

İNTİHARI ÖNLEME: SORUNLAR VE ÖNERİLER

K. Alptekin*, V. Duyan**

ÖZET

Pek çok ülkede ve özellikle genç nüfusta artış eğiliminde olan intiharlar günümüzde küresel bir sorun olarak değerlendirilmektedir. İstatistikler son 45 yıl içerisinde dünyada intiharların %60 civarında arttığını göstermektedir. Ortaya çıkan tablo intiharların gündemde daha fazla yer alacağını, dolayısıyla intiharı önleme çalışmalarının öneminin daha da artacağına işaret etmektedir. İntiharın kendisi kadar önlenmesi de karmaşık bir olgudur ve çeşitli sorunları bünyesinde taşımaktadır. Ulusal önleme programının olmayışı, ilgi ve dikkatin tedavi üzerinde yoğunlaşması, süregelen yanlış inançlar ve etiketleme, tedavide yapılan yanlışlıklar, terminoloji kullanımındaki farklılıklar, kayıtların yetersizliği, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmada yaşanan güçlükler, medyada yer alan intiharı mazur görücü ve özendirici haberler bu sorunların başlıcalarıdır. Türkiye’de intiharı önleme çalışmalarında öncelikle ele alınması gereken

konu dağınık ve düzensiz bir şekilde yürütülen bu çalışmaların bir program çerçevesinde ele alınması ve birincil önleme çalışmalarına da önem verilerek bunların mutlaka ikincil ve üçüncül önleme çalışmalarıyla bütünleştirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, intiharı önleme, ulusal intiharı önleme programı, intiharı önleme düzeyleri

Suicide Prevention: Issues and Suggestions

ABSTRACT

Today, suicides which are an increasing trend in many countries and especially in young population considered as a global problem. Statistics indicates that suicides increased around 60% in last 45 years. Within this facet shows that suicides occupy our agenda more; consequently it indicates that importance of the preventive efforts will improve. Suicide itself and its prevention is a complex phenomenon and various problems occur in its constitution. Some of the problems related to the suicides covers as lack of national prevention program, concentration on treatment, myths and labeling, discrepancies in terminology, insufficient recording,

* Yard. Doç. Dr., Düzce Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü.

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

difficulties to reach the mental health services, and news that give fair to the suicide and incentives role of media. Before all else, efforts to aim to prevent the suicide in Turkey which are conducted as loose and disordered must be undertaken within the framework of a program. Besides, giving importance to the primary prevention and it must be integrated with secondary and tertiary prevention efforts.

Key Words: Suicide, suicide prevention, national suicide prevention program, suicide prevention levels.

GİRİŞ

İntihar olgusu insanlık tarihi kadar eskidir. Bildirilen oranlar farklı olmasına karşılık intihar; dünyanın her yerinde görülebilmekte ve halen 'tabu' olma özelliğini de korumaktadır. İntiharın başat özelliği "yaşamı tehdit edici" olmasıdır. Sadece bireysel kayıplarla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda uyandırdığı şiddetli duygularla (öfke, panik, korku, suçluluk gibi) çevreyi de etkisi altına alabildiğinden intiharın etkileri çift yönlü değerlendirilebilir.

İntihar; kişisel bir trajedinin ötesinde bir halk sağlığı sorunu olarak da nitelendirilmekte; tek bir intihar vakasının ortalama en az altı kişiyi, sözkonusu vakanın bir okulda veya kalabalık bir işyerinde gerçekleşmesi durumunda ise yüzlerce kişiyi etkisi altına alabileceğinden söz edilmektedir (World Health Organization Staff 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan bir raporda dünyada her 40 saniyede bir intihar, her 3 saniyede ise bir intihar girişiminin gerçekleştiği, son 45 yıl içerisinde intiharların %60 civarında arttığı ve intiharın tüm dünyada ilk on ölüm nedeni arasında yer aldığı bildirilmiştir (Stauffer 2004). Bu istatistikler ve değerlendirmeler intihar olgusunun önümüzdeki yıllarda da gündemimizi giderek artan bir şekilde işgal edeceğine işaret etmektedir.

Günümüzde pek çok ülkede ve özellikle genç nüfus arasında tırmanma eğilimindedir (Beautrais 1998, Bille-Brahe 2001, Goldsmith

ve ark. 2002). Bir çalışmada 2000 yılı için dünyadaki ortalama intihar hızı yüz binde 14.5 olarak hesaplanmıştır (Aaron ve ark. 2004). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre 2007 yılı için Türkiye'deki tamamlanmış intiharların sayısı 2793'tür. Bu sayı 2007 yılının nüfusuna oranlandığında kaba intihar hızı yüz binde 3,98 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu oranın 2010 yılına kadar yüz binde 4'e ulaşabileceği öngörülebilir. 1972 yılından bu tarafa TÜİK tarafından düzenli olarak yayınlanan veriler incelendiğinde her on yılda bir Türkiye'nin kaba intihar hızının yüz binde 1 oranında arttığı dikkati çekmektedir.

Türkiye genelinde yavaş ama giderek artma eğiliminde olan intiharlar diğer ülkelerle kıyaslandığında şimdilik büyük bir sorun olarak görülmemektedir (Sayıl 1994, Alptekin 2002, Eskin 2003). Buna karşılık Sayıl (1994) ve Eskin (2003) intihar girişimlerinin yaygın ve büyük bir sorun olduğunu ileri sürmektedir. Sayıl (2000), özellikle büyük kentlerde intihar girişimlerinin bir sağlık sorunu olarak görmezden gelinemeyecek boyutlara ulaştığını belirtmektedir. Örneğin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (2009) verilerine göre 2006 yılında 513 (Kadın 422, Erkek 91) olan intihar girişimi sayısı 2007 yılında 2148'e (Kadın 1630, Erkek 518) ve 2008 yılında da 2514'e (Kadın 2029, Erkek 485) ulaşmıştır. Sayıl'a göre konu hala birçok kesimde dikkate alınmamakta ve intiharı önleme çalışmalarının iyi işleyen bir sistem veya programa bağlı olarak yürütülmemesi sorunu giderek büyümektedir.

İntiharın kendisi kadar önlenmesi de değişik açılımları olan karmaşık bir konudur (Eskin 2003). Akademisyenler ve uygulamacılar tarafından farklı tanımlanıyor olsa da sözlük anlamı itibarıyla "önleme" bir şeyi olmadan engelleme anlamında kullanılan bir sözcüktür. Bu kısa tanım bağlamında düşünüldüğünde intiharı engelleyici önlemlerin alınıp alınamayacağı önemli bir tartışma konusu olarak gündeme gelmektedir. Odağ'ın (2002) belirttiği gibi önlem alınması bireysel ve kurumsal eğitimin yanı sıra toplumun bilinçlenmesini de gerektiren geniş

kapsamlı bir işlemdir. Toplumun intihar konusunda bilinçlenmesi ve böylece tehlikeye karşı duyarlılığın artması son derece güçtür. Eskin (2003) önleme'yi albenisi yüksek sosyopolitik yönü ağır basan bir olay olarak görmektedir. Ona göre temelde, toplumsal kaynakların ne şekilde kullanılacağı yatmaktadır. Konunun felsefi yönleri ağırdır; çünkü olay tamamen nasıl bir yaşam istendiği ve bunun toplumsal düzenlemesinin nasıl olacağı ile ilgilidir.

Bir çalışma alanı olarak intihar bilimi (suicidology) belki de çoğunlukla kökenleri ve eğilimleri itibarıyla intihar davranışının önlenmesine ve müdahalesine yönelmiştir (Berman ve Jobes 1997). İntiharları önleyebilmek için son derece önemli olan intihar olaylarının belirlenmesi, intihar riskinin değerlendirilmesi, intihara eğilimli olan veya intihar girişiminde bulunmuş kişinin izlenmesi ve intiharlar üzerine araştırma yapılması bir takım güçlükleri bünyesinde taşımaktadır. Buna karşın intihara eğilimli veya intihar girişiminde bulunmuş kişiye sorunlarına çözüm üretmede yardımcı olmanın, bu kişiyi ve yakınlarını güçlü kılmamanın, onlara destek olmanın ve toplumu intiharın neden olacağı zararlardan korumanın gerekli olduğu açıktır.

İntiharın önlenilebilir bir davranış olduğu tezinin kabul gördüğü ve halk sağlığı alanındaki önleme yaklaşımının benimsendiği bu çalışmada intiharı önleme çalışmalarında karşılaşılan sorunlar literatür bilgileri ışığında psikososyal boyutları göz önünde tutularak tartışılmaktadır. Bu çalışmada ayrıca söz konusu sorunlarla bağlantılı intiharları önlemeyebilmede yol gösterici olduğu düşünülen bir takım önerilere de yer verilmektedir.

İNTİHARI ÖNLEMEDE FARKLI YAKLAŞIMLAR

Sınırları son derece geniş bir çalışma alanı olan intiharı önlemede esasen doğal karşılanması gereken farklı yaklaşımlar söz konusudur. Örneğin bir taraftan toplumsal düzeyde ve çoğunlukla toplum ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesini hedefleyen "koruyucu ruh sağ-

lığı" perspektifinden, diğer taraftan intihara müdahaleyi ve müdahale sonrası yinelemeyi engellemek için kişinin izlenmesini (olayın ardından olay üzerinde çalışma) hedefleyen "tedavi" perspektifinden soruna yaklaşılmaktadır. Bununla birlikte bahsedilen bu iki yaklaşımı bütünleştirerek de sorun ele alınabilmektedir. Bu son yaklaşım halk sağlığı alanında yaygın olarak uygulanan önleme yaklaşımıyla uyumludur. Hatta oradan ödünç alınmıştır da denilebilir.

Bir hatırlatmada bulunmak gerekirse; halk sağlığının önleme yaklaşımında önemli olan, toplum içerisinde hastalığa neden olan etmenlerin tespit edilerek gerekli müdahalelerle ortadan kaldırılması ya da etkilerinin en aza indirilmesidir. Halk sağlığı alanındaki önleme yaklaşımı genel olarak üç düzeyde ele alınır. Bu üç düzey önleme için nelerin, ne şekilde ve hangi aşamalarda yapılacağını belirtir. Sözü edilen düzeyler; birincil önleme, ikincil önleme ve üçüncül önlemedir (Eskin 2003).

Halk sağlığı alanındaki önleme yaklaşımı, intiharı önlemeye uyarlandığında düzeylerine göre intiharı önleme çalışmalarının kapsamı için şöyle bir çerçeve çizilebilir: İntiharı önleme çalışmalarının odağı birincil düzey için, insanların intihara eğilimini artıran risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına çalışılması böylelikle intihar insidansının azaltılması; ikincil düzey için intihar riski taşıyan kişilerin belirlenmesi ve bu kişilere müdahale edilmesi (erken tanı ve tedavi); üçüncül düzey için ise intihar davranışının tekrar ortaya çıkmasının önlenmesi, böylelikle intiharın kişiye ve çevresine verebileceği zararların en aza indirgenmesidir (Alptekin ve Duyan 2009).

SORUNLAR

İntihar davranışının psikiyatrik, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ontolojik/varoluşsal gibi pek çok faktörün iç içe geçtiği karmaşık bir yapısı vardır. Daha önce de değinildiği üzere intiharın kendisi gibi önlenmesi de karmaşık bir konudur ve çeşitli sorunları bünyesinde taşı-

maktadır. Bu alanda öne çıkan sorunlar şu şekilde gruplandırılabilir:

Ulusal önleme programının olmayışı: Türkiye’de intiharı önleme çalışmalarının istenen düzeyde yürütüldüğünü söylemek güçtür. Henüz bir ulusal intiharı önleme programı oluşturulmamıştır. Çalışmalar dağınık bir şekilde eğitim kurumlarının psikolojik danışma ve rehberlik birimlerinde, hastanelerin psikiyatri kliniklerinde, polikliniklerinde ve acil servislerinde yürütülmektedir. Dolayısıyla iş yükü yoğunlukla dar bir meslek grubunun omzuna yüklenmekte, bu meslek gruplarının iş yükü artmakta ve tıbbi tedavinin ötesinde profesyonel yardıma gereksinime duyanların gerekli ve yeterli psikososyal desteği alması zorlaşmaktadır (Alptekin ve ark. 2008).

Tedaviye yoğunlaşma: Türkiye’de Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi dışında birincil düzeyde intiharı önleme çalışması yürüten bir kurum yoktur. İntiharı önleme çalışmalarının ağırlıklı olarak ikincil ve üçüncül önleme üzerinde yoğunlaştığı kolayca fark edilmektedir. Yani toplumun korunması ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik engelleyici önlemlerin alınması yerine tedaviye daha fazla odaklanılmaktadır. Uygulamadaki bu tablo her an risk gruplarına dahil olabilecek bireyler yerine intihara eğilimli hale gelmiş veya intihara eğilimli olduğunu somut bir şekilde ortaya koymuş (intihardan söz etme, intihar girişiminde bulunma gibi) bireylerle çalışıldığını göstermektedir. Tedavi üzerinde bu denli fazla durmanın da aslında anlaşılabilir kimi haklı nedenleri vardır. Birincil önleme kapsamında ele alınan hedeflerin ve hedef gruplarının büyüklüğü, intiharla ilgili değişkenlerin çeşitliliği, kullanılacak yöntemlerin belirsizliği, finansman ve insan kaynaklarının yetersizliği, politika üreticilerini ikna etmede güçlükler, ruh sağlığı hizmetlerinin dağınık görüntüsü söz konusu nedenlerin önde gelenleridir.

İntiharın tedavisi ve yinelemenin durdurulmasına yönelik (yani intiharın ikincil ve

üçüncül düzeyde önlenmesi) yapılanlar üç grup altında toplanabilir: Bunlar;

1. Bireysel müdahaleler
2. Grup, eş ve aile müdahaleleri ve
3. Farmakolojik müdahalelerdir (Canetto ve Lester 1998).

Gerek bireysel gerekse grup, eş ve aile düzeyindeki tedavilerde asıl yükü psikoterapiler çekmektedir. Bu nedenle terapotik ilişki bu tedavilerin ağırlık noktasıdır. Lester ve Canetto (1998) intiharın tedavisinde psikodinamik yönelimli psikoterapilerin, bilişsel ve davranışçı psikoterapilerin, grup psikoterapisinin, eş ve aile terapilerinin yaygın olarak kullanıldığını belirtmektedir. Lester ve Canetto’nun (1998) dikkat çektiği önemli bir nokta uygulanan bütün tedavilerin ortak yanının intihar insidansını etkilememeleridir. Bu doğrultuda Albee (1990) toplumu etkileyen hiçbir hastalığın tek tek bireylerin tedavisiyle ortadan kaldırılamayacağını öne sürmektedir. İntiharı önlemeyle ilgili çalışmalar doktor ve/veya intiharı önleme servisleriyle kurulan bağlantının intihar oranlarını etkilediğini bununla birlikte ilaçla intihar etmek isteyenlerde doktora başvuru sonucu verilen tedavi amaçlı ilaçlar intiharı kolaylaştırdığını göstermiştir (Canetto ve Lester 1998).

İntiharı önlemek için sarf edilen çabaların ikincil ve üçüncül önlemede yoğunlaşması kuşkusuz bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Örneğin ağırlık tedaviye kaydedildiğinde intihar eğilimli bireylere sağlanacak uzun dönemli ve yoğun terapilerde çalışacak yeterli personeli bulmak güçleşecek, işin maliyeti açısından bakım ve tedavi masrafları ciddi bir sorun oluşturacaktır. Diğer önemli bir sorun ise intiharın gereğinden fazla medikalize edici yaklaşımla ele alınma olasılığının artmasıdır. Sadece tedaviye odaklanması intiharın salt bir hastalık olarak algılanmasını pekiştirebilecek; bunun uzantısında birincil önlemeye ilişkin politik, ekonomik ve sosyal içerikli kimi düzenlemelerin göz ardı edilmesine neden olabilecektir.

Yanlış İnançlar: İntiharın halen tabu olma özelliğini koruması, son derece yanıltıcı olan mitlerin yaygınlığı ve bunların toplum üzerindeki olumsuz etkileri intiharları önlemenin önündeki engellerden biridir. Lester (1997) (örneğin; intihardan söz eden kişi böyle bir girişimde bulunmaz, intihar eğiliminde olan kişi tamamen ölmeye niyetindedir, intihar hiçbir belirti/işaret olmaksızın aniden gerçekleşir, ya zenginler ya da fakirler intihar eder)

Etiketleme: İntiharın ruhsal bozukluklar ve madde kullanımı ile bağlantısı nedeni ile açığa çıkma olasılığı bulunan ön yargılı tutumlar, ayırmacılık ve etiketleme tedavi ve önlemede büyük bir engeldir (Sayıl 2008). Goldsmith ve ark.'nın (2002) işaret ettiği gibi ruhsal bozukluk teşhisi almış kişilerin büyük bir kısmı ruh sağlığı tedavisi almamaktadır. Ruhsal hastalıkların etiketlenmeye maruz kalması, bu hastalıklara sahip kişileri ihtiyaç duymalarına karşılık tedaviden vazgeçirebilmektedir. Dolayısıyla "etiketleme" olgusu da intiharı önlemede önemli bir sorun alanı olarak öne çıkmaktadır.

Tedavide Yapılan Yanlışlıklar: İntiharın tedavisinde yanlış yapılması intihar riskini artırmaktadır. Olası bir yanlışın intihar tehlikesini artırması tedavide büyük bir dikkati gerektirir. Gösterilen tüm dikkate karşın intiharın tedavisi en çok yanlış yapılan uygulamalardan biridir. Genel olarak söz konusu yanlışlar:

a) Tedavinin doğasından (psikoterapilerde "aktarım"—"karşı aktarım" sürecinde intihardan sorumlu çatışmaların alevlenmesi),

b) Hastaların dinamiğinden (girişimde bulunan kişinin dinamiğinde yıkımın ağırlıkta olması, yıkım eğilimleri nedeniyle kendisine gösterdiği katılığı ve acımasızlığı çevresine de yansıtması),

c) Terapistten (yetersiz bilgi alma, hastada hemen bir değişiklik görme isteği, hemen ilaçla tedaviye başlama) ve

d) Tedavi kuruluşundan (kurumda geçerli toplumsal değerler, çevreden gelecek eleştirilere karşı çalışanlarına yeterli güvence veremeyen bir ortam) kaynaklanmaktadır (Odağ 2002).

Burada üzerinde önemle durulması gereken konu tedavi süreçlerinde sağlık personelinde gözlemlenen intihar eğilimi olan kişilere karşı süregelen olumsuz tutum ve davranışların varlığıdır. Klinik veriler göstermiştir ki, sağlık personelinin intihar eğilimli kişilere yaklaşımı eleştirel ve reddedicidir. Bu olumsuzluğun temelinde kişiyi intihara yönlendiren sebeplerle ilgili yanlış anlamalar ve aynı zamanda bu kişilerin ilişkilerinde yaşadıkları çaresizliğe karşı empati geliştirmede eksiklikler yer almaktadır (Canetto ve Lester 1998).

Terminolojideki Karmaşa: Üzerinde durulması gereken bir diğer sorun alanı intihar davranışına ilişkin terminolojide baş gösteren dağınıklık ve belirsizliktir. Moscicki (2002) terminolojide yer alan kavramların anlamlarının yeterince açık olmadığını, bu doğrultuda intiharı önlemede yürütülecek çalışmalar için intihar davranışını tanımlamada ve gruplandırmada henüz bir standart oluşturulmadığını ileri sürmektedir. Bu durumu "metodolojik tehditler"lerden biri olarak gören Moscicki sorunun özellikle intihar girişimini tanımlamada çok daha belirgin olduğu düşüncesindedir.

İntihar terminolojisindeki kavramlar bazen birbirinin yerine geçecek şekilde de kullanılmaktadır. Örneğin uygulamada intihar düşüncesine intihar girişimi; intihara intihar girişimi, intihar girişimine intihar denildiği görülmektedir (Berman ve Jobes 1997). Bu durum kimi zaman tutarsızlıklara, kimi zamanda birbiri ile çelişen anlam karışıklıklarına neden olmaktadır.

Kayıtların Yetersizliği: Başarılı bir önleme hedef gruplarındaki intihar ve intihar girişimlerinin oranları ve karakteristikleri hakkında sağlam bilgi edinmeye bağlıdır. Bilgi edinmek aynı zamanda spesifik önleme planları geliştirebilmek, intihara ilişkin bölgesel tutumları, hangi yöntemlerin kullanıldığını, bölgesel tıbbi ve sosyal kaynaklara ulaşım ulaşılmadığı belirleyebilmek için de gereklidir (Pearson 2002). Dolayısıyla önleme çalışmalarına ışık tutması beklenen verilerin derlendiği kayıt sistemindeki duruma da kısaca bir göz atmak gerekmektedir.

Bir takım eksiklikleri ve yanlışlıkları içerse de tamamlanmış intiharlara ilişkin kayıtlar düzenli olarak tutulmaktadır. Tamamlanmış intiharlara ilişkin bilgilerin bir çoğu bu kayıtlar üzerinden yapılan geriye yönelik (retrospektif) çalışmalardan veya "psikolojik otopsi" uygulamalarıyla kurbanın yakınlarından elde edilirken intihar girişimlerinde genel sonuçlara ulaşmanın önünde bir takım güçlüklerle karşılaşılır. Türkiye'de de olduğu gibi hemen hemen tüm ülkelerde intihar girişim sıklığını gösterebilecek kayıtlar oldukça sınırlıdır ve düzensizdir. TÜİK tarafından yayınlanan intihar istatistiklerinde intihar ve intihar girişimi ayrımı yapılmadığı, sadece ölümlerle sonuçlanan intihar olaylarının istatistiki bilgi olarak değerlendirildiği görülmektedir.

Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ulaşamama:

Ruhsal bozukluklar intihar davranışının arka planında yer alan önemli bir faktördür (Pearson 2002). Bu nedenle ruhsal bozuklukların tedavisi intiharı önlemede önemli bir adımdır. Bu bağlamda ruh sağlığı hizmetlerinden haberdar olma ve bunlara kolayca ulaşabilme intiharlara önlemede önemli bir adımdır. Ülke genelinde özellikle sosyo-ekonomik bakımdan geri kalan ve zor şartlarda yaşanan bölgelerde kurumsal yapılmadığı eksiklikler, bu kurumların varlığından haberdar olmama, yanlış yönlendirme ve "etiketleme"nin neden olabileceği çekinceler nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerine istendiği ölçüde ulaşamadığı bir gerçektir. Bu durum genelde erken tanı ve teşhise olanak tanıyamakta, özeldense intiharlara önlemeyi güçleştirmektedir.

Medyanın İntihar Haberlerini İşleyiş Biçimi: Medyada intiharı mazur ve bir çözüm yolu olarak gösteren ifadeler, özendirici biçimde romantik bir anlatımla sunulan haberler toplumun intihara karşı tutumunu etkilediğinden intihar oranlarının artışına neden olabilmektedir. Bu nedenle medyada intihar davranışına ilişkin haberlerin uygun bir tarzda verilmesi üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konudur (World Health Organization Staff 2005, Sayıl 2008).

ÖNERİLER

İntiharı önleme çalışmalarının kapsamı ve bu çalışmaları yürütürken karşılaşılan sorunlar göz önünde bulundurulduğunda şunlar önerilebilir:

1. Türkiye'de intiharı önleme çalışmalarında öncelikle ele alınması gereken konu sorunun genel bir program çerçevesinde ele alınması ve bu doğrultuda ulusal intiharı önleme programının oluşturulmasıdır. Söz konusu programla bağlantılı olarak özellikle intihar davranışının yaygın olduğu metropol illerde sosyo-kültürel bağlamı dikkate alan yerel/bölgesel düzeyde intiharı önleme programları da oluşturulabilir. Bu programlar yerel kaynaklarla profesyonel bilgiyi birleştirecek şekilde; çeşitli meslek grupları ile iş birliği sağlanarak hazırlanmalı, ayrıca çok sektörlü ve çok boyutlu olmalıdır.

2. Türkiye'de intiharı önleme çalışmaları kapsamında ilgi ve dikkatin daha fazla yoğunlaştığı ikincil ve üçüncül önleme çalışmaları mutlaka birincil önlemeyle bütünleştirilmelidir. Bu bağlamda sorun disiplinlerarası bir yaklaşımla, klinik dışına çıkılarak toplumsal düzeyde de ele alınmalı; klinik bakış açısı etnografik bir perspektifle tamamlanmalıdır.

3. Acil Servis'e intihar girişimi nedeni ile getirilen kişilerin medikal tedavilerinin yanısıra mutlaka psiko-sosyal tedavilerinin de özenle yapılması gereklidir. Bu tedavi alışlagelen, tek yönlü standart bir prosedüre göre değil; kişinin yardım çağrısına yanıt verecek şekilde, bireysel ihtiyacı da dikkate alarak yapılandırılmalıdır.

4. Kuşkusuz bir önceki öneri maddesinde belirtilmeye çalışılan tedavi yaklaşımını hızlı ve yoğun tempoya sahip acil servis ortamında uygulamak zor olacaktır. Bu nedenle acil servislerle bağlantılı çalışabilecek özgül tedavi birimleri kurulmalıdır. Bu bağlamda kriz odalarının kurulması ve kriz odası uygulamalarının fonksiyonel hale getirilmesi önerilebilir.

5. Başta acil servis çalışanları olmak kaydıyla sağlık alanında çalışan profesyoneller

güncel literatür bilgileri ve alandan edinilen deneyimler çerçevesinde periyodik olarak eğitilmelidir. İntihar epidemiyolojisi, intihar davranışının çeşitli görünüşleri (tamamlanmış intihar, intihar girişimi, intihar jesti, intihar düşünce vb.), koruyucu faktörler, risk faktörleri, intihar riskini değerlendirme, kriz ve krize müdahale yüksek riskli gruplarda izleme ve çevresel müdahaleler (ruh sağlığı hizmetleriyle aktif şekilde işbirliği kurma, girişimcinin aile ve yakınları ile ilişki kurma, onları tedavi sürecine dahil edebilme, intihar etmede kullanılabilecek malzemelerin ortadan kaldırılmasını sağlama, akut kriz dönemleri için ambulans temini, acil telefon numaralarının bildiri ve polis devreye konulması vb.) konuların eğitim programlarının kapsamına alınabilir.

6. İntihar davranışının çeşitli yönlerine ilişkin profesyonellerin eğitimlerinin yanı sıra halkın eğitimi de sağlanmalıdır. Halkın eğitimi Sayıl'ın (2008) belirttiği gibi genel olarak halka yönelik çalışmalardan ve intihar davranışıyla karşılaşma olasılığı bulunan özel gruplara (öğretmenler, işverenler, yöneticiler, polisler, jandarma, din adamları, politikacılar vb.) yönelik çalışmalardan sağlanabilir.

7. Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerin kolayca ulaşabileceği yardım birimleri (örneğin kriz merkezleri, telefon hatları, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi) kurulmalı ve bu birimlerin sunacağı hizmetlerin tanıtımı da yapılmalıdır.

8. Şayet intiharı önleme çalışmalarında gönüllü çalışanların sayısı artırılırsa intihar eğilimi içerisinde olan pek çok kişiye yerinde ve zamanında ulaşma olanağının artacağı öngörülebilir. Bu nedenle gönüllü çalışmalar özendirilerek, potansiyel insan kaynakları harekete geçirilmelidir.

9. Türkiye'de özellikle intihar girişimlerinin genç nüfus arasında daha fazla görüldüğü hesap edildiğinde "okul temelli önleme" çalışmalarının son derece önemli olduğu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Okul temelli önleme çalış-

maları kapsamında rehberlik servislerine epeyce iş düşecektir. Bu nedenle rehberlik faaliyetlerinin koordine edilmesi, planlı ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumlu olan okullardaki rehberlik servislerinin sadece eğitsel ve mesleki rehberlik alanlarında değil, kişisel problemlerle ilgili rehberlik alanında da yoğunlaşması gerekmektedir. Böylece bu servisler aracılığı ile;

a) Dönem başlarında branş öğretmenlerine sınıf yönetiminin psikolojik boyutları; (sınıfta iletişim, sınıfta korku ve kaygı, istenmeyen davranışların önlenmesi, istenmeyen davranışların değiştirilmesi gibi) ile puberte ve ergenlik dönemlerinin gelişimsel görevleri ve krizleri konularında doküman hazırlanarak veya toplu seminer verilerek bilgilendirilmeleri sağlanabilir.

b) Ruh sağlığı yönünden I. basamak düzeyinde riskli davranış sergileyen ve çeşitli ruh sağlığı sorunları bulunan pek çok öğrenciye erken ulaşılabilir.

c) Bu öğrencilerle sorun çözme ve etkili iletişim kurma becerileri kazandırmaya, duygusal kontrolü artırmaya yönelik çalışmalar yapılabilir.

d) Gerektiğinde onların ruh sağlığı alanında hizmet veren kurum ve kuruluşlara yönlendirilmeleri sağlanabilir.

10. İntiharlara yönelik kayıt sistemleri geliştirilmelidir. Bu bağlamda kayıtlar için standart prosedür ve formlar oluşturulmalıdır. Formlar intihar davranışı hakkında bilgi edinmeyi sağlayacak tüm bilgileri (kişinin sosyo-demografik özellikleri, beden ve ruh sağlığı, intihar nedeni, kullanılan yöntem, intihar davranış öyküsü vb.) içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

11. İntiharı önleme çalışmalarına medya da dahil edilmeli ve medya çalışanları DSÖ'nün intihar davranışının medyada sunumu (haber edilişi) için önerdiği bilgiler doğrultusunda eğitilmelidir (World Health Organization Staff 2005)

KAYNAKLAR

- Aaron R, Joseph A, Abraham S, Muliyl J, Georange, K., Prasad, J. ve diğ erleri (2004) Suicides in Young People in Rural Southern India. *The Lancet Research Letters*, 3: 1117-1118.
- Alptekin K (2002) 1974-1999 Yılları Arasında Türkiye'de Tamamlanmış İntiharların Coğ rafi Yerleş im Birimlerine ve Cinsiyetlere Gö re Dağı lımı. Ankara, T.C. Baş bakanlık Aile Araştırma Kurumu Baş kanlığı Yayınları No: 119.
- Alptekin K, Duyan V ve Uç an Ö (2008) İntiharı Önleme Ç alı ş malarında Sosyal Hizmetin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 179-187.
- Alptekin K ve Duyan V (2009) İntihar ve İntiharı Önleme. İstanbul, Yeniinsan Yayınevi.
- Beautrais AL (1998) Risk Factors for Serious Suicide Attempts Among Young People: A Case Control Study. R Kosky (ed), *Suicide Prevention: The Global Context*. Hingham MA, Kluwer Academic Publishers, pp 167-180. 8 Ş ubat 2006'da alınmıştır, web üzerinde <http://www.site.ebrary.com/lib/metu/doc>
- Berman AL ve Jobes DA (1997) Adolescent Suicide: Assesment and Intervention. Washington, American Psychological Association. Fifth Printing.
- Bille-Brahe U (2001) The Epidemiology of Suicide Attempts in Europe. *Kriz Dergisi*, 9: 19-32.
- Canetto SS ve Lester D (1995) Suisidal Kadınlar: Önleme ve Müdahale Stratejileri. B. Öncü (çeviren ve özetleyen), *Kriz Dergisi*, 6: 45-53.
- Eskin M (2003) İntihar: Açıklama, Değ erlendirme, Tedavi, Önleme. Ankara: Ç izgi Tıp Yayınevi.
- Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM ve Bunney WE (eds) (2002) Reducing Suicide: A National Imperative. Washington DC, National Academies Press. 22 Mart 2005'de alınmıştır, web üzerinde <http://www.site.ebrary.com/lib/metu/Doc?>
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (2009). Yıllara Gö re İntihar Giriş im Sayıları Cinsiyete Gö re Dağı lım, İstanbul, 2008. 1 Eylül 2009'da alınmıştır, web üzerinde http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/resim/pano/intihar_girisim.jpg.
- Moscicki EK (2001) Epidemiology of Completed and Attempted Suicide: Toward A Framework for Prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1: 310-323.
- Lester D (1997) Making Sence of Suicide: An In-Dept Look at Why People Kill Themselves. Philadelphia, The Charles Press Publishers Inc.
- Odağ C (2002) İntihar (Özkıyım): Tanım-Kuram-Sağ altım. İzmir, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:3, İkinci Baskı.
- Pearson V, Philips MR, He F ve Ji H (2002) Attempted Suicide among Young Rural Women In The People's Republic of China: Possibilities for Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32: 359-369.
- Sayıl I (1994) Türkiye'de İntihar Sorunu. *Kriz Dergisi*, 2: 293-298.
- Sayıl I (2000) İntihar Davranışı. I Sayıl, OE Berksun, R Palabıykoğ lu, HD Özgüven, Ç Soykan ve S Haran (editörler), *Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları No: 6, ss 165-198.
- Sayıl I (2008) Krize Müdahale ve İntiharı Önleme. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Stauffer MD (2004) From Seneca to Suicidology. D Capuzzi (ed), *Suicide Across The Life Span: Implications for Counselors*. Alexandria VA, American Counseling Association, pp 3-37.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) İntihar İstatistikleri (2007) Ankara, T.C. Baş bakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayınları.
- World Health Organization Staff (2005) Mental Health: Facing The Challenges, Building Solutions. Geneve, CHE: WHO Regional Office for Europe. 15 Mayıs 2008'de alınmıştır, web üzerinde <http://site.ebrary.com/lib/metu/Doc?id=10104339&ppg=89>.