

## “HERKESE SAĞLIK” HEDEFLERİNDEN “İNTİHARLAR”A GENEL BİR BAKIŞ

Bil. Uzm. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN  
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

### ÖZET

İntihar kişinin yaşamına istemli olarak son vermesidir. İntiharlar ülkemizde ve dünyadaki pek çok ülkede önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü’ne bağlı üye ülkeler yaşamı uzatma amacına yönelik olarak intiharları önleme hedefini belirlemişlerdir. İntiharları önlemek için bireysel, sosyal, ruhsal ve ekonomik risk faktörlerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İntihar, Risk, Önleme

### SUMMARY

*A General View of “Suicides” as Part of “Health for All Targets:*

Suicide is the ending up of person’s life voluntarily. Suicides are important public health problem in our country and many other countries. The member of countries of the World Health Organization have determined the aim of prevention of suicides in order to the prolong of life duration. To prevent the suicides, it is necessary to evaluate individual, social, emotional and economic risks.

**Key Words:** Suicide, Risk, Prevention

## GİRİŞ

Mayıs 1977'de toplanan 30. Sağlık Kurultayında hükümetler ve Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö) "2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği sağlık düzeyine erişmesini sağlamak amaçlanmalıdır" kararını almıştır. 1980'de Fez'de D.S.Ö. ve Avrupa Bölgesi Üye Ülkelerinin temsilcileri, Bölge Komitesinin 30. Dönem toplantısında herkese sağlık hedefine ulaşılabilmesi için Avrupa Bölgesel Stratejisini kabul etmişler ve 1984'te de bölgesel stratejiye destek olmak üzere 2000 yılında ulaşılacak belirli bölgesel 38 hedefi belirlemiştir. Yaşamın uzatılmasını amaçlayan bu hedeflerden birisi 12. hedef olan intiharlardır. Hedef "2000 yılına kadar intihar olaylarında ve intihar girişimlerinde bugün bölgede görülen artış eğilimi tersine çevrilmelidir" şeklinde açıklanmaktadır (21). Yukarıda belirtilen 38 hedef, 14-18 Eylül 1998 tarihinde Kopenhag'da düzenlenen D.S.Ö. 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda "Sağlık 21" başlığı altında, "21. Yüzyılda 21 Hedef" sloganıyla tekrar düzenlenmiştir. 21 hedefin 6. "Ruh Sağlığının Geliştirilmesi"dir. Bu hedefte, ruh sağlığının geliştirilmesi ve ruh sağlığı sorunlarının prevalansının azaltılmasının önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca halen yüksek intihar hızlarına sahip olan ülkelerde ve nüfus gruplarında belirgin azalmalar sağlanarak intihar hızlarının en az üçte bir azaltılması hedeflenmektedir (22). Bu makalede intiharlarla ilgili risk durumları, ülkemizdeki ve dünyadaki veriler, bu hedefe yönelik var olan durum ve alınan kararlardan bu yana bir durum değerlendirilmesi sunulmuştur.

### İntihar Kavramı, Dünyada ve Ülkemizde İntihar Sıklığı ve İntiharda Risk Faktörleri

İntihar kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olup, kişinin öz benliğine yönelmiş bir saldırganlık halidir. İntihar bir düşünce, bir eğilim ya da girişim olarak karşımıza çıkar. İntihar stres yaratan yaşam koşullarına karşı tepki veren normal kişilerden ağır ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara kadar geniş bir popülasyonda görülebilmektedir. İntihar girişiminde kişi, gerçekten ölmek arzusunda olabileceği gibi, bu davranışının da acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek çabasını gütmüş olabilir (7,13,14).

Ülkemizde intihar sıklığı 1991 yılı verilerine göre 100 000'de 2 olup 1994'te bu oran 100 000'de 2.5'e çıkmıştır (12). Toplam intiharların %40'ını kadınlar, %60'ını erkekler oluşturmaktadır. Ülkemizde intihar girişimlerinin sıklığı



ğını gösteren veri olmayıp Sayıl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Ankara için intihar girişim sıklığı 100 000'de 107 bulunmuştur. Bu değer, kentte her gün 5 kişinin intihar girişiminde bulunduğunu göstermektedir (13). Devlet İstatistik Enstitüsü'nün (D.İ.E) 1992 verilerine göre intihar sıklığı İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük şehirlerde daha yüksek oranlarda görülmektedir. Ayrıca batıda intihar oranı yükselmekte, doğuda intihar oranı düşmekte olup yaşanan toplumsal değişimler de intihar oranını yükseltme eğilimindedir. Örneğin 1993 Nisan, Mayıs ve Aralık aylarında Türkiye ekonomisindeki dalgalanmalarda intihar olaylarının arttığı görülmektedir (12,13,20). Aynı şekilde ülkemizde devam eden 2001 ekonomik krizi ile intiharların artacağı tahmin edilmektedir.

Dünyada intihar yaygınlığı 100.000'de 2-45 arasında değişmekle birlikte dünyadaki intihar girişimlerinin oranı 100.000'de 250-300 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Ölümle sonuçlanan her bir intihar olgusuna karşılık en az 30 intihar girişimi ile karşılaşmaktadır. Amerika'da yıllık intihar sıklığı 100.000'de 11.8 (1991), yetişkinlerde ölüm nedenleri arasında intihar 8., 9. sırada, gençler arasında ise 2., 3. sırada yer almaktadır. Dünyada intihar girişimlerinin sıklığının ise intihar sıklığının 10 katı kadar olduğu tahmin edilmektedir (13,14).

Dünya ülkelerine göre ülkemizdeki intihar sıklığı ve intihar girişimlerinin oranının düşük olduğu söylenebilir. Bunun nedenlerini; ülkemizin geleneksel aile yapısı içinde sosyal dayanışmanın- güçlü destek sistemlerinin olmasına, ekonomik, duygusal, geleneksel destek sistemlerinin güçlü bağlarla bireyleri birbirine bağlamasına ve insanımızın "Yalnızlık Allah'a Mahsustur" yaşam felsefesini benimsemiş olmasına bağlayabiliriz. Ayrıca Müslümanlığın intiharı dışlayan bir tutum ve inanç sergilemesi ve "Tanrının verdiği canı yine Tanrı gerektiği zaman alacaktır" inancı hakimdir (12).

İntihar dünyanın pek çok ülkesinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. İntihar düşünce ve girişimlerinin önlenmesi için riskli grupların ve risk faktörü oluşturan davranış örüntülerinin belirlenmesi önemlidir. D.İ.E'nün verilerine göre 1987 ve 1994 yılları arasındaki intihar sıklığı incelendiğinde özellikle 15-24 ve 25-34 yaş gruplarında da intihar sıklığı artmaktadır (20). D.S.Ö.'ne göre 15-24 yaş intiharları adölesan intiharları olarak açıklanmaktadır (4). D.S.Ö'ne bağlı 70 ülkede yapılan bir araştırmada adölesan intihar hızları 1972-1984 yıllarında 100.000'de 0-70 olarak saptanmıştır. 21 Avrupa ülkesini kapsayan başka bir çalışmada ise adölesan İntiharları, 100.000'de 21,2 olarak saptanmıştır (3,4,18).



Yetişkinlerden farklı olarak adölesan intiharlarının dürtüsel ve yineleyici olması ve 10-20 yaşlarında intihar girişiminde bulunanların %13'ünün 2 yıl içinde bunu gerçekleştirmesi, intiharların önlenmesinde girişimlerin önemsenmesi gerektiğini göstermektedir. Adölesan intiharlarının önlenmesinde; adölesan depresyonlarının erken tanı ve tedavisi, intihar için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, anne babalara eğitimle aile desteğinin sağlanması önerilmektedir (4,8). Anne babalara yönelik eğitimde, ergenle iletişim - ilişkiler konusunda sevgi dolu bir paylaşım, ona değerli olduğunu hissettirme, gencin sorunları büyümeden ve önemseyerek ele alınması konularında ailelerin yaklaşımlarının hedeflenmesi yer alabilir. Ayrıca okullarda öğrencilere ve eğitimcilere intiharı önleme ve yardım alabilecekleri kişiler ve merkezleri tanıtan programlar düzenlenebilir (4).

Adölesan intihar hızının yüksek bulunduğu ülkelerde bu konuda özel eğitim programları yapılmakta, ilkokul döneminden başlanarak sorun çözme becerilerini arttırma, adölesan çağda ise kendilik kavramını ve benlik saygısını geliştirme üzerinde durulmaktadır (15,17). Ülkemizde ise adölesan intiharları ve risk faktörlerini değerlendirmeye yönelik bir çok çalışma olmasına rağmen bu çalışmalar üniversitelerin raflarında, kullanılmamaktadır. Tıp fakülteleri ve diğer hastanelerin-acil servis istatistikleri ile D.İ.E.'nün intihar verilerinin birleştirilmesi, İl Milli Eğitim Müdürlükleri ve Rehberlik Merkezleri ile Tıp Fakültelelerinde kurulmaya başlanmış olan "İntihar Önleme Merkezleri" konusunda işbirliğinin yapılması önerilir (15).

İntiharlarda risk özelliği taşıyan bir değişken cinsiyettir. D.İ.E.'nün verilerine göre intihar girişiminde bulunan 1907 kişinin %65.33'ü kadın, %33.88'i erkektir (20). Çalışmalar intiharlarda sıklık olarak erkek kadın oranının 3/1, intihar girişimlerinde erkek, kadın oranı 1/5 olduğunu göstermiştir (14). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Acil Servisine olan 200 başvurunun %72'si intihar girişimi olup bu grubun %55'i kadınlar, %17'si erkeklerden oluşmaktadır (5). Amerika'da intiharların %70'den fazlası erkekler olup, özellikle 65 ve üzeri yaşlarda erkekler riskli grubu oluşturmaktadır (7). Dünyada tamamlanmış intiharlar erkeklerde kadınlardan 2-3 kat fazla iken intihar girişimlerinde bu oran tersine dönmektedir (13).

D.İ.E.'nün verilerine göre Türkiye'de 1991-1994 yılları arasında olan intiharlarda seçilen yöntemler incelendiğinde; %52 oranla kendini asma, %15'le kimyevi madde kullanma ve %14'le ateşli silah kullanma yer almaktadır. Erkeklerde ateşli silah kullanma %75, kadınlarda kimyevi madde kullanma %56'dır (20). 1990 yılı için geriye dönük yapılan çalışmada Ankara'da 9 hastanenin acil



servisine getirilen 12-70 yaş arasındaki 1901 vaka saptanmış, bu vakaların %88.21'i ilaç ve toksik madde, %8'i de kesi kullanarak intihar girişiminde bulunmuştur. Ankara Numune Hastanesi Acil Servisine intihar girişimi ile başvuran 112 hastanın %91'i ilaç kullanarak intihar girişiminde bulunmuştur (12). İngiltere'de intihar girişimi ile hastaneye getirilen 10 olgudan 9'u kimyevi madde ile kendini zehirleme yöntemiyle intihar etmiştir (6).

Verilere göre intihar nedeni olarak, erkeklerde büyük oranda ticari başarısızlık (%99) ve geçim zorluğu (%84), kadınlarda ise %51 oranında aile geçimsizliği ve hissi ilişkiler belirtilmiştir (20). Ankara Üniversitesi İbni Sina Acil servisi kriz odasına 1994 yılında başvuranlar arasından 300 kişilik bir grup değerlendirildiğinde 1992 verilerine göre başvurular 2 kat olup bu artış erkeklerde (%14.2) kadınlara (%2.4) göre daha fazladır. 1992 yılında olan bu artış ülke ekonomisinin geçirdiği krizler ile açıklanabilir. Özellikle dövizdeki dalgalanmalar ve buna bağlı olarak dövizle borçlanan kişilerin zor günler geçirmesine neden olmuştur ve yaşamı ve sağlığı tehdit eden davranışlara yönelerek çözüm arayışlarına gidilmiştir. Yine aynı çalışmada kadınların %84'ü kriz merkezine başvurma nedenini aile içinde yaşanan problemler (aile sorunları, evlilik sorunları, eşi ile ilişki kurmada güçlükler, iletişim sorunları, eşin evlilik dışı ilişkisi, ayrılma, boşanma istekleri) olduğunu belirtmişlerdir (1).

Yine D.İ.E'nün verilerine göre aynı yıllarda intihar edenlerin intihar nedenleri incelendiğinde en önemli intihar nedeninin hastalık olduğu görülmektedir (20). Ölümle sonuçlanan intihar vakalarında hastaların %50'si ölüm öncesindeki her ay içinde, hastaların %80'i ise ölüm öncesindeki 6 ay içinde çeşitli yakınmalarla bir hekime başvurmuşlardır (13). Finlandiya'da intihar etmiş 1397 kişide yapılan bir araştırmada, 571 kişinin intihardan önceki son dört hafta içerisinde bir hekimle görüştüğü ve bunların da %50'sinin fiziksel problemleri nedeniyle hekime başvurdukları belirlenmiştir. İntihar eden kişilerde majör fiziksel hastalıkların oranı %19 bulunmuştur (6). Bu veriler fiziksel hastalıklarla hekime başvuran hastalarda intihar riskinin değerlendirilmesinin önemini göstermektedir (13,9). İntihar eden kişilerde rastlanan majör fiziksel hastalıklar; kanser, multiple skleroz ve AIDS'dir. Fiziksel hastalık sonucu alışılmış davranış ve başetme yöntemlerinin yetersiz kalması neticesinde kriz ortaya çıkar. Fiziksel hastalık hakkında bilgilendirme, hasta hekim ve hasta hemşire ilişkisinin değerlendirilmesi ve bu alanda problemlerin giderilmesi krize müdahalenin temel işlevlerindedir. Genel klinik tıpta en önemli sorunlar; psikiyatrik sorunların tanınmaması, hastanelerde tedavi gören on milyonlarca insana ruhsal tedavi ve bakı-



mın verilmemesi bunun yanı sıra holistik yaklaşılmasıdır. Bunun nedeni de bu hizmetleri verecek eğitilmiş elemanların olmamasıdır. Bu boşluğu doldurması düşünülen bir birim olarak Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) biyopsikososyal anlayışla; fiziksel bakımı, tedaviyi, ruhsal tedavi ve psikososyal bakımı bütünlüğe dönüktür. Amerika'da 1920'lerde başlayan KLP uygulamaları ülkemizde de 1989 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı bünyesinde ve sonraki yıllarda da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalına bağlı bir birim olarak kurulmuştur. Amerika'da KLP gelişmesine paralel olarak yaklaşık 50 yıl sonra Psikiyatrik Konsültasyon Liyezon Hemşireliği (PKLH), psikiyatrik ruh sağlığı hemşireliğinin bir alt dalı olarak ortaya çıkmıştır. PKL Hemşiresi; sağlık bakım sistemine gerçek ya da potansiyel fiziksel işlev bozukluğu ile başvuran hastaların ve ailelerinin duygusal, ruhsal, gelişimsel ve bilişsel tepkilerini tanımlar, tedavisine katkıda bulunur (1,9,13). Ülkemizde de yukarıda belirtilen KLP uygulamalarının yürütüldüğü merkezlerde KLP hemşireliği uygulamaları yer almaktadır.

İntihar riskini artıran psikiyatrik hastalıklar incelendiğinde bunların başında depresyon gelir. Çalışmalar depresyonun genel popülasyondaki intihar riskini 30 kat arttırdığını göstermektedir (2,7). Şizofreni tanılı hastalar da intihar riski yüksek olup Amerika'da şizofreni tanılı hastaların %10-15'inin intihar girişimi ile öldüğü saptanmıştır. Alkol ve bağımlılık yapan maddelerin aşırı alınması ya da yoksunluk durumları, ilaç kötüye kullanımı da özellikle ergen grubunda önemli bir intihar risk faktörüdür. İntihar riskini artıran diğer psikiyatrik hastalıklar kişilik bozukluğu, deliryum ve demans durumlarıdır (7,19).

İntihar için diğer risk faktörleri özetle: Boşanmış ve bekar olma; ilkbahar - yaz ayları ve günün ikinci yarısı, özellikle 20-24 saatleri arası, psikiyatrik bozukluklar (duygulanım bozuklukları, alkolizm, şizofreni, panik bozukluğu, kişilik bozuklukları ve diğer bozukluklar), işsizlik, erkek olma, 15-34 yaş grubunda olma, son altı ayda bedensel sağlığın bozulmuş olması, ilaç kötüye kullanımı ve intihar girişim öyküsünün olması (13,19).

### **İntiharları Önlemeye Yönelik Öneriler ve Uygulamalar**

2000 yılına kadar herkes için sağlık hedeflerinde intiharların azaltılması ve intihar oranlarının tersine çevrilmesi için önerilen çözümleri incelediğimizde:

- Toplumsal faktörlere müdahale: İşsizliği, sosyal yalnızlığı ve okul başarısızlığını azaltmak,

- Kişinin yaşamın gerçeklerine uyum yeteneğinin güçlendirilmesi,
- Sağlık personelinin intihar potansiyelini değerlendirme, yaklaşım ve tedaviye ilişkin bilgi ve becerilerini arttırması,
- Halkın ve okullardaki eğitimciler aracılığıyla gençlerin, intihara yönelik davranış biçimlerinin nedenleri ve intiharın ve intihara yol açan sorunlarla olumlu başa çıkma yolları konularında eğitimidir (21).

Türkiye'nin ve dünyanın intihar olgusu açısından mevcut durumuna yönelik hükümetler ve D.S.Ö.'nün önerdiği çözümler ışığında ülkemizde ve dünyada intihar girişimlerinin ve sıklığının önlenmesi için yapılanlar ve yapılabilecekleri incelersek;

Birincil önlemede (koruma) amaç, risk gruplarının belirlenmesi ve intihar girişimi olmayan bireyleri korumadır (21).

Birincil önlemede gerek toplumda gerekse hastaneye yatan ve bir hastalık tanısı alan kişilerin intihar potansiyeli açısından değerlendirilmesi önemlidir. Ayrıca risk grupları için yardım servislerinin kurulması birincil önleme uygulamalarındandır. İngiltere'de "Samaritan"lar ve Amerika Birleşik Devletlerinde intihar önleme merkezleri 24 saat telefonla hizmet vererek intihar girişimlerini ve intiharları azaltmayı sağlıyorlar. Son yıllarda kriz merkezlerinin olduğu bölgelerde yapılan çalışmalarda genç kadınlar, kriz ve intiharı önleme merkezlerini en çok kullanan grup ve bu bulgular kriz merkezlerinin önleyici etkinliği olduğu düşüncesini desteklemektedir (6).

Ülkemizde de Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi 1989 yılında Ankara Üniversitesi bünyesinde kurulmuştur. Krize müdahale merkezi hem koruma hem de iyileştirme amaçlarına hizmet etmektedir. Merkezde danışman olarak görev yapan bir psikiyatrist, bir pratisyen hekim, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı ve iki yüksek okul mezunu hemşireden oluşan bir ekip hizmet vermektedir. 1994 haziran ayından itibaren İbn-i Sina Hastanesi acil servisinde de kriz odası açılmıştır. Merkez mesai saatleri içinde bireysel ve telefonla başvurulara açık olup telefonla müdahaleye ayrılmış olan iki hat bulunmaktadır (5,11,12). Ayrıca İstanbul ve Diyarbakır'da da "Alo imdat" telefonla başvuru merkezleri kurulmuştur.

İntihar riskini arttıran psikiyatrik hastalıklardan depresyon, alkol ve madde bağımlılığı, şizofreni, demans, kişilik bozukluğu tanısı olan hastalarla çalışan hekim ve hemşirelerin intihar riskini sürekli değerlendirmesi birincil önleme uygulamalarındandır.



Ülkemizde erkeklerde intihar yöntemi olarak %75 ateşli silahla intihar olduğundan ateşli silahların kontrolü ve ruhsatı önem kazanmaktadır. A.B.D.'de ateşli silahların kontrolü üzerinde durulmaktadır. 1953'den 1978'e kadar ateşli silahlarla intihar 100.000'de 4.9'dan 70.1'e çıkmıştır (6).

Kadınlarda %56 oranında kimyevi madde kullanılması, ilaçların, toksik maddelerin kontrolünü ve reçetesiz ilaç kullanımının yasaklanmasını önemli kılmaktadır (20). Amerika'da intihar amacı ile aşırı dozda ilaç alan hastaların %60'ı genelde kendilerine verilen psikotrop ilaçları almaktadırlar. Psikotrop, barbitürat ve trankilizan ilaçların yazılması ile bu ilaçların kendini zehirlemede kullanılması bu grup ilaçları yazmada sınırlamalar getirilmesini reçetesiz ilaçların satışının sınırlı sayıda olmasını gerektirmektedir (6).

İntihar girişimlerinin ve sıklığının önlenmesine yönelik birincil korumada diğer önemli nokta yaşam krizlerine ilişkin tutumların değiştirilmesidir. İntihar oranlarının 15 yaştan sonra artmaya başladığı göz önüne alınırsa, okullarda öğrencilerle ve ergenlerle sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik programlar sayesinde intihar oranları düşürülebilir (8). Amerika Birleşik Devletleri'nde ergen intiharlarını önlemek amacıyla, öğretmenleri eğitmeye yönelik programlar geliştirilerek uygulanmaktadır (4).

Erkeklerde intihar nedeni olarak en fazla geçim sıkıntısı, işsizlik ve ticari başarısızlıkların gösterilmesi dikkate alınarak, intiharların önlenmesinde ekonomik istikrarsızlığı giderme önlemleri üzerinde durulmalıdır.

Basın yayın organlarına verilen intihar haberlerinin içeriği ve niteliği de intihar girişimleri ve sıklığını arttıran nedenler arasında olduğundan bu haberlere ilişkin sınırlamalar getirilmesini gerektirmektedir. 1994'de yapılan bir çalışmada 1993'ün Nisan, Mayıs, ve Aralık aylarında basında intihar konusundaki haber sıklığının D.İ.E.'nin intihar bulguları ile bir paralellik göstermektedir (20).

Ekonomik dalgalanmanın yaşandığı bu aylarda intihar haberlerinin başlıkları gözden geçirildiğinde de, "Borsada kaybetti, hayatına son verdi.", "Borçlarını ödeyemeyince intihar etti." başlıklarının büyük puntolarla gazetelerde yer aldığı saptanmıştır. Yine aynı aylarda yazılı ve görsel basında işsizliği protesto etmek için ve ailesini geçindiremediği için yüksek yerlerden atlama tehdidinde bulunan kişilerin fotoğrafları yer almıştır. Yapılan bir başka çalışmada, intihar haberlerinin verilmesine ilişkin okuyucu tutumları araştırılmış, okuyucular gazetelerde yayınlanan intihar haberlerini yanlış bilgilere yol açmayan, kısa bilgiler halinde iç sayfalarda ve fotoğrafsız yer almalıdır şeklinde ifade etmişlerdir.



1930'lu ve 1940'lı yıllarda Avrupa ve Amerika'da taklit ve model almayı önlemek amacı ile yazılı basında intihara ilişkin haberlerin yasaklanması önerilmiştir. Ülkemizde de 1931 tarihli matbuat kanununda intihar haberlerinin basında yer alması yasaklanmış, basılabilmesi için izin alınması koşulu aranmış, izin alınması halinde bile fotoğrafsız olması hükmü getirilmiştir. Bu madde 1950 yılında öngörülen ceza açısından değişikliğe uğramıştır ve halen yürürlüktedir. Günümüzde ise basın yayın organlarında saldırganlık, şiddet, cinayet ve intiharları flaş haber yapan yaklaşımlar sergilenmektedir. Bu tür haberlerin artması sonucu basın mensuplarının bazıları, kendi iç denetimlerini sağlamak amacıyla bir uzlaşma yoluna gitmiş ve bir bildirge yayınlamışlardır (16). Bu uzlaşma koşullarına henüz özen gösterildiği söylenemeyeceği gibi; Radyo Televizyon Üst Kurulu (RTÜK) da bu konuda yeterince hassas davranmamaktadır (10,16). Ülkemizde son zamanlarda bu konuda olan önemli gelişme, intihar haberlerinin gazetelerin iç sayfalarında ve resimsiz olması ve intihar girişimlerinin haber olarak verilmemesi, gerçekleştirilen intihar haberlerinin basında yer alması kararı uygulanmaya başlamıştır.

İkincil önlemede amaç, intihar girişimi olan, kendine zarar veren bireylerin daha çok kendilerine zarar vermenin engellenmesi daha sonra ortaya çıkabilecek intihar girişimlerinin kontrol edilmesi, intihara neden olan sosyal ve psikolojik güçlüklerin ortadan kaldırılmaya çalışılmasıdır (21).

A.Ü. Tıp Fakültesi acil servisine başvuruda bulunmuş olan 38 intihar girişim vakasının 13'ünün daha önceden bir veya daha fazla intihar girişimim olduğu bulunmuştur (17). Amerika' da ise intihar girişiminin tekrarlanma riskini engelleme açısından özel bakım servislerinin herhangi bir etkinliği bulunmamıştır (7). Bu veriler intihar girişiminde bulunan kişilerin tekrar intihar girişim olasılıklarının çok yüksek olduğunu ve öncelikli bir risk özelliği taşıdıklarını göstermektedir. Hem psikiyatri hem de acil servislerde intihar girişimi ile getirilen kişilerin tedavi ve izlem uygulamalarına önem verilmesi gerekmektedir.

Bu sonuçlara göre ülkemizde, intiharlarla ilgili bazı istatistik verilerin intiharları önleme hedefine yönelik var olan sorunlarımızın çözümü için, planlı eyleme dönüşmesi yolunda halen kullanılmadığını göstermektedir. Bir başka deyişle, intihara yönelik araştırma sonuçlarının veri kayıtlarının toplandığı bir merkezin olması ve toplanan veriler doğrultusunda eylem planının düzenlenmesi ve uygulanması önem kazanmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Azizoğlu, S., Hovardooğlu, S.: Krize müdahale merkezine başvuran ve başvurmeyan bireylerin yaşam olaylarının karşılaştırılması, *Kriz Dergisi*, 3: 1-2, (1995).
2. Bayam, G ve Arkadaşları.: İntihar davranışı ile depresyon, ümitsizlik, intihar düşüncesi ilişkisi: intihar davranış ölçeği geçerlilik, güvenilirlik çalışması, *Kriz Dergisi*, 3: 1-2, (1995).
3. Çuhadoroğlu, F., Sonubar, B.: Adölesan intiharları: risk faktörleri üzerine bir inceleme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3:3, (1992).
4. Fidaner, H., Fidaner, C.: Dünyada çocuk ve adölesanlarda intihar epidemiyolojisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:3, (1991).
5. Haran, S., Berksun, O.E., Sayıl, I.: Acil serviste kriz odası uygulamaları, *Kriz Dergisi*, 3:1-2, (1995).
6. Hawton, K., Catalan, J.: İntihar Girişimi. Çeviri: Ceyhun, B, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (1994).
7. Johnson, B.S.: Psychiatric-Mental Health Nursing. Lippincott Company, NewYork, (1997).
8. Kutlu, Y., Adana, F., Çetinkaya, Z.: Toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında İstanbul ilinde bir okuldaki öğrencilerde depresyon düzeyini belirleme çalışması, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı (2001).
9. Özkan, S.: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. Novartis A.Ş., (1996).
10. Palabıyıköğlu, R.: İntihar davranışı ve medya, *Türk Psikoloji Bülteni*, Sayı: 3, Kasım, (1995).
11. Palabıyıköğlu, R. ve arkadaşları.: Krize müdahale merkezine başvuranların değerlendirilmesi: demografik özellikler, sorun alanları, yaklaşım, *Kriz Dergisi*, 3:1-2, (1995).
12. Sayıl, I., Palabıyıköğlu, R., Berksun, O.E.: Kriz ve Krize Müdahale Kurs Notları, A.Ü. Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, (1996).
13. Sayıl, I.: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ANTIP A.Ş. Yayınları, Ankara, (1996).
14. Sayıl, I. ve Arkadaşları.: İntihar girişimleri: yardım çağırısı, *Kriz Dergisi*, 3:1-2, (1995).
15. Suvarlı, M.K.: Çocuklarda ve adölesan çağında intihar: araştırmalar, önlemler ve çözümler, *Kriz Dergisi*, 3:1-2, (1995).
16. Şahin, H, N.: Litvanya intihar araştırmaları birliği'nin medyaya duyurusu, *Türk Psikoloji Bülteni*, 3, Kasım, (1995).



17. Tezcan, E., Ođuzhanođlu, N. K., Ülkerođlu, F.: Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri, *Kriz Dergisi*, 3:1-2, (1995).
18. Turgay, A.: Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3:3, Güz, (1992).
19. Tüzer, T.: İntihar girişimi için riskli olabilecek davranışların belirlenmesi, *Kriz Dergisi*, 3:1-2, (1995).
20. \_\_\_\_\_.: T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Türkiye İstatistik Yılığı, (1996).
21. \_\_\_\_\_.: Herkes İçin Sağlık Hedefleri Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi., Kopenhag, (1986).
22. \_\_\_\_\_.: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık 21 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık, (2000).