

Psikiyatri Hastalarında Özkıyım Riskini Değerlendirme ve Yönetme

Evaluation and Management of the Suicide Risk in Psychiatry Patients

Emel Bahadır Yılmaz 

Öz

Özkıyım riski psikiyatrik sorunu olan hastalar arasında oldukça sık görülen ve acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Özkıyım riskinin arttığını gösteren hastalıklara özgü bazı işaretler bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının önce bu erken uyarı işaretlerini tanımlamaları ve özkıyım riskini belirlemeleri önemlidir. Özkıyım riskini değerlendirdikten sonra yapılması gereken şey hastayla birlikte bir güvenlik planı oluşturmaktır. Güvenlik planı hastayı özkıyım girişiminden koruyan ve kriz yaşadığında neler yapacağı konusunda yol gösteren önemli bir girişimdir. Güvenlik planı; güvende kalmak için hastanın kullanacağı stratejiler, erken uyarı işaretleri, baş etme stratejileri, sosyal destekleri, aile bireyleri veya arkadaşlarına ilişkin iletişim bilgileri ve kriz birimlerinin telefon numaraları gibi bilgileri içermektedir. Bu bilgiler ışığında hazırlanan güvenlik planının özellikle psikiyatri hemşireleri tarafından klinikte kullanılması önerilmektedir. Güvenlik planının oluşturulması, hastanın mümkün olduğunca özkıyım girişiminde bulunma riskini engelleyecek veya erteleyecektir.

Anahtar sözcükler: Özkıyım, risk değerlendirme, güvenlik planı.

Abstract

The risk of suicide is very common among the patients with psychiatric disorder and needs an emergency response. There are some signs specific to the disorders indicating increased risk of suicide. It is important that firstly health workers must identify these early warning signs and determine the risk of suicide. After evaluating the risk of suicide, what needs to be done is to establish a safety plan with the patient. Safety plan is an important initiative that protects the patient from suicide attempt and guides the patient about what to do when the crisis is experienced. The safety plan includes information such as strategies to be used by the patient to stay safe, early warning signs, coping strategies, contact information for social supports, family members or friends and telephone numbers of crisis units. It is recommended that the security plan prepared in the light of this information should be used by psychiatric nurses in the clinic. The creation of a safety plan will prevent or delay the patient's risk of attempted suicide as much as possible.

Keywords: Suicide, risk assessment, safety plan.

¹ Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Giresun

✉ Emel Bahadır Yılmaz, Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Giresun, Turkey
ebahadiryilmaz@yahoo.com

Geliş tarihi/Submission date: 03.12.2018 | Kabul tarihi/Accepted: 22.12.2018 | Çevrimiçi yayın/Online published: 13.08.2019

ÖZKIYIM, bireyin istemli olarak yaşamına son verme isteğiyle birlikte ortaya çıkan benliğe yönelmiş bir saldırganlık olarak tanımlanmaktadır (Koç 2016). Özkiyım, hem hastanın psikiyatrik tedaviye uyumunu bozması hem de hastalıkların ilerleyen dönemlerinde yeniden tekrarlanması bakımından dikkatle ele alınması gereken ciddi bir sorundur (Mazaliauskiene ve Navickas 2012). Çok yönlü ve karmaşık bir olgu olması nedeniyle, özkiyımın etiolojisini ve özkiyım davranışının ortaya çıkmasında etkili olan faktörleri belirlemekte yetersiz kalılabilmektedir (Gonda ve ark. 2012). Oysaki özkiyım önlenabilir bir sorundur. Bu nedenle psikiyatrik hastalıklarda özkiyım açısından risk oluşturan faktörleri bilmek, gerekli müdahalelerin erken dönemde planlanmasına ve özkiyım düşüncesinin eyleme dönüşmesinin engellenmesine yardımcı olabilir. Ülkemizde yapılan çalışmalar özkiyım riskini ya da sıklığını belirlemeye yönelik olup bu konuda yapılan deneysel çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Yurt dışı literatürde ise güvenlik planı oluşturma ve bu uygulamayı rutin bakımın bir parçası haline getirme ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada, yetişkin psikiyatri hastalarında gözlenen özkiyım davranışı ve yordayıcılarına ilişkin alan yazındaki veriler sunulularak hastaların özkiyım riski değerlendirmesi ve krize müdahale aşamasında atılması gereken adımlara ilişkin genel bilgiler sunulmuştur.

Psikiyatrik Bozukluklarda Özkiyımın Epidemiyolojisi

Psikiyatrik bozukluklarda özkiyım sıklığı hastalık bazında ele alınmış olup farklı kültürlerde, farklı örneklem sayılarında ve farklı hastalıklarda değişken sonuçlar elde edilmiştir. Bir psikiyatri kliniğinde tedavi gören 2000 hastadan %13.8'inin özkiyım girişimi öyküsü olduğu bildirilmiştir (Bozkurt Zincir ve ark. 2014). Depresif ve/veya anksiyete bozukluğu tanısı konmuş 1838 kişiden %16.8'inde en az bir kez özkiyım girişimi olduğu belirlenmiştir (Stringer ve ark. 2013). Major depresif bozukluk tanısıyla yatan 269 hastanın %58'inde özkiyım düşüncesi olduğu belirlenmiştir (Sokero ve ark. 2003). Bir başka çalışmada, major depresif bozukluk tanısı konan 233 hastanın %59.2'sinde özkiyım düşüncesi olduğu belirlenmiştir (Pu ve ark. 2017). Major depresyon ve bipolar bozukluk tanısı konan 480 hastanın %13.1'i özkiyım girişiminde bulunmuştur (Abreu ve ark. 2018). Bu sonuçlara göre depresyon tanılı hastalarda özkiyım sıklığının %13.1-59.2 arasında değiştiği söylenebilir.

Bipolar bozukluğu olan hastalarda ise özkiyım sıklığı %19.7-32.4 arasında değişmektedir. Bir çalışmada, bipolar bozukluk tanılı hastaların %25-50'sinin yaşamları boyunca en az bir kez özkiyım girişiminde bulunduğu, %8-19'unun bu girişimi tamamladığı bildirilmiştir (Latalova ve ark. 2014). Ayaktan izlenen 122 bipolar bozukluk tanılı hastayla yapılan bir çalışmada özkiyım girişimi sıklığı %19.7 olarak belirlenmiştir (Eroğlu ve ark. 2013). Bir başka çalışmada ise geriye dönük olarak incelenen 1099 hastanın %32.4'ünün yaşam boyunca bir kez özkiyım girişiminde bulunduğu ve ileriye dönük olarak değerlendirilen 469 hastanın ise %19.8'inin özkiyım girişiminde bulunduğu ifade edilmiştir (Novick ve ark. 2010).

Psikotik bozukluğu olan bireylerle yapılan çalışmalarda ise özkiyım sıklığının %8.5-39.2 olduğu belirlenmiştir. bir çalışmada, psikotik bozukluk nedeniyle yatan 1048 hastanın %30.2'sinde özkiyım girişimi öyküsü olduğu belirlenmiştir (Radomsky ve ark. 1999). Bir başka çalışmada, psikotik bozukluğu olan 264 kişinin %34.5'inde en az bir defa özkiyım girişimi öyküsü olduğu ifade edilmiştir (Suokas ve ark. 2010). Kanada'da şizofreni tanılı kişilerde özkiyımla ilişkili olabilecek faktörlerin araştırıldığı çalışmada,

101 şizofreni hastasının %39.2'sinde özkıyım girişimi olduğu bildirilmiştir (Fuller-Thomson ve Hollister 2016). Diğer bir çalışmada ise psikotik bozuklukların ilk epizodunda özkıyım insidansının %8.5 ile %11.3 arasında olduğu ifade edilmiştir (Mazali-auskiene ve Navickas 2012).

Farklı psikiyatrik tanıları olan hastalarla yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören 1244 olgunun %25.2'sinin en az bir kez özkıyım girişimi olduğu belirlenmiştir (Evren ve ark. 2001). Bir meta analiz çalışmasına göre borderline kişilik bozukluğu olan 1179 hastanın %8'i özkıyım girişiminde bulunmuştur (Pompili ve ark. 2005). İsveç'te obsesif kompulsif bozukluğu olan 36.788 hastayla yapılmış bir çalışmada, hastaların %11.7'si özkıyım girişiminde bulunmuş ve %1.5'i özkıyım girişimi sonucunda hayatını kaybetmiştir (Fernandez de la Cruz ve ark. 2017).

Depresyonda Özkıyım

Bir psikiyatri klüğinde yatan ve özkıyım girişimi öyküsü bulunan hastaların %49.5'i girişim sonrasında major depresyon tanısı konmuştur (Bozkurt Zincir ve ark. 2014). Major depresif bozuklukla ilişkili risk faktörlerinin umutsuzluk, alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanımı, düşük sosyal ve mesleki işlevsellik düzeyi ve kötü algılanan sosyal destek düzeyi olduğu bildirilmiştir (Sokero ve ark. 2003). Major depresif bozukluk tanısı alan ve özkıyım düşüncesi olan hastaların bilişsel bazı defisitlerinin bulunduğu ve bu defisitlerin yürütücü işlevlerde, motor hız işlevlerinde ve nöropsikolojik fonksiyonlarda ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Pu ve ark. 2017). Major depresif bozukluk tanısı konmuş 6008 kadınla yapılmış bir çalışmada, özkıyım düşüncesinin fazla sayıda major depresif semptomla, fazla sayıda olumsuz yaşam olayıyla, ailede major depresyon öyküsüyle, fazla epizod sayısı, melankoli deneyimiyle ve erken başlangıç yaşıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Zhu ve ark. 2013). Aleksitimik hastalarda hem özkıyım girişiminin ve düşüncesinin daha fazla hem de umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (İzci ve ark. 2015). Ayrıca depresyon tanılı hastalarda, hem ailede özkıyım girişimi öyküsünün olması hem de geçmişte kendisinin özkıyım girişiminde bulunmuş olması yeni bir özkıyım girişimi açısından önemli risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Takahashi 2001).

Bipolar Bozuklukta Özkıyım

Bipolar bozukluk hastalarıyla yapılmış bir çalışmada, özkıyım girişimiyle kadın cinsiyet, hastalığın ciddiyetini gösteren hastalık süresi, tedavisiz hastalık süresi (latans), hastaneye yatış sayısı, geçirilmiş toplam dönem sayısı, depresif dönem sayısı, karma dönem sayısı ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması gibi klinik özellikler arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Eroğlu ve ark. 2013). Özkıyım girişimi olan bipolar bozukluk tanısı konmuş 44 hastanın erkek, bekar, uzun bir dönem boyunca hasta, madde kötüye kullanımına sahip ve işsiz olduğu bildirilmiştir (Pompili ve ark. 2006). Dolayısıyla her iki cinsiyette de özkıyım davranışının görüldüğünü söyleyebiliriz. Bir başka çalışmada, özkıyım girişimi ile ilişkili olarak ailede özkıyım öyküsü, önceden özkıyım girişiminde bulunma, erken başlangıç yaşı, komorbid psikiyatrik hastalıklar ve umutsuzluk gibi bazı faktörler olduğu ifade edilmiştir (Beyer ve Weisler 2016). Dürtüsellik, depresif atakların sıklığı, erken başlangıç yaşı, özkıyım girişimi öyküsü, geçmişte

özkiyım düşüncesi, çok sayıda psikiyatri kliniğine yatmış olma, agresyon varlığı, madde ve alkol kullanım bozuklukları gibi faktörler bipolar bozukluklardaki özkiyım girişimi ile ilişkili bulunmuştur (Gonda ve ark. 2012, Nery-Fernandes ve Miranda-Scippa 2013). Manik dönemde özkiyım girişimiyle ilişkili bulunan faktörler ise aşırı dozda ilaç kullanımı, çok fazla alkol tüketimi, daha fazla dürtüsellik ve düşmanlık duygularının olmasıdır (Pompili ve ark. 2008, Wierzbinski ve ark. 2014).

Anksiyete Bozukluklarında Özkiyım

Anksiyete ve anksiyete bozuklukları, özkiyım düşüncesinin ve girişiminin en önemli yordayıcılarından bir tanesidir (Bentley ve ark. 2016). Anksiyete bozukluğu olan hastalarda komorbid borderline kişilik bozukluğunun varlığı, öfke ve anlaşmazlık gibi semptomlar tekrarlayan özkiyım girişimleriyle ilişkili bulunmuştur (Stringer ve ark. 2013). Bir başka çalışmada, anksiyete bozukluğu olan hastalarda depresyon, ruh sağlığıyla ilişkili bozulma ve zayıf sosyal destek, artmış özkiyım davranışıyla ilişkilendirilmiştir (Bomyea ve ark. 2013).

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarla yapılmış bir çalışmada, öznel uyku kalitesinde bozukluk olan ve ek ilaç kullanan hastaların özkiyım açısından daha sık aralıklarla izlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Karakuş ve Tamam 2018). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarla yapılmış bir başka çalışmada ise özkiyım girişimi öyküsü, kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, kadın olmak, yüksek eğitim düzeyi ve komorbid anksiyete bozukluğu gibi faktörler özkiyımla ilişkilendirilmiştir (Fernandez de la Cruz ve ark. 2017). Bir başka çalışmada, panik bozukluğu olan hastaların dürtüsellik, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri daha yüksek bulunmuş ve daha fazla özkiyım girişimi öyküsü ifade ettikleri belirlenmiştir. Ayrıca ilk özkiyım girişiminde buldukları yaşın, panik bozukluğu olmayanlara göre daha küçük olduğu ifade edilmiştir (Nam ve ark. 2016). Panik bozukluğu veya agorafobi olan hastalarla yapılan bir çalışmada, özkiyım davranışının hipokondriyazisle ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Batinic ve ark. 2017). Yine özkiyım girişimi için riskte olan hastalarda, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi anksiyete bozukluklarının daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Alves ve ark. 2016).

Şizofrenide Özkiyım

Şizofreni hastalarında işitsel varsanılar gibi psikotik belirtilerin ve içgörü varlığının özkiyım davranışıyla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Acosta ve ark. 2012). Şizofreni hastalarında özkiyım girişimiyle ilişkili olabilecek risk faktörlerinin değerlendirildiği sistematik bir gözden geçirme çalışmasında, gençlerde, 10 yıldan uzun hastalık süresi olanlarda ve geç başlangıçlı (>45 yaş) şizofreni tanılı hastalarda, erkeklerde, yüksek eğitim düzeyine sahip olanlarda, depresif belirtiler yaşayanlarda, işitsel varsanılar ve sanrılar gibi yoğun pozitif psikotik belirtileri olanlarda, sağlam içgörüsü olanlarda, ailesinde özkiyım girişimi öyküsü olanlarda ve komorbid madde kötüye kullanımı artmış olanlarda özkiyım girişimi olduğu belirlenmiştir (Hor ve Taylor 2010). Şizofreninin erken dönemlerinde özkiyım girişimiyle ilişkisi olduğu düşünülen faktörler, sosyal desteğin ve kalıcı ilişkilerin eksikliği, sosyal bozulma, psikotik özellikler (şüphecilik, paranoid sanrılar, zihinsel ayrışma ve ajitasyon, negatif belirtiler, depresyon, umutsuzluk ve

işitsel varsanılar), madde bağımlılığı, mükemmeliyetçilik ve iyi içgörü düzeyidir (Ventriglio ve ark. 2016). Bu çalışma sonuçlarından yola çıkarak hem negatif belirtilerin, hem de özellikle sanrılar, varsanılar gibi pozitif belirtilerin özkıyım riskiyle ilişkili olduğu söylenebilir. Nitekim bir çalışmada, şizofreni hastalarında pozitif belirtilerle özkıyım girişimi ve özkıyım öyküsü arasında pozitif bir ilişki, negatif belirtilerle özkıyım girişimi ve özkıyım öyküsü arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Abdollahian ve ark. 2009). Ayrıca şizofreni hastaları arasında özkıyım girişiminin kadınlarda, madde kötüye kullanımı/bağımlılığı olanlarda, depresiflerde ve çocukken fiziksel istismara uğrayanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir (Fuller-Thomson ve Hollister 2016).

Tablo 1. Güvenlik planının basamakları

<p>Adım 1: Erken Uyarı İşaretleri Özkıyım düşüncelerinizin olduğu zamanlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Neler düşünüyorsunuz? Dürtüsellik, uykusuzluk, madde kullanımında artış, değersizlik, çaresizlik gibi</p>
<p>Adım 2: Baş Etme Stratejileri Özkıyım düşüncelerinizin olduğu zamanlarda başka birinin yardımı olmadan neler yapabilirsiniz? Yürüyüşe çıkmak, müzik dinlemek, internete girmek, duş almak, egzersiz yapmak, hoşlandığı bir şeyle ilgilenmek, kitap okumak veya ev işi yapmak gibi</p>
<p>Adım 3: Sosyal Bağlantılar Kimler ya da hangi ortamlar, bir süreliğine sorunlarınızı aklınızdan uzaklaştırmanıza yardımcı olur? Sosyalleştiğinde kimler daha iyi hissetmeni sağlar?</p>
<p>Adım 4: Yardım İsteyebileceği Aile Bireyleri veya Arkadaşlar Aileniz ve arkadaşlarınız arasında bir kriz sırasında kimlerden destek alabileceğinizi düşünüyorsunuz? Stres altında hissettiğinizde kim sizin destekçinizdir ya da kiminle konuşabileceğinizi hissediyorsunuz? Bu bireylere ulaşmadaki olası engelleriniz neler?</p>
<p>Adım 5: Sağlık Çalışanlarından Destek Alma Güvenlik planınızda hangi ruh ağılığı çalışanlarının yer almasını istersiniz? Bakım alabileceğiniz başka akım vericiler var mı? Sağlık çalışanlarına ulaşmadaki olası engelleriniz neler?</p>
<p>Adım 6: Güvenli Çevre Oluşturma Özkıyım girişimi sırasında neler kullanabilirsiniz? Ateşli silahınız var mı? Kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz zamanlarda ulaşabileceğiniz ya da kullanmayı düşüneceğiniz başka bir şeyler var mı? Kendinizi bu araçlardan korumak için neler yapabilirsiniz?</p>

Alkol/Madde Kullanım Bozukluklarında Özkıyım

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerde disosiyatif belirtiler, anksiyete, depresyon, çocukluk çağı travması, birinci dereceden akrabalarda özkıyım öyküsü gibi faktörlerin özkıyım girişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (Evren ve ark. 2003). Bir başka çalışmada, erkeklerin, genç yaşta olanların, bekar olanların, yalnız yaşayanların, işsiz olanların, düşük eğitim düzeyine sahip olanların, ailede alkol ve madde kullanım öyküsü olanların, madde kullanımına bağlı sağlık sorunları, sosyal ve yasal sorunlar yaşayanların, madde etkisindeyken zarar verici ve tehlikeli davranışlarda bulunanların, ilk madde kullanım yaşı küçük olanların özkıyım girişiminde buldukları belirlenmiştir (Evren ve ark. 2001). Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu özkıyım düşüncesi borderline kişilik bozukluğu, depresif bozukluklar, cinsel istismar, çoklu uyuşturucu kullanımı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve motor dürtüsellikle ilişkili bulunmuştur (Rodriguez-Cintas ve ark. 2018). Aynı çalışmada, özkıyım girişimi

ise borderline kişilik bozukluğu, yaşam boyu duygusal, fiziksel ya da cinsel istismar öyküsü, psikotik bozukluk tanısı, çoklu uyuşturucu kullanımı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve motor dürtüsellikle ilişkili bulunmuştur (Rodriguez-Cintas ve ark. 2018).

Kişilik Bozukluklarında Özkıyım

Kişilik bozukluğu olan bireylerde görülen dürtüsellüğün özkıyım eğilimiyle ilişkili olabileceği ve özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarında görülen madde kullanımının özkıyım davranışına neden olabileceği üzerinde durulmaktadır (Ak ve ark. 2009). Bir hastanenin acil servisine özkıyım girişimi nedeniyle kabul edilen 50 kişinin %90'ında herhangi bir kişilik bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Olguların sırasıyla %66'sında sınır kişilik bozukluğu, %56'sında obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, %42'sinde ise paranoid ve edilgen saldırgan kişilik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Yalvaç ve ark. 2014). Antisosyal ya da borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda major depresif epizodlar ya da madde kullanım bozuklukları gibi komorbid hastalıklar, olumsuz yaşam olayları, çocukken cinsel istismara maruz kalma gibi faktörler artmış özkıyım davranışıyla ilişkilendirilmiştir (Links ve ark. 2003). Başka bir çalışmada ise borderline ve narsistik kişilik bozukluğunun özkıyım girişimiyle ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Ansell ve ark. 2015). Genç yaşta olmanın, kadın olmanın ve alkol kötüye kullanımının kişilik bozukluklarında özkıyım girişimi riskini artıran faktörler olduğu belirlenmiştir (Doyle ve ark. 2016).

Yeme ve Beslenme Bozukluklarında Özkıyım

Yeme bozukluğu olan genç kadınlarla yapılan bir çalışmada, özkıyım davranışının %60 ve kendine zarar verme davranışının %49 olduğu ifade edilmiştir (Koutek ve ark. 2016). Yeme bozukluklarında özkıyımına bağlı kaba ölüm hızının %0 ile %5.3 arasında değiştiğinden, depresif bozukluklar, alkol-madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların, içselleştirme eğilimi, mükemmeliyetçilik, agresyon, kendini cezalandırma eğilimi ve antisosyal davranış gibi kişilik özelliklerinin, çocukluk döneminde istismar edilmiş olmanın yeme bozukluklarında özkıyım riskini artırdığından söz edilmiştir (Öncü ve Sakarya 2013). Ayrıca, obezite, özkıyım davranışı ve özkıyım girişimi arasında da pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Wagner ve ark. 2013). Üstelik erkeklerde değil ama obez kadınlarda, özkıyım girişiminin daha fazla olduğu belirlenmiştir ve genç yaştaki kadınlar önemli bir risk grubu olarak kabul edilmiştir (Kim ve ark. 2016, Branco ve ark. 2017).

Uyku Bozukluklarında Özkıyım

Uyku bozuklukları ile özkıyım düşüncesi ve davranışı arasında bir ilişki olduğundan söz edilmiştir (Bernert ve Joiner 2007). Özellikle insomnia, hipersomnia, kabuslar ve uyku sırasında görülen panik ataklar özkıyım açısından risk faktörleri olarak kabul edilmiştir (Norra ve ark. 2011, Pigeon ve ark. 2012). Bir başka çalışmada, kötü uyku kalitesinin, özellikle uykuya dalma güçlüğü ve canlandırıcı olmayan uykunun, artmış özkıyım riskiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bernert ve ark. 2014). Uyku bozuklukları ile özkıyım arasındaki ilişkide psikososyal faktörlerin etkisinin araştırıldığı bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, olumsuz bilişsel değerlendirme, algılanan sosyal izolasyon ve

faydalı olmayan duygu düzenleme stratejileri gibi faktörlerin uyku bozuklukları ile özkıym arasındaki ilişkiyi etkilediği belirlenmiştir (Littlewood ve ark. 2017).

Özkıym Riskini Değerlendirme

Bozukluklara özgü belirlenen risk faktörlerinin, hastanın aldığı tanı doğrultusunda değerlendirilmesi önerilmektedir. Hastalarda özkıym riskini değerlendirmek için rehberler kullanılmaktadır. Psikiyatrik öykü açısından değerlendirildiğinde, ciddi depresyon, akut psikoz, madde bağımlılığı, ciddi kişilik bozukluğu, uyumsuzluğu olan veya düşük düzeylerde kontrol edilebilen hastaların yüksek risk oluşturduğu ifade edilmektedir (Kutcher ve Chehil 2007). Psikiyatrik belirtiler açısından değerlendirildiğinde, umutsuzluk, ciddi anhedoni, ciddi anksiyete veya panik atakları olan hastaların yüksek risk oluşturduğu ifade edilmektedir (Kutcher ve Chehil 2007). Psikososyal öyküsü değerlendirildiğinde, boşanmış ya da dul, işsiz, kişilerarası ilişkileri çatışmalı, başarı düzeyi düşük, kişilerarası ilişkileri zayıf olan, aile içi şiddete, cinsel ya da fiziksel istismara maruz kalmış veya sosyal izolasyon yaşayan hastaların yüksek risk oluşturduğu ifade edilmektedir (Kutcher ve Chehil 2007). Yaşlı nüfusta özkıym için risk faktörleri; erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, sosyal izolasyon, umutsuzluk ve bağımlılık gibi kişilik özelliklerinin olması, psikiyatrik ve/veya fiziksel hastalıkların varlığı ve geçmişte özkıym davranışlarının bulunması şeklinde tanımlanmaktadır (Aslan ve Hocaoğlu 2014). Ergenlerle yapılan çalışmalarda, major depresif bozukluk, davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi bir ruhsal bozukluğa sahip olma, ailede veya arkadaş çevresinde çatışma yaşama, önceden özkıym girişiminde bulunma, madde kullanma, ailesinde özkıym girişimi öyküsü olma gibi faktörlerin özkıym girişimini etkileyen faktörler olduğu bildirilmektedir (Karaman ve Durukan 2013, Ünlü ve ark. 2014).

Hastanın kendisine zarar verme düşüncelerinin olma durumu, özkıym girişiminde bulunmayı düşünüp düşünmediği, daha önce kendisine zarar vermeyi deneyip denemediği, bir planının olup olmadığı ve kendisine zarar verici aletlere ulaşma durumu değerlendirilmelidir (NSW Department of Health 2004). Sadece özkıym riskinin doğası, şiddeti ve keskinliği değil aynı zamanda hastanın hayatını sonlandırmak istemesinin gerekçeleri de belirlenmelidir. Özellikle ne zaman, nerede, nasıl ve hangi koşullarda hastanın özkıym girişiminde bulunacağı, yardım istemeye ve önerilen koruyucu stratejileri uygulamaya gönüllü olup olmadığı da değerlendirilmelidir (Power ve McGowan 2011). Özkıym riskinin değerlendirilmesi, intiharı düşünen, intihardan söz eden ya da özkıym girişimi ile gelen her olgunun ayrıntılı klinik muayenesi ile gerçekleştirilir. Kişinin bu konu ile ilgili düşünce ve duyguları ortaya çıkarılmalı, özkıym riski değerlendirilmesi rutin psikiyatrik muayenenin içinde yer almalı, herhangi bir risk faktörü saptandığında soruşturma daha ayrıntılı yapılmalıdır. Öncesinde özkıym girişiminde bulunmuş (son 3-6 ay içinde), özkıym niyetini açıkça dile getirmiş ya da muayene sırasında özkıym fikirleri, planlarından söz eden olgular öncelikli olarak değerlendirilmeye alınmalıdır.

Ölçekler

Özkıym riskini değerlendirmede kullanılabilecek bazı ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler şunlardır:

1. İntihar Olasılığı Ölçeği: Atlı (2007) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçek ile hastaların özkıyım açısından risk düzeyleri değerlendirilebilir.
2. P-Kuam İntihar Düşüncesi Ölçeği: Haran ve Berksun (1995) tarafından geliştirilmiş ölçek ile hastaların özkıyım düşüncelerinin varlığı değerlendirilebilir.
3. İntihar Davranış Ölçeği: Bayam ve arkadaşları (1995) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçek; özkıyım plan ve girişimi, özkıyım düşüncesi, özkıyım tehdidi ve intiharın tekrar edilebilirliği olmak üzere dört maddeden oluşmaktadır.
4. İntihar Bilişleri Ölçeği: Guzey-Yiğit ve Yiğit (2017) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ölçek; sevilmezlik, dayanamazlık ve çözülemezlik gibi intihara özgü bilişleri değerlendirmek için kullanılmaktadır.
5. Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri: Durak ve arkadaşları (1993) tarafından güvenilirliği ve geçerliği yapılmış ölçek; aileye karşı sorumluluk, çocukla ilgili kaygılar, özkıyım korkusu, sosyal açıdan onaylanmama korkusu ve ahlaki engeller boyutlarından oluşmaktadır.

Özkıyım riskini dolaylı yollardan değerlendirmede kullanılacak bazı ölçeklerden de söz edilmektedir. Bu ölçekler aşağıda verilmiştir:

1. Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Mantar ve ark. (2010) tarafından yapılmış ölçeğin depresyonlu hastalarda özkıyım riskini değerlendirmede kullanılabilceği belirlenmiştir (Can ve ark. 2015).
2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Karamustafaloğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında özkıyım riskini belirlemeye yardımcı bir araç olabileceği belirlenmiştir.
3. Beck Umutsuzluk Ölçeği: Kişinin geleceğe dair olumsuz tutumlarını ve olumsuz yaşam olaylarından kendini korumak için algılanan yetersizliğini ölçmektedir (Perlman ve ark. 2011).

Genel olarak özetlemek gerekirse özkıyım olgusuyla ilgili olarak ülkemizde güvenilir bir şekilde kullanılacak birçok ölçek bulunmaktadır. Ancak, hangi ölçeğin hangi popülasyonda ve ne zaman kullanılacağına, çalışma öncesi intiharı hangi boyutta ele alacağımıza dikkat etmemiz gerekir. Çünkü farklı ölçekler farklı boyutları ölçmektedir. Örneğin bazıları özkıyım davranışına odaklanırken, bazıları ise özkıyım düşüncesi veya niyetine odaklanır. Yaşamı Sürdürme Sebepleri Envanteri gibi bazı ölçekler ise, özkıyım riskini azaltan koruyucu faktörlere odaklanır. Buna ek olarak çalışılacak olan grup daha önceden özkıyım girişiminde bulunmuş olan bir grup ise, İntihar Niyeti Ölçeği ve İntihar Düşüncesi Ölçeği'ni tercih etmek daha doğru olabilir. Çünkü bu ölçeklerde önceki özkıyım girişimlerine yönelik sorular da bulunduğu için daha önce özkıyım girişiminde bulunmamış gruplarda özkıyım davranışını ölçmek için uygun değildir. Ayrıca okuma-yazması olmayan, düşük eğitim düzeyi olanlarda ve okuma-anlama güçlüğü yaşayan yaşlı hastalarda kısa, yanıtları 'evet'/ hayır olan ölçekleri kullanmak daha doğru bir yaklaşımdır. Ancak hangi ölçeği kullanırsak kullanalım bazı durumlarda özkıyım riskini değerlendirmek mümkün olmayabilir.

Özkıyım Riskini Yönetmede Güvenlik Planı Hazırlama

Özkıyım riski olan bir hastayla, sağlık çalışanları danışmanlığında hazırlanması gereken

güvenlik planı, hastanın kendini güvende hissetmesi, özkıyım girişiminden kendini koruması ve çok zor bir durumda kaldığında neler yapacağı konusunda yol göstermesi bakımından önemlidir. Güvenlik planı, kişiye odaklı hazırlanmalı, güvenilirliği artırılmalı ve sürekli gözden geçirilmelidir (Stanley ve Brown 2012). Tablo 1’de özkıyım riski olan hastalarda kullanılabilecek bir güvenlik planının örneği sunulmuştur. Güvenlik planı, hastanın hastanede yattığı süre içinde oluşturulmalı ve güvende kalmak için kullanılacağı stratejiler, erken uyarı işaretleri, baş etme stratejileri, destek alabileceği kişilerin ve kriz birimlerinin telefon numaraları gibi bilgileri içermelidir. Kriz zamanında ulaşabileceği aile bireyleri ya da arkadaşlar gibi destek alınabilecek kişilerin bilgileri de güvenlik planında yer almalıdır (Stanley ve Brown 2008, Perlman ve ark. 2011).

Tablo 2. Güvenlik planı

Adım 1: Uyarı işaretleri:
1.
2.
Adım 2: Baş etme stratejileri:
1.
2.
Adım 3: Oyalanacağı insanlar ve sosyal ortamlar
1. İsim: Telefon:
2. İsim: Telefon:
3. Yer: 4. Yer:
Adım 4: Yardım isteyebileceği insanlar
1. İsim: Telefon:
2. İsim: Telefon:
Adım 5: Kriz anında iletişim kuracağı sağlık çalışanları ve kurumlar
1. Klinisyenin ismi: Telefon:
2. Klinisyenin ismi: Telefon:
3. Acil bakım servisinin ismi:
Acil bakım servisinin adresi:
Acil bakım servisinin telefonu:
4. Özkıyım önleme biriminin ismi:
Özkıyım önleme biriminin adresi:
Özkıyım önleme biriminin telefonu:
Adım 6: Güvenli çevre oluşturmak
1.
2.

Kaynak: Stanley ve Brown 2008

Güvenlik planının ilk aşaması, uyarı işaretlerinin tanınmasından oluşmaktadır. Erken uyarı işaretleri kişiye özgü durumlardan, düşüncelerden, imgelerden, düşünme biçimlerinden, duygu durumlarından ve davranışlardan oluşmaktadır. Bu işaretlerin tanınması, kriz tamamen ortaya çıkmadan önce sorunun çözümüne katkıda bulunmaktadır. Depresif, umutsuz, irritable ruh hali bu işaretlere örnek olarak verilebilir. Ayrıca hastanın kendi başına zaman geçirme süresinin artması, etkileşimlerden kaçınması ya da normalden daha fazla içmeye başlaması gibi davranışlar da bu işaretlere örnek olarak verilebilir (Stanley ve Brown 2008, Stanley ve Brown 2012, Currier ve ark. 2015, Green ve ark. 2018).

Baş etme stratejilerinin genellikle kimseden yardım almadan, hastanın kendi kendini yapabileceği girişimlerden oluştuğu bildirilmektedir. Hastadan “başka birinin yardı-

mı olmadan ne yapabilirsin?” sorusunun yanıtı alınmaya çalışılır. Bunun nedeni hastanın öz-yeterliliğini artırmaya ve özkıyım isteğinin/dürtüsünün üstesinden gelebileceği duygusunu oluşturmaya çalışmaktır. Bu stratejiler arasında yürüyüşe çıkmak, müzik dinlemek, internete girmek, duş almak, egzersiz yapmak, hoşlandığı bir şeyle ilgilenmek, kitap okumak veya ev işi yapmak gibi girişimler sayılabilir (Stanley ve Brown 2008, Stanley ve Brown 2012, Currier ve ark. 2015, Green ve ark. 2018).

Sosyal bağlantıları belirlerken ilk seçeneğe ulaşamadığı zamanlarda hastanın ulaşabileceği diğer kişilerin ya da güvende olmasını sağlayacak, etrafında insanların olduğu sosyal ortamların hasta tarafından listelenmesi önemlidir. Diğer adımda hastaya yardım isteyebileceği aile bireylerinin veya arkadaşlarının isimleri sorulmalı ve bu kişiler öncelik sırasına konulmalıdır. Bu basamakta hastanın artık bir kriz yaşamaya başladığı kabul edilmektedir. Bu nedenle bu bireyler ile temasa geçmek konusunda şüpheleri varsa, potansiyel engellerinin ve bunların üstesinden gelmek için kullanabileceği sorun çözme yollarının belirlenmesi gereklidir. Yine kriz zamanında bakım alabileceği klinisyenlerin isimleri, numaraları ve yerleri ile acil bakım hizmetlerinin, özkıyım önleme birimlerinin ve yardım hatlarının isimleri, numaraları ve adresleri belirlenmelidir (Stanley ve Brown 2008). Bu bilgiler doğrultusunda hazırlanan bir güvenlik planı Tablo 2’de verilmiştir.

Sonuç

Özkıyım riski psikiyatrik sorunu olan hastalar arasında oldukça sık görülen ve acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Özellikle depresyon, bipolar duygudurum bozukluğu, şizofreni, alkol/madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları, yeme ve beslenme bozuklukları ile uyku bozukluklarında bu risk artmaktadır. Özkıyım riskinin arttığını gösteren hastalıklara özgü bazı işaretler bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının önce bu erken uyarı işaretlerini tanımlamaları gereklidir. Ayrıca özkıyım riskini değerlendirmede kullanılacak bazı ölçekler bulunmaktadır. Bu ölçekler; İntihar Olasılığı Ölçeği, P-Kuam İntihar Düşüncesi Ölçeği, İntihar Davranış Ölçeği, İntihar Bilişleri Ölçeği, Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri, Anksiyete Duyarlılık İndeksi-3, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği’dir. Özkıyım riskini değerlendirdikten sonra yapılması gereken şey hastayla birlikte bir güvenlik planı oluşturmaktır. Güvenlik planı hastayı özkıyım girişiminden koruyan ve kriz yaşadığında neler yapacağı konusunda yol gösteren önemli bir girişimdir. Güvenlik planı güvende kalmak için hastanın kullanacağı stratejiler, erken uyarı işaretleri, baş etme stratejileri, destek alabileceği kişiler ve kriz birimlerinin telefon numaraları gibi bilgileri içermektedir. Bu bilgiler ışığında hazırlanan güvenlik planının özellikle psikiyatri hemşireleri tarafından klinikte kullanılması önerilmektedir. Hastanın kendini güvende hissetmesini sağlayacak, kriz anında ve çaresizlik yaşadığında başvuracağı birileri olduğunu hatırlatacak ve bu durumu yönetebileceği duygusunu oluşturacak bu girişimi hastanın bakım planında ele almak, hastanın mümkün olduğunca özkıyım girişiminde bulunmasını engelleyecek veya erteleyecektir. Bu makalenin konuyla ilişkili yapılacak çalışmalarda, ruh sağlığı çalışanlarına bir rehber oluşturacağı düşünülmektedir. Ayrıca benzer bir derleme çalışmasının ergenler için de yapılması önerilmiştir.

Kaynaklar

Abdollahian E, Gharavi MM, Soltanifar A, Mokhber N (2009) Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and psychotic depression with risk of suicide. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 3:27-32.

- Abreu LN, Oguendo MA, Galfavy H, Burke A, Grunebaum MF, Sher L et al. (2018) Are comorbid anxiety disorders a risk factor for suicide attempts in patients with mood disorders? A two-year prospective study. *Eur Psychiatry*, 47:19-24.
- Acosta FJ, Siris SG, Diaz E, Salinas M, del Rosario P, Hernandez JL (2012) Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to the quality of psychotic symptoms and insight- a case report. *Psychiatr Danub*, 24:97-99.
- Ak M, Gülsün M, Özmenler KN (2009) Özkıym ve kişilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:45-54.
- Alves V de M, Francisco LCF de L, Belo FMP, de Melo Neto VL, Barros VG, Nardi AE (2016) Evaluation of the quality of life and risk of suicide. *Clinics (Sao Paulo)*, 71:135-139.
- Ansell EB, Wright AGC, Markowitz JC, Sanislow CA, Hopwood CJ, Zanarini MC et al. (2015) Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Pers Disord*, 6:161-167.
- Aslan M, Hocoğlu Ç (2014) Yaşlılarda intihar davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6:294-309.
- Atlı Z (2007) İntihar olasılığı ölçeği (İÖÖ)'nin klinik örneklerdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Yüksek lisans tezi). Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi.
- Batinic B, Opacic G, Ignjatov T, Baldwin DS (2017) Comorbidity and suicidality in patients diagnosed with panic disorder/agoraphobia and major depression. *Psychiatr Danub*, 29: 186-194.
- Bayam G, Dilbaz N, Bitlis V, Holat H, Tüzer T (1995) İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 3:223-225.
- Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR, Nock MK (2016) Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 43:30-46.
- Bernert RA, Turvey CL, Conwell Y, Joiner TE (2014) Association of poor subjective sleep quality with risk for death by suicide during a 10-year period: a longitudinal, population-based study of late life. *JAMA Psychiatry*, 71:1129-37.
- Bernert RA, Joiner TE (2007) Sleep disturbances and suicide risk: a review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 3:735-743.
- Beyer JL, Weisler RH (2016) Suicide behaviors in bipolar disorder: a review and update for the clinician. *Psychiatr Clin North Am*, 39:111-123.
- Bomyea J, Lang AJ, Craske MG, Chavira S, Sherbourne CD, Rose RD et al. (2013) Suicidal ideation and risk factors in primary care patients with anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 209:60-65.
- Bozkurt-Zincir S, Zincir S, Köşker SD, Sünbül EA, Aksoy AE, Elbay RY et al. (2014) Yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarında intihar girişiminin klinik özellikler ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 4:53-58.
- Branco JC, Motta J, Wiener C, Oses JP, Pedrotti-Moreira F, Spessato B et al. (2017) Association between obesity and suicide in woman, but not in man: a population-based study of young adults. *Psychol Health Med*, 22:275-81.
- Can SS, Uğurlu GK, Atağün Mİ, Kaymak SU, Uğurlu M, Yenilmez D et al. (2015) Effects of anxiety sensitivity index-3 on suicide risk assessment. *Ankara Medical Journal*, 15:134-139.
- Currier GW, Brown GK, Brenner LA, Chesin M, Knox KL, Ghahramanlou-Holloway M et al. (2015) Rationale and study protocol for a two-part intervention: safety planning and structured follow-up among veterans at risk for suicide and discharged from the emergency department. *Contemp Clin Trials*, 43:179-84.
- Doyle M, While D, Mok PLH, Windfuhr K, Ashcroft DM, Kontopantelis E et al. (2016) Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study. *BMC Family Pract*, 17:106.
- Durak A, Yasak-Gültekin Y, Şahin NH (1993) İnsanları yaşama bağlayan nedenler nelerdir? Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteri'nin (YSNE) güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8:7-19.
- Eroğlu MZ, Karakuş G, Tamam L (2013) Bipolar disorder and suicide. *Dusunen Adam*, 26:139-147.
- Evren EC, Üstünsoy S, Can S, Baçoğlu C, Çakmak D (2003) Alkol /madde bağımlılarında özkıym girişi öyküsünün klinik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6:86-94.
- Evren C, Evren B, Ögel K, Çakmak D (2001) Madde kullanımı nedeni ile yatarak tedavi görenlerde intihar girişimi öyküsü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4:232-240.
- Fernandez de la Cruz L, Rydell M, Runeson B, D'Onofrio BM, Brander G, Rück C et al. (2017) Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36788 Swedish patients. *Mol Psychiatry*, 22:1626-1632.
- Fuller-Thomson E, Hollister B (2016) Schizophrenia and suicide attempts: findings from a representative community-based Canadian sample. *Schizophr Res Treatment*, 2016: 3165243.
- Green JD, Kearns JC, Rosen RC, Keane TM, Marx BP (2018) Evaluating the effectiveness of safety plans for military veterans: do safety plans tailored to veteran characteristics decrease suicide risk? *Behav Ther*, 49:931-938.
- Gonda X, Pompili M, Serafini G, Montebovi F, Campi S, Dome P et al. (2012) Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord*, 143:16-26.
- Guzey-Yiğit M, Yiğit İ (2017) İntihar bilişleri ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 5:363-383.

- Haran S, Berkun OE (1995) P-Kuam intihar düşüncesi ölçeği: ölçek geliştirme üzerine bir pilot çalışma. *Kriz Dergisi*, 3:206-207.
- Hor K, Taylor M (2010) Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*, 24:81-90.
- İzci F, Zincir S, Zincir SB, Bilici R, Gica S, Koç MSI et al. (2015) Suicide attempt, suicidal ideation, and hopelessness levels in major depressive patients with and without alexithymia. *Dusunen Adam*, 28:27-33.
- Karakuş G, Tamam L (2018) Obsesif kompulsif bozuklukta uyku ve özkıyım ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 19:37-44.
- Karaman D, Durukan İ (2013) Çocuk ve ergenlerde özkıyım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5:30-47.
- Karamustafaloğlu O, Özcelik B, Bakım B, Ceylan YC, Yavuz BG, Güven T et al. (2010) İntiharı öngörebilecek bir araç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği. *Dusunen Adam*, 23:151-157.
- Kim DK, Song HJ, Lee EK, Kwon JW (2016) Effect of sex and age on the association between suicidal behaviour and obesity in Korean adults: a cross-sectional nationwide study. *BMJ Open*, 6:e010183.
- Koç M (2016) Depresif (çökkünlük) bozukluklar. In *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği* (Ed N Gürhan):475-538. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Koutek J, Kocourkova J, Dudova I (2016) Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12:787-793.
- Kutcher S, Chehil S (2007) *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Oxford, Wiley.
- Latalova K, Kamaradova D, Prasko J (2014) Suicide in bipolar disorder: a review. *Psychiatr Danub*, 26:108-114.
- Links PS, Gould B, Ratnayake R (2003) Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry*, 48:301-310.
- Littlewood D, Kyle SD, Pratt D, Peters S, Gooding P (2017) Examining the role of psychological factors in the relationship between sleep problems and suicide. *Clin Psychol Rev*, 54:1-16.
- Mantar A, Yemez B, Alkin T (2010) Anksiyete duyarlılık indeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 21:225-234.
- Mazalauksiene R, Navickas A (2012) Suicidal attempts during the first episode psychosis. *Sveikatos Mokslai*, 22:81-84.
- Nam YY, Kim CH, Roh D (2016) Comorbid panic disorder as an independent risk factor for suicide attempts in depressed outpatients. *Compr Psychiatry*, 67:13-18.
- Nery-Fernandes F, Miranda-Scippa A (2013) Suicidal behavior in bipolar affective disorder and socio-demographic, clinical and neuroanatomical characteristics associated. *Rev Psiq Clin*, 40:220-224.
- Norra C, Richter N, Juckel G (2011) Sleep disturbances and suicidality: a common association to look for in clinical practise and preventive care. *EPMA Journal*, 2:295-307.
- Novick DM, Swartz HA, Frank E (2010) Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disord*, 12:1-9.
- NSW Department of Health (2004) *Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff*. North Sydney, NSWDepartment of Health.
- Öncü B, Sakarya D (2013) Yeme bozukluklarında özkıyım davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5:48-59.
- Perlman C, Neufeld E, Martin L, Goy M, Hirdes J (2011) *Suicide Risk Assessment Guide: A Resource for Canadian Health Care Organizations*. Toronto, ON, Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute.
- Pigeon WR, Pinquart M, Conner K (2012) Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*, 73:e1160-e1167.
- Pompili M, Innamorati M, Michele R, Falcone I, Ducci G, Angeletti G et al. (2008) Suicide risk in depression and bipolar disorder: do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent? *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4:247-255.
- Pompili M, Tondo L, Grispiñi A, De Pisa E, Lester D, Angeletti G et al. (2006) Suicide attempts in bipolar disorder patients. *ClinNeuropsychiatry*, 3:327-331.
- Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R (2005) Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry*, 59:319-324.
- Power P, McGowan S (2011) *Suicide Risk Management in Early Intervention*. Dublin, National Mental Health.
- Pu S, Setoyama S, Noda T (2017) Association between cognitive deficits and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Scientific Reports*, 7:11637.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA (1999) Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*, 156:1590-1595.
- Rodríguez-Cintas L, Daire C, Braghais MD, Palma-Alvarez RF, Grau-Lopez L, Ross-Cucurull E et al. (2018) Factors associated with life time suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res*, 262:440-445.
- Sokero TP, Melartin TK, Rytasala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET (2003) Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 64:1094-1100.

- Stanley B, Brown GK (2012) Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract*, 19:256-264.
- Stanley B, Brown GK (2008) Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version. Washington, DC, United States Department of Veterans Affairs.
- Stringer B, van Meijel B, Eikelenboom M, Koekkoek B, Licht CMM, Kerkhof AJFM et al. (2013) Recurrent suicide attempts in patients with depressive and anxiety disorders: the role of borderline personality traits. *J Affect Disord*, 151:23-30.
- Suokas JT, Perala J, Suominen K, Saarni S, Lönnqvist J, Suvisaari JM (2010) Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophr Res*, 124:22-28.
- Takahashi Y (2001) Depression and suicide. *Japan Med Assoc J*, 124:359-363.
- Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE (2014) İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7:176-183.
- Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L et al. (2016) Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front Psychiatry*, 7:116.
- Wagner B, Klinitzke G, Brahler E, Kersting A (2013) Extreme obesity is associated with suicidal behavior and suicide attempts in adults: results of a population-based representative sample. *Depress Anxiety*, 30:975-981.
- Wierzbinski P, Zdanowicz A, Klekowska J, Broniarczyk-Czarniak M, Zboralski K (2014) The epidemiology of the suicide in bipolar disorder in the manic episode: preliminary reports. *Pol Merkur Lekarski*, 36:254-256.
- Yalvaç HD, Kaya B, Ünal S (2014) İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 15:24-30.
- Zhu Y, Zhang H, Shi S, Gao J, Li Y, Tao M et al. (2013) Suicidal risk factors of recurrent major depression in Han Chinese women. *Plos One*, 8:80030.

Yazarların Katkıları: Tüm yazarlar, her bir yazarın çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmişlerdir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Authors Contributions: All authors attest that each author has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.
