg. 2012; 34: 128-37.
125. Durkheim E. (1951). Suicide: A study in sociology (JA Spaulding & G. Simpson, trans.). Glencoe, IL: Free Press.(Original work published 1897).
126. Durkheim E. İntihar. Çev. Ozankaya O. İmge Kitapevi. Ankara. 1992; 20-5.
127. Joiner Jr TE, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. Annu Rev Psychol. 2005; 56: 287-14.
128. Pandey GN, Dwivedi Y, Rizavi HS, Ren X, Pandey SC, Pesold C, et al. Higher expression of serotonin 5-HT(2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. Am J Psychiatry. 2002; 159(3): 419-29.
129. Coccaro EF, Silverman JM, Klar HM, Horvath TB, Siever LJ. Familial correlates of reduced central serotonergic system function in patients with personality disorders. Arch Gen Psychiatry. 1994; 51(4): 318-24.
130. Antypa N, Serretti A, Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. Eur Neuropsychopharmacol. 2013; 23(10): 1125-42.
131. Crow TJ, Cross AJ, Cooper SJ, Deakin JF, Ferrier IN, Johnson JA, et al. Neurotransmitter receptors and monoamine metabolites in the brains of patients with Alzheimer-type dementia and depression, and suicides. Neuropharmacology. 1984; 23(12B): 1561-9.
132. Arango V, Ernsberger P, Sved AF, Mann JJ. Quantitative autoradiography of alpha 1- and alpha 2-adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. Brain Res. 1993; 630(1-2): 271-82.
133. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. Nat Rev Neurosci. 2003; 4(10): 819-28.
134. Jokinen J, Nordström P. HPA axis hyperactivity and attempted suicide in young adult mood disorder inpatients. J Affect Disord. 2009; 116(1): 117-20.
135. Coryell W, Schlesser M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. Am J Psychiatry. 2001; 158(5): 748-53.
136. Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, Roberts RC, Tamminga CA, Pandey GN. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(8): 804–15.
137. Cox Lippard ET, Johnston JA, Blumberg HP. Neurobiological risk factors for suicide: Insights from brain imaging. Am J Prev Med. 2014; 47(3 Suppl 2): S152-62.

138. Van Heeringen K, Bijttebier S, Desmyter S, Vervaet M, Baeken C. Is there a neuroanatomical basis of the vulnerability to suicidal behavior? A coordinate-based meta-analysis of structural and functional MRI studies. Front Hum Neurosci. 2014; 8: 824.
139. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999; 156(2): 181-9.
140. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. Arch Suicide Res. 2008; 12(2): 93-10.
141. Buchman-Schmitt JM, Chu C, Michaels MS, Hames JL, Silva C, Hagan CR, et al. The role of stressful life events preceding death by suicide: Evidence from two samples of suicide decedents. Psychiatry Res. 2017; 256: 345-52.
142. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005.
143. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev. 2010; 117(2): 575-00.
144. Ma J, Batterham PJ, Calear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior. Clin Psychol Rev. 2016; 46: 34–45.
145. Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal- psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. J Abnorm Psychol. 2009; 118(3): 634–46.
146. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. Int J Cogn Ther. 2015; 8(2): 114–29.
147. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: A conceptual and empirical update. Curr Opin Psychol. 2018; 22: 38-43.
148. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. Crisis. 2011; 32(6): 295-8.
149. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2018; 373(1754): 20170268.
150. Suominen K, Lönnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. Gen Hosp Psychiatry. 2006; 28(5): 424-30.
151. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MÁ, López-Ibor JJ, et al. The role of suicide risk in the decision for psychiatric hospitalization after a suicide attempt. Crisis. 2011; 32(2): 65-73.
152. Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. Psychiatr Serv. 2007; 58(4): 561-5.
153. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatr Serv. 2018; 69(7): 751-9.
154. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health. 2019; 47(1): 9-17.

155. Schaffer A, Sinyor M, Kurdyak P, Vigod S, Sareen J, Reis C, et al. Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. World Psychiatry. 2016; 15(2): 135–45.
156. Oiesvold T, Bakkejord T, Hansen V, Nivison M, Sorgaard KW. Suicidality related to first-time admissions to psychiatric hospital. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012; 47(3): 419-25.
157. Kim Sm, Lee HS. Characteristics of inpatients who survive suicide attempts. Osong Public Health Res Perspect. 2019; 10(1): 32−8.
158. Bozkurt Zincir S, Serkan Zincir S, Doğru Köşker S, Aydın Sünbül E, Etlik Aksoy A, Yeni Elbay R, ve ark. Suicide attempt and its relationships with clinical features and sociodemographic variables in psychiatric inpatients. Journal of Mood Disorders. 2014; 4(2): 53-8.
159. Appleby L, Shaw J, Kapur N, Windfuhr K, Ashton A, Swinson N, et al. Avoidable deaths: five year report of the national confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. 2006; http://www.medicine.manchester.ac.uk/suicide prevention/nciSi.
160. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Turnbull P, et al. Suicide in current psychiatric in-patients: A case-control study. Psychol Med. 2007; 37(6): 831–7.
161. Goldberger N, Haklai Z, Pugachova I, Levav I. Suicides among persons with psychiatric hospitalizations. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2015; 52(1): 25-31.
162. Large MM, Chung DT, Davidson M, Weiser M, Ryan CJ. In-patient suicide: Selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. BJPsych . 2017; 3(3): 102-5.
163. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. Can J Psychiatry. 2014; 59(3): 131-40.
164. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(4): 427–32.
165. Martelli C, Awada H, Hardy P. [In-patients suicide: epidemiology and prevention]. [Article in French]. Encephale. 2010; 36 Suppl 2: D83-91.
166. Tanimoto C, Yayama S, Suto S, Matoba K, Kajiwara T, Inoue M, et al. Self-harm and suicide attempts in a Japanese psychiatric hospital. East Asian Arch Psychiatry. 2018; 28(1): 23.
167. Bowers L, Banda T, Nijman H. Suicide inside: A systematic review of inpatient suicides. J. Nerve Ment. Dis. 2010; 198(5): 315–28.
168. Bose S, Khanra S, Umesh S, Khess CRJ, Ram D. Inpatient suicide in a psychiatric hospital: Fourteen years' observation. Asian J Psychiatr. 2016; 19: 56–8.
169. Wise J. Mental health patients pose high suicide risk in first two weeks after discharge, inquiry finds. BMJ. 2014; 349: g4659.
170. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2017; 74(7): 694–02.

171. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. BMJ. 2019; 9(3): e023883.
172. Ho TP. Duration of hospitalization and post discharge suicide. Suicide Life Threat Behav. 2006; 36(6): 682-6.
173. Choi JW, Lee KS, Kim TH, Choi J, Han E. Suicide risk after discharge from psychiatric care in South Korea. J Affect Disord. 2019; 251: 287-92.
174. Kan CK, Ho TP, Dong JYS, Dunn ELW. Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(3): 208-14.
175. Rimkeviciene J, O'Gorman J, De Leo D. Impulsive suicide attempts: A systematic literature review of definitions, characteristics and risk factors. J Affect Disord. 2015; 171: 93-104.
176. Bagge CL, Littlefield AK, Lee HJ. Correlates of proximal premeditation among recently hospitalized suicide attempters. J Affect Disord. 2013; 150(2): 559–64.
177. May AM, Klonsky ED. "Impulsive" suicide attempts: What do we really mean?. Personal Disord. 2016; 7(3): 293-02.
178. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernández TD, Joiner TE. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. Pers Soc Psychol Rev. 2014; 18: 366–86.
179. Granello DH. The process of suicide risk assessment: Twelve core principles. Journal of Counseling & Development. 2010; 88(3): 363–70.
180. Kaplan ML, Asnis GM, Sanderson WC, Keswani L, De Lecuona JM, Joseph S. Suicide assessment: Clinical interview vs. self-report. J Clin Psychol. 1994; 50(2): 294-8.
181. Yigletu H, Tucker S, Harris M, Hatlevig J. Assessing suicide ideation: Comparing self-report versus clinician report. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2004; 10(1): 9-15.
182. Chu C, Klein KM, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Hagan CR, Joiner TE. Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically ınformed update. J Clin Psychol. 2015; 71(12): 1186-00.
183. Glenn CR, Nock MK. Improving the short-term prediction of suicidal behavior. Am J Prev Med. 2014; (47): 176-80.
184. Ribeiro JD, Bodell LP, Hames JL, Hagan CR, Joiner TE. An empirically based approach to the assessment and management of suicidal behavior. Journal of Psychotherapy Integration. 2013; 23(3): 207–21.
185. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry. 1990; 147(9): 1189-94.
186. Robins E. The final months: A study of the lives of 134 persons who committed suicide. New York, NY: Oxford University Press. 1981.
187. Way B, Miraglia R, Sawyer D, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. Int J Law Psychiatry. 2005; 28(3): 207-21.

188. Trivedi MH, Wisniewski SR, Morris DW, Fava M, Kurian BT, Gollan JK, et al. Concise associated symptoms tracking scale: A brief self-report and clinician rating of symptoms associated with suicidality. J Clin Psychiatry. 2011; 72(6): 765–74.
189. Hendin H, Al Jurdi RK, Houck PR, Hughes S, Turner JB. Role of intense affects in predicting short-term risk for suicidal behavior: a prospective study. J Nerv Ment Dis. 2010; 198: 220–5.
190. Pigeon WR, Britton PC, Ilgen MA, Chapman B, Conner KR. Sleep disturbance preceding suicide among veterans. Am J Public Health. 2012; 102 Suppl 1: 93-7.
191. Ribeiro JD, Pease JL, Gutierrez PM, Silva C, Bernert RA, Rudd MD, et al. Sleep problems outperform depression and hopelessness as cross-sectional and longitudinal predictors of suicidal ideation and behavior in young adults in the military. J Affect Disord. 2012; 136(3): 743-50.
192. Bernert RA, Nadorff MR. Sleep disturbances and suicide risk. Sleep Med Clin. 2015; 10(1): 35-9.
193. Sjöström N, Hetta J, Waern M. Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt: A prospective study. Psychiatry Res. 2009; 170(2-3): 208-11.
194. Nadorff MR, Drapeau CW, Winer ES, Kilgore JK. Nightmares and insomnia symptoms prospectively predict the development of suicidal ideation. Sleep. 2017; 40: A416.
195. Russell K, Rasmussen S, Hunter SC. Insomnia and nightmares as markers of risk for suicidal ideation in young people: Investigating the role of defeat and entrapment. J Clin Sleep Med. 2018; 14(5): 775-84.
196. Nadorff MR, Anestis MD, Nazem S, Claire Harris H, Samuel Winer E. Sleep disorders and the interpersonal-psychological theory of suicide: Independent pathways to suicidality?. J Affect Disord. 2014; 152-154: 505-12.
197. Li SX, Lam SP, Yu MW, Zhang J, Wing YK. Nocturnal sleep disturbances as a predictor of suicide attempts among psychiatric outpatients: A clinical, epidemiologic, prospective study. J Clin Psychiatry. 2010; 71(11): 1440-6.
198. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE , Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M, et al. Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. Suicide Life Threat Behav. 2006; 36(3): 255-62.
199. American Psychiatric Association . APA Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Suicidal Behavior: Compendium 2003. Washington, DC: 2003.
200. Oquendo MA, Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. World Psychiatry. 2014; 2: 128–30.
201. Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes M, Briggs J. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. Depress Anxiety. 2017; 34(2): 147-58.
202. Rogers ML, Chu C, Joiner T. The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: Acute suicidal affective disturbance. J Clin Psychol. 2019; 75(6): 999-10.

203. Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Suicide crisis syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. Behav Sci Law. 2019.
204. Taylor PJ, Wood AM, Gooding P, Tarrier N. Appraisals and suicidality: The mediating role of defeat and entrapment. Arch Suicide Res. 2010; 14(3): 236-47.
205. Siddaway AP, Taylor PJ, Wood AM, Schulz J. A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. J Affect Disord. 2015; 184: 149-59.
206. O'Connor RC, Portzky G. The relationship between entrapment and suicidal behavior through the lens of the integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. Curr Opin Psychol. 2018; 22: 12-7.
207. Li S, Yaseen ZS, Kim HJ, Briggs J, Duffy M, Hagan AF, et al. Entrapment as a mediator of suicide crises. BMC Psychiatry. 2018; 18: 4.
208. Cohen LJ, Ardalan F, Yaseen Z, Galynker I. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. Suicide Life Threat Behav. 2018; 48(5): 613-23.
209. Yaseen ZS, Hawes M, Barzilay S, Galynker I. Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: An acute presuicidal state. Suicide Life Threat Behav. 2019; 49(4): 1124-35.
210. Yaseen Z, Katz C, Johnson MS, Eisenberg D, Cohen LJ, Galynker I. Construct development: the suicide trigger scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. BMC Psychiatry. 2010; 10: 110.
211. Yaseen ZS, Kopeykina I, Gutkovich Z, Bassirnia A, Cohen LJ, Galynker I. Predictive validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. PLoS One. 2014; 9(1): e86768.
212. Rogers ML, Chiurliza B, Hagan CR, Tzoneva M, Hames JL, Michaels MS, et al. Acute suicidal affective disturbance: Factorial structure and initial validation across psychiatric outpatient and inpatient samples. J Affect Disord. 2017; 211: 1-11.
213. Buckner JD, Lewis EM, Tucker RP. Mental health problems and suicide risk: The impact of acute suicidal affective disturbance. Arch Suicide Res. 2019: 1-11.
214. Rogers ML, Hom MA, Joiner TE. Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression symptoms: A network analysis. J Affect Disord. 2019; 250: 333-40.
215. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JNV, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. Br J Clin Psychol. 2014; 43(Pt 1): 31-50.
216. Moll J, de Oliveira-Souza R, Moll FT, Ignácio A, Bramati IE, Caparelli-Dáquer E, et al. The moral affiliations of disgust: A functional MRI study. Cognitive and Behavioral Neurology. 2005; 18(1): 68-78.

217. Powell PA, Overton PG, Simpson J. The revolting self: An interpretative phenomenological analysis of the experience of self-disgust in females with depressive symptoms. J Clin Psychol. 2014; 70: 562–78.
218. Yazıcı Güleç M, Kazan Kızılkurt Ö, Ergun Gıynaş F, Alay Öztürk S, Güçlü N. Özkıyımla ilişkili akut duygudurum bozulması yaşamboyu ve güncel ölçeklerinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması: Ön rapor. 2018.
219. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. J Child Psychol Psychiatry. 2012; 53(4): 381-9.
220. Alvarado-Esquivel C, Sánchez-Anguiano LF, Arnaud-Gil CA, Hernández-Tinoco J, Molina-Espinoza LF, Rábago-Sánchez E. Socio-demographic, clinical and behavioral characteristics associated with a history of suicide attempts among psychiatric outpatients:A case control study in a Northern Mexican City. Int J Biomed Sci. 2014; 10(1): 61-8.
221. Denney JT, Rogers RG, Krueger PM, Wadsworth T. Adult suicide mortality in the united states: Marital status, family size, socioeconomic status, and differences by sex. Soc Sci Q. 2009; 90(5): 1167–85.
222. Fukuchi N, Kakizaki M, Sugawara Y, Tanji F, Watanabe I, Fukao A, et al. Association of marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). J Affect Disord. 2013; 150(3): 879-85.
223. Günay G, Bener Ö. Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rolleri Çerçevesinde Aile İçi Yaşamı Algılama Biçimleri. TSA. 2015; 3: 157-171.
224. Akın A. Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırımcılığı ve Sağlık. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007; 26(2): 1-9.
225. Sabancıoğulları S, Avcı D, Doğan S, Kelleci M, Ata E. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda intihar olasılığı ve etkileyen etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2015; 16(3): 164-72.
226. Sağınç H, Kuğu N, Akyüz G, Doğan O. Yatarak tedavi gören hastalarda intihar öyküsünün araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1:83-8.
227. Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S. Malatya ilinde 2005 yılında intihar girişiminde bulunan bireylerde klinik ve sosyodemografik özellikler. Klinik Psikiyatri. 2014; 17: 18-27.
228. Arslan MM, Duru M, Kuvandik G, Bozkurt S, Kaya E. Hatay'da intihar girişiminde bulunan olguların analizi. Adli Tıp Dergisi 2008; 22(3): 9-14.
229. Leavey G, Rosato M, Galway K, Hughes L, Mallon S, Rondon J. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: A cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. BMC Psychiatry. 2016; 16: 120.
230. Rogers ML, Joiner TE. Lifetime acute suicidal affective disturbance symptoms account for the link between suicide-specific rumination and lifetime past suicide attempts. J Affect Disord. 2018; 235: 428–33.

231. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical bodily complaints, and somatic styles. Am J Psychiatry. 1988; 145(11): 1358-68.
232. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. J Psychosom Res. 2015;78(2): 116-22.
233. Özen EM, Aküzüm Serhadlı ZN, Solmaz Türkcan A, Erben Ülker G. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010; 23: 60-5.
234. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004; 7(3): 153-60.
235. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The columbia–suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011; 168(12): 1266-77.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Adı-Soyadı:
Görüşme Tarihi:
Telefon:
Katılımcı No:

1. Yaş: ……
2. Doğum yeri: ……
3. Cinsiyet: ( ) Kadın ( ) Erkek
4. Kaçıncı çocuk / toplam kardeş sayısı: ... / ...
5. Eğitim düzeyi:
   ( ) Okuma yazma yok
   ( ) Okur yazar (eğitim yılı: …..)
6. Medeni durumu:
   ( ) Evli
   ( ) Bekar
   ( ) Dul/boşanmış
7. Çocuğu var mı:
   ( ) Var (sayısı: …..)
   ( ) Yok
8. Kiminle yaşıyor /yaşam şekli?
   ( ) Yalnız
   ( ) Aile …….. ( ) Anne-baba ( ) Eş ( ) Akraba
   ( ) Arkadaş
   ( ) Evsiz / kurumda / sokakta
9. Yaşadığı yer:
   ( ) Kent (semt: ……)
   ( ) Kır
10. Aile göç yaşamış mı?
    ( ) Evet …… yıl önce (……..….’den ….……’e)
    ( ) Hayır
11. Stresli yaşam olayları/ Erken dönem olumsuz yaşantılar: (ebeveyn/yakın kaybı, stresli aile ortamı/aile içi çatışma, iş kaybı, çocukluk çağında cinsel istismar vb?..)
    ( ) Var (…….....)
    ( ) Yok

Kadın hasta için:

12. Gebelik öyküsü:
    ( ) Var …… ( ) Doğum ( ) Küretaj ( ) Düşük
    ( ) Yok

Erkek hasta için:

13. Askerlik yapmış mı?
    ( ) Evet
        ( ) Askerde sorun yaşamış mı? ……
        ( ) Askerde psikiyatrik rahatsızlık nedeniyle başvurusu var mı? ……..
        ( ) Hava değişimi almış mı? ……
    ( ) Hayır

14. Şu anki iş/çalışma durumu:
    ( ) Çalışmıyor (neden: …….....) ( ) öğrenci
    ( ) Aralıklarla çalışıyor
    ( ) Düzenli çalışıyor

15. Gelir düzeyi:
    ( ) Düşük
    ( ) Orta
    ( ) Yüksek

16. Sağlık güvencesi:
    ( ) Var
    ( ) Yok

17. Bilinen tıbbi hastalık öyküsü:
    ( ) Var …….
    ( ) Yok

18. Geçirilmiş operasyon öyküsü
    ( ) Var .....
    ( ) Yok

19. Sigara kullanımı:
    ( ) Var …….paket/yıl
    ( ) Yok

20. Alkol kullanımı:
    ( ) Var ..… yıl/ …….(sıklık)/ …… (ne kadar) / …….(en son)
    ( ) Yok

21. Madde kullanımı:
    ( ) Var ……/ … yıl/ ……..(sıklık)/ …… (ne kadar, gr)/ ……..(en son)
    ( ) Yok

22. Suç öyküsü:
    ( ) Var ……..
    ( ) Yok

23. Cezaevi yaşantısı:
    ( ) Var ……..
    ( ) Yok

24. Bilinen psikiyatrik hastalık öyküsü:
    ( ) Var ..……...
    ( ) Yok

25. Düzenli ilaç kullanım öyküsü:
    ( ) Var ..……...
    ( ) Yok

26. Hastaneye yatarak tedavi görme öyküsü:
    ( ) Var ..……... kez
    ( ) Yok

27. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:
    ( ) Var (kimde - hangi hastalık?): ..……... - ….....…….
    ( ) Yok

28. Daha önceden intihar düşüncesi:
    ( ) Var
    ( ) Yok

29. Daha önceden intihar girişimi:
    ( ) Var ..... kez
    ( ) Yok

30. Daha önceden intihar girişimiolduysa hangi yolla:
    ( ) ilaç içerek
    ( ) zehirli madde içerek
    ( ) yüksekten atlama
    ( ) ateşli silah
    ( ) kesici alet
    ( ) diğer .....

31. Daha önceden intihar girişimiolduysa :
    ( ) ani karar vererek
    ( ) planlı

32. Daha önceden intihar girişimi olduysa öncesinde stresör/tetikleyici faktör:
    ( ) Var .....
    ( ) Yok

33. En son gerçekleşen intihar girişimi:
    ( ) 24 saat içinde
    ( ) 1-7 gün içinde
    ( ) 8-14 gün içinde
    ( ) 15-21 gün içinde
    ( ) 21-28 gün içinde
    ( ) 1 aydan önce .....

34. En son gerçekleşen intihar girişimi hangi yolla:
    ( ) ilaç içerek
    ( ) zehirli madde içerek
    ( ) yüksekten atlama
    ( ) ateşli silah
    ( ) kesici alet
    ( ) diğer .....

35. Ailede intihar girişimi:
    ( ) Var (kimde/hangi yolla) ...../.....
    ( ) Yok

36. Ailede intihar sebebiyle hayatını kaybeden:
    ( ) Var (kim) .....
    ( ) Yok

37. Dövme:
    ( ) Var
    ( ) Yok

38. Piercing:
    ( ) Var
    ( ) Yok

39. Aile içi şiddet:
    ( ) Var
    ( ) Yok

40. Fiziksel/cinsel istismar ya da travma öyküsü:
    ( ) Var .....
    ( ) Yok

EK-2: HASTA SAĞLIK ANKETİ-SOMATİK, ANKSİYETE VE DEPRESYON BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

A-PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım **(1)** Biraz rahatsız oldum **(2)** Çok rahatsız oldum

	0	**1**	**2**
• Karın ağrısı			
• Sırt ağrısı			
• Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
• Yorgunluk ve enerji azlığı			
• Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
• Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
• Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			
• Baş ağrısı			
• Göğüs ağrısı			
• Baş dönmesi			
• Fenalık hissi			
• Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
• Nefes darlığı			
• Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
• Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

A- GAD.7

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	**1**	**2**	**3**
• Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
• Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
• Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
• Gevşemede zorlanma				
• Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
• Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alıngan olma)				
• Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

B- P.5

Kaygı atakları ile ilgili sorular

	Evet	**Hayır**
a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b. Daha önce de oldu mu?		
c. Bu ataklardan bazıları *birdenbire ansızın* (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

C- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	**1**	**2**	**3**
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				

D- Bu ankette sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmada, evle ilgilenmenizde veya insanlarla geçinmenizde ne kadar zorluk çıkardı?

( ) Hiç zorluk çıkarmadı ( ) Biraz zorluk çıkardı

( ) Çok zorluk çıkardı ( ) Aşırı derecede zorlandım

EK-3: ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI-GÜNCEL ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Lütfen her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuyun ve **son zamanlarda (son hafta içinde)** nasıl hissettiğinizi gösteren bir yanıt seçin.

1. **Geçen hafta** içinde hiç intihar düşünceniz oldu mu?

   ___ EVET

   ___ HAYIR

**** 1. SORUYA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, FORM II BAŞLIKLI SAYFAYA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2A SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

YÖNERGE: Bundan sonraki sorular kendinizi öldürme **niyetinizi** sorgulamaktadır. Niyet, gerçekte bir intihar davranışında bulunma ve kendinizi öldürme arzusu ile hareket etme ihtimalinizin bir ölçüsüdür.

2a. **Geçen hafta** içinde, kendinizi öldürme niyetinizde **şiddetli** bir artış oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

**** 2A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, FORM II BAŞLIKLI SAYFAYA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

2b. Eğer cevabınız evet ise, **geçen hafta** içinde kendinizi öldürme niyetinizdeki bu şiddetli artış, haftalar veya aylar içinde değil de saatler veya günler içinde mi gerçekleşti?

___ EVET

___ HAYIR

**** 2B SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, FORM II BAŞLIKLI SAYFAYA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2C SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

2c. Lütfen, aşağıdaki ölçeğe göre **geçen hafta** içinde kendinizi öldürme niyetinizdeki en şiddetli artış aralığını **iki** rakamla derecelendirip boşluklara yazınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niyet yok					Orta					Şiddetli niyet

Aralık: ____ (en düşük niyet) ____ (en yüksek niyet)

YÖNERGE: Geçen hafta içinde, intihar niyetinizde saatler ya da günler içinde (haftalar ya da aylar değil) meydana gelen ciddi bir artış yaşadığınızı belirttiniz. Lütfen aşağıdaki soruları dikkatli bir şekilde cevaplayınız.

3. Geçen hafta içinde, intihar düşüncelerinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

4a. **Geçen hafta içinde**, diğer insanlardan önemli derecede kopmuş olduğunuzu hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 4A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 5A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 4B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

4b. **Geçen hafta içinde**, diğer insanlardan kopmuş olduğunuzu ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

4c. **Geçen hafta içinde**, diğer insanlardan kopmuş olma hissinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

5a. **Geçen hafta içinde**, diğer insanlara karşı aşırı derecede tiksinti hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 5A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 6A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 5B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

5b. **Geçen hafta içinde**, diğer insanlara karşı aşırı derecede tiksinti duyduğunuzu ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

5c. **Geçen hafta içinde**, diğer insanlara karşı duyduğunuz aşırı tiksintinin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

6a. **<u>Geçen hafta içinde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağını güçlü bir şekilde hissettiğiniz oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

**** 6A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 7A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 6B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

6b. **<u>Geçen hafta içinde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağını ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

6c. **<u>Geçen hafta içinde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağı hissinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

7a. **<u>Geçen hafta içinde,</u>** kendinize karşı güçlü bir tiksinme veya nefret duygusu hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 7A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 8B SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 7B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

7b. **<u>Geçen hafta içinde</u>**, kendinize karşı duyduğunuz güçlü tiksinme veya nefret duygusunun şiddeti ne kadardı?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

7c. **<u>Geçen hafta içinde</u>**, kendinize karşı hissettiğiniz güçlü tiksinme veya nefret duygunuzun hiçbir zaman geçmeyeceğini veya değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

YÖNERGE: Verilen ölçekleri kullanarak, **geçen hafta** içinde aşağıdakilerin her birini ne düzeyde yaşadığınızı işaretleyiniz.

8. Kendini tedirgin, kendinden memnuniyetsiz ve/veya huzursuz hissetmek. (ör. "Kendi benliğimi terk etmek istiyorum" gibi hissettim)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

9. Aşırı sinirli hissetmek

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

10. Uykuya dalmakta, uykuyu devam ettirmekte zorlanmak veya çok erken uyanmak.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

11a. Kâbus görmek

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

11b.**Geçen hafta içinde**, kaç defa kâbus gördünüz? _____

12. Geçen hafta içinde, yukarıda onayladığınız sorunların herhangi biri (Madde 1-11) özellikle uyuşturucu bir madde veya alkol almanız nedeniyle mi aniden kötüleşti?

___ EVET

___ HAYIR

13. Geçen hafta içinde, yukarıda onayladığınız sorunların herhangi biri (Madde 1-11) devam eden bir depresyonun aniden kötüleşmesinin bir göstergesi miydi?

___ EVET

___ HAYIR

14. İntihar niyetinde ciddi bir artışın yanında, yukarıda tanımlanan belirtilerin bir kısmının da olduğu bu dönmelerden birisine ilk girdiğinizde **kaç yaşınızdaydınız**?_____

_

15. Hayatınız boyunca bu dönemlerden kaç tane geçirdiniz? _____

EK-4: ÖZKIYIMLA İLİŞKİLİ AKUT DUYGUDURUM BOZULMASI - YAŞAMBOYU ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Lütfen her bir maddeyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve <u>YAŞAMINIZ BOYUNCA</u> deneyiminizi yansıtan bir yanıt seçiniz.

2. <u>Yaşamınız boyunca</u> hiç intihar düşünceniz oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

**** 1. SORUYA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ TESTİ BİTİRİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2A SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

YÖNERGE: Bundan sonraki sorular kendinizi öldürme niyetinizi sorgulamaktadır. Niyet, gerçekte bir intihar davranışında bulunma ve kendinizi öldürme arzusu ile hareket etme ihtimalinizin bir ölçüsüdür.

2a. **<u>Yaşamınız boyunca</u>** kendinizi öldürme niyetinizde şiddetli bir artış oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

2b. Eğer cevabınız evet ise, geçen hafta içinde kendinizi öldürme niyetinizdeki bu şiddetli artış, haftalar veya aylar içinde değil de <u>saatler veya günler içinde</u> mi gerçekleşti?

___ EVET

___ HAYIR

**** 2B SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, TESTİ BİTİRİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 2C SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

2c. Lütfen, aşağıdaki ölçeğe göre **<u>yaşamınız boyunca</u>** kendinizi öldürme niyetinizdeki en şiddetli artış aralığını **<u>iki</u>** rakamla derecelendirip boşluklara yazınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Niyet yok					Orta					Şiddetli niyet

Aralık: ____ (en düşük niyet) ____ (en yüksek niyet)

YÖNERGE: Yaşamınız boyunca, intihar niyetinizde saatler ya da günler içinde (haftalar ya da aylar değil) meydana gelen ciddi bir artış yaşadığınızı belirttiniz. **Eğer bu durum yaşamınız boyunca birden fazla kez gerçekleşmiş ise**, lütfen bir dakikanızı ayırarak intihar niyetinizde ciddi bir artış yaşadığınız en şiddetli dönemi düşününüz. **Aşağıdaki soruları sadece en şiddetli dönem hakkında düşünerek cevaplayınız.**

Lütfen intihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizin ayını ve yılını yazınız:

Ay:_____

Yıl:_____

4. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, intihar düşüncelerinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

4a. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, diğer insanlardan önemli derecede kopmuş olduğunuzu hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 4A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 5A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 4B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

4b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlardan kopmuş olduğunuzu ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

4c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlardan kopmuş olma hissinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

5a. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlara karşı aşırı derecede tiksinti hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 5A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 6A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 5B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

5b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlara karşı aşırı derecede tiksinti duyduğunuzu ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

5c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, diğer insanlara karşı duyduğunuz aşırı tiksintinin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

6a. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağını güçlü bir şekilde hissettiğiniz oldu mu?

___ EVET

___ HAYIR

**** 6A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 7A SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 6B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

6b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağını ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

6c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, hayatınızdaki diğer insanların siz olmazsanız daha iyi olacağı hissinizin hiçbir zaman geçmeyeceğini ya da değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

7a. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kendinize karşı güçlü bir tiksinme veya nefret duygusu hissettiniz mi?

___ EVET

___ HAYIR

**** 7A SORUSUNA HAYIR CEVABI VERDİYSENİZ, 8B SORUSUNA GEÇİNİZ. EVET, YANITI VERDİYSENİZ, 7B SORUSUNDAN DEVAM EDİNİZ.****

7b. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kendinize karşı duyduğunuz güçlü tiksinme veya nefret duygusunun şiddeti ne kadardı?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

7c. **<u>İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, kendinize karşı hissettiğiniz güçlü tiksinme veya nefret duygunuzun hiçbir zaman geçmeyeceğini veya değişmeyeceğini ne kadar hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

YÖNERGE: Verilen ölçekleri kullanarak**, <u>intihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde</u>**, aşağıdakilerin her birini ne düzeyde yaşadığınızı işaretleyiniz.

8. Kendini tedirgin, kendinden memnuniyetsiz ve/veya huzursuz hissetmek. (ör. "Kendi benliğimi terk etmek istiyorum" gibi hissettim)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

9. Aşırı sinirli hissetmek

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

10. Uykuya dalmakta, uykuyu devam ettirmekte zorlanmak veya çok erken uyanmak.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

11a. Kâbus görmek

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç					Orta					Şiddetli

11b. **İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde**, kaç defa kâbus gördünüz? _____

12. İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde, yukarıda onayladığınız sorunların herhangi biri (Madde 1-11) özellikle uyuşturucu bir madde veya alkol almanız nedeniyle mi aniden kötüleşti?

___ EVET

___ HAYIR

13. İntihar niyetinizde ciddi bir artışın olduğu en şiddetli döneminizde,yukarıda onayladığınız sorunların herhangi biri (Madde 1-11) devam eden bir depresyonun aniden kötüleşmesinin bir göstergesi miydi?

___ EVET
___ HAYIR

14.İntihar niyetinde ciddi bir artışın yanında, yukarıda tanımlanan belirtilerin bir kısmının da olduğu bu dönmelerden birisine ilk girdiğinizde **kaç yaşınızdaydınız**?_____

15. Hayatınız boyunca bu dönemlerden kaç tane geçirdiniz?_____

EK-5: ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

"Özkıyım Riski Nedeniyle Psikiyatri Kliniklerinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulmasının Sonraki Özkıyım Davranışını Öngörücülüğü" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlıklarını bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri ailenizle ve/veya doktorunuzla tartışın. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Her yıl 800.000'e yakın insan özkıyım nedeniyle ölmekte olup özkıyım girişiminde bulunmuş çok daha fazlası bulunmaktadır. Küresel olarak 15-29 yaş arasındaki ölümlerin ikinci nedeni olarak görülmektedir. Bu nedenle özkıyım önemli bir halk sağlığı problemidir. Psikiyatrik hastalarda özkıyımların genel popülasyondan daha sık görüldüğü çok sayıda çalışma tarafından bildirilmiştir. Bir ruhsal bozukluğu olup özkıyım sonucu ölen kişilerin %25'inin ölmeden önce ruh sağlığı servisleri ile ilişkisi olmuştur. Yapılan çalışmalar taburculuk sonrası özkıyım riskinde artış olduğunu göstermiştir. Sekiz yüz bin kişinin her yıl özkıyım sebebiyle hayatını kaybettiği göz önüne alınırsa; akut özkıyım riskini karakterize etmek ve öngörmek büyük önem arz etmektedir. Araştırmamızda özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda akut durumu yansıtmayı amaçlayan yeni bir tanı antitesi olan Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması'nın (ÖADB), taburculuk sonrası dönemde gerçekleşen özkıyım davranışını öngördüğünün saptanması hedeflenmekte olup bu amaçla, araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu, araştırma ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle

taburculuklarından iki ay sonrasında telefonla tarafımca iletişime geçilecek olup, taburculuk sonrası dönemle ilgili görüşme yapılacaktır.

Bu araştırmaya S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniklerinde özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi görmekte olan hastalar dahil edilmiştir. Bu araştırmada 140 kişilik hasta grubunun incelenmesi planlanmaktadır.

Araştırma, S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bana önerilen araştırma yöntemi dışında başka alternatif yöntemler var mı?

Çalışmamızda özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören kişilerin çeşitli ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Sözel değerlendirme dışında herhangi bir girişimsel uygulama yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Değerlendirme Görüşmesi: Çalışmaya katılmanız durumunda, bir psikiyatrist tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşmede çalışmanın size uygun olup olmadığını belirlemek üzere tıbbi ve psikiyatrik öyküsünün alınacağı bir değerlendirme yapılacaktır. Değerlendirme sonrası uygun şartların sağlanması halinde çalışmanın ölçekleri uygulanacaktır. Görüşmeler sessiz sakin bir odada yapılacaktır ve yaklaşık olarak 45-60 dakika kadar sürebilecektir. Bu görüşme ve görüşme dahilinde uygulanacak olan testler için herhangi bir ücret talep edilmemektedir.

Uygulanacak Ölçekler:

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Kişisel bilgilerinizin kaydedildiği formdur.

Columbia-İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ): İntihar düşüncelerini, davranışlarını ve ilişkili özelliklerin doğasını, sıklığını, yoğunluğunu belirlemeyi amaçlayan ve araştırmacı tarafından doldurulan bir ölçektir.

DSM-IV Eksen-1 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-1): Hastanın tanısını saptamaya yönelik araştırmacının değerlendirdiği bir ölçektir.

DSM-III-R Eksen 2 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-2)

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ): Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçmek için kullanılan bu ölçek, yarı yapılandırılmış olup, 18 maddeden oluşur.

Hasta Sağlık Anketi-Somatik, Anksiyete ve Depresif Belirtiler Ölçeği (HSA-SADBÖ): Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli ölçektir. Major depresif bozukluk semptomlarını, anksiyete semptomlarını, somatik semptomları ve kaygı ataklarını değerlendiren maddelerden oluşur.

Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Yaşamboyu (ÖADB-Y) ve Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması-Güncel (ÖADB-G) Ölçekleri: Hasta tarafından doldurulan öz bildirimli ölçeklerdir. ÖADB-G, geçtiğimiz hafta içinde oluşmuş olan özkıyım düşüncesi, niyeti ile sosyal çekilme, kendine yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının sorgulandığı 15 maddeden oluşmaktadır. ÖADB-Y ise yaşamboyu özkıyım düşüncesi, niyeti ile sosyal çekilme, kendine yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık semptomlarının sorgulandığı 15 maddeden oluşmaktadır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, göreceğim olası bir zarar durumunda ne yapılacak ?

Araştırmada hastalığınız açısından güvenli olmayan bir müdahale ya da girişim olmayacaktır. Dolayısı ile bu araştırma uygulanan tedavi etkinliğini değiştirmeyecektir. Bu inceleme sırasında herhangi bir komplikasyon veya yan etki beklenmemektedir. Bilinmeyen etkilerden dolayı değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek olası bir zararın giderilmesi için gerekli her türlü tıbbi müdahale yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar tarafımızca üstlenilecektir.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir ?

Bu çalışma ile özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulmasının sonraki özkıyım davranışını öngördüğünün saptanması hedeflenmiştir. Böylece özkıyım niyeti ile girişimi ayırt edilerek özkıyım riskinin saptanması kolaylaşabilir. Akut özkıyım riskini saptamada yeni bir tanı antitesi olarak önerilen ÖADB fenomenolojisinin yaygın olarak kullanılması sağlanabilir. Tanı sisteminde yer alarak, akut özkıyım riskinin belirlenmesinde ve mevcut riskin daha iyi yönetilmesinde klinisyenlere fayda sağlayabilir. Sonuç olarak özkıyıma bağlı yetiyitimlerinin ve ölümlerinin azalmasına katkıda bulunabilir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir ?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. (ulaşım ve yemek paraları da dahil olmak üzere gönüllülere herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.)

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak ?

Araştırma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz araştırma boyunca hekiminiz tarafından gizli tutulacaktır. Bununla beraber izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişim imkanları bulunmaktadır, ancak bu bilgileriniz gizli tutulacaktır. Elinizde bulunan bu gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Araştırmanın sonunda, bu bilgiler hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Gönüllüler nasıl korunur ?

Gönüllünün serbest iradesi ile araştırmaya dahil edileceğine dair oluru alınır ve bu durum (c) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile belgelenir. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllüye verilir, diğeri ise araştırmacıda kalır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim ?

Araştırma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da araştırma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Nazmiye GÜÇLÜ

GÖREVİ : PSİKİYATRİ HEKİMİ

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Yatarak tedavi görmekte olduğunuz S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tarafımca yapılacak "Özkıyım Riski Nedeniyle Psikiyatri Kliniklerinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulmasının Sonraki Özkıyım Davranışını Öngörücülüğü" adlı araştırmaya davet edilmektesiniz. Araştırmamızda özkıyım riski nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda , akut durumu yansıtmayı amaçlayan yeni bir tanı antitesi olan Özkıyımla İlişkili Akut Duygudurum Bozulması'nın sonraki özkıyım davranışını öngördüğünün saptanması hedeflenmekte olup elde edilen verilerle akut özkıyım riskinin saptanması, klinisyenlerce iyi yönetiminin ve özkıyıma bağlı yetiyitimi ile ölümlerin azaltılması amaçlanmaktadır.

Bu araştırmada tarafımca size verilip, nasıl uygulanacağını anlatacağım öz

bildirime dayanan testleri doldurmanız, soru sorarak yaptığım testlere cevap vermeniz beklenmektedir. Sorular size has olan özellikleri sorguladığından, standart doğru ya da yanlış cevapları yoktur ve tedavi sürecinize bir etkisi olmayacaktır. Araştırma S.B.Ü. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılacaktır. Araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik veri formu ile ilgili anket ve ölçekler kullanılacaktır. Ayrıca araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle taburculuklarından iki ay sonrasında telefonla tarafımca iletişime geçilecek olup, taburculuk sonrasındaki dönemde özkıyım davranışına ilişkin görüşme yapılacaktır.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorsunuz. Katılmayı tercih ederseniz, fikrinizi değiştirdiğinizde araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda hastalığınızın gerektirdiği tıbbi bakım size hiçbir aksama olmadan verilecektir. Bu araştırmada kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırma bulguları yayınlansa da kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ancak yasal gereklerin yerine getirilebilmesi için, kimliğinizi içeren kayıtlara etik kurul üyeleri tarafından bakılabilir. Bu belgeyi imzalayarak buna izin vermektesiniz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almanız mümkündür. Bunun için Dr. Nazmiye GÜÇLÜ ile doğrudan görüşebilir ya da (0553) 923 78 16 no'lu telefondan ulaşabilirsiniz.

1. Yukarıdaki araştırma ile ilgili olarak, bilgilendirme formunu okudum ve aklıma takılan soruları sorabildim.
2. Bu araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına göre olduğunu anladım. İstediğim takdirde, herhangi bir neden göstermeksizin ve sonraki tıbbi bakımımın aksamayacağını bilerek bu çalışmadan çekilme kararı verebilirim.
3. Bana ait kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.
4. Yukarıda belirtilen araştırmaya kendi isteğim ve arzumla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı
Adı soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı hekim
Adı soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih