

# Fiziksel Hastalık Nedeni ile Hastanede Yatan Hastaların İntihar Riski Açısından Değerlendirilmesi

■ **Esmâ ÖZMAYA\***, **Meral KELLEÇİ\*\***

\* Öğr. Gör., Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Karaman.

\*\* Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.

**Yazışma adresi:** Öğr. Gör. Esmâ Özmaya; e-posta (e-mail): esmaozmaya@kmu.edu.tr; Telefon: +905448619415

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinde fiziksel hastalık nedeni ile yatan hastaların intihar riski açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini genel kliniklerde yatan 186 birey oluşturdu. Araştırmanın verileri Bilgi Formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanarak toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Man Whitney U testi, Varyans analizi, Tukey testi ve Kruskall-Wallis testi kullanıldı.

**Bulgular:** Hastaların % 80,1'i intihar açısından orta derecede riskli, % 16,1'i ise yüksek derecede riskli olarak tespit edildi. Özellikle 18-30 yaş grubunda, lise mezunu, ekonomik durumu yetersiz, sigara kullanan, son 6 ay içerisinde bir kayıp yaşadığını belirten, onkoloji kliniğinde yatan ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinden yüksek puan alan hastaların intihar açısından daha fazla risk taşıdıkları belirlendi ( $p<0.05$ ). Hastaların Hastane Anksiyete ve Hastane Depresyon Ölçeği puanları yükseldikçe intihar riskinin arttığı görüldü.

**Tartışma ve Sonuç:** Fiziksel hastalık nedeni ile genel kliniklerde yatan hastaların tamamına yakınının intihar riski taşıdıkları saptandı. Özellikle genç yaşta olan, ekonomik durumu yetersiz, kayıp yaşamış, sigara kullanan, depresyon puanı yüksek olan ve onkoloji kliniklerinde yatan hastaların intihar riski açısından daha dikkatli değerlendirilmesinin gerekli olduğu belirlendi. Bu nedenle genel kliniklerde çalışan hemşirelerin intihar riskinin değerlendirilmesinde primer olarak rol alabilecekleri düzenlemelerin yapılması önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** fiziksel hastalık, intihar riski, hemşirelik.

## Assessment of Inpatients with Physical Illness in terms of Suicide Risk

## ABSTRACT

**Objectives:** This study aimed the assessment of inpatients with physical illness in a university hospital in terms of suicide risk.

**Method:** 186 individuals staying in the general clinics constituted the sample of the study. The data of the study was gathered by the implementation of Information Form, Hospital Anxiety and Depression Scale and Suicide Probability Scale. The test of significance of the difference between two means, Man Whitney U Test, Analysis of Variance, Tukey Test, Kruskal-Wallis Test were used in the statistical analysis of the data.

**Results:** %80,1 of the patients were confirmed as moderate risky and %16,1 of them were as high risky in terms of suicide. Especially the patients at 18-30 age group, having high school graduate and inadequate economic conditions, smoking, stating a loss in the last 6 months, staying in the oncology clinic and getting a high point from Hospital Anxiety and Depression Scale were defined as having more risk in terms of suicide. It was observed that the more point the patients get from the Hospital Anxiety and Depression Scale, the more suicide risk they have.

**Conclusion:** all of the inpatients with physical illnesses staying in the general clinics were determined to have suicide risk. It was defined that the patients especially at early ages, having inadequate economic conditions, having had a loss, smoking, having a high point of depression and staying in the oncology clinics need to be evaluated more carefully in terms of suicide. Therefore, regulations enabling nurses working in the general clinics to be able to take role primarily in the assessment of suicide risk were recommended to be made.

**Key Words:** Physical illness, suicide risk, nursing.

## GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda, farklı sıklıklarla görülen intihar, yalnızca ruh sağlığı uzmanlarını ilgilendiren bir sorun olmayıp ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri de bulunan bir halk sağlığı sorunudur (Demirel ve Eşel 2003; Lynch ve ark. 2008). Durkheim intiharını “ölen kişi tarafından ölümle sonuçlanacağı bilinen yapılan olumlu ya da olumsuz

bir edininin doğrudan ya da dolaylı sonucu olan her ölüm olayına intihar denir” diye tanımlamıştır (Durkheim 1986). Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre ise intihar, kasıtlı olarak kendini öldürme eylemidir (WHO 2012).

Yapılan bazı çalışmalarda, intihar hızlarının hem yurt içinde (Özgüven ve Sayıl 2003; Karamustafaloğlu ve ark. 2010) hem de yurt dışında (Beautrais 2000; Bille-Brahe 2001;

Hernandez ve ark. 2004) gittikçe arttığına ilişkin bulgular yoğunluktadır. DSÖ verilerine göre, intihar oranı dünya çapında ortalama yüz binde 16'dır. Toplam ölümlerin %1.8'i intihar nedeniyle gerçekleşmektedir. Bu oranın son 45 yılda %60 artarak her 40 saniyede bir ölüm anlamına gelmiş olması, sorunun ciddiyetini gözler önüne sermektedir (WHO 2012)

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde sonuçlanmış intihar vakaları 1999 yılında 1853 kişi iken 2011 yılı verilerine göre 2677 kişi olup, kaba intihar hızı yüz binde 3,62'dir. İntihar nedenleri kendi içinde incelendiğinde aile geçimsizliği geçim zorluğu, öğrenim başarısızlığı, ticari başarısızlık gibi pek çok faktör bulunmakla birlikte en fazla hastalığın (%19,4) neden olduğu belirlenmiştir (TÜİK İntihar İstatistikleri 2011).

İntihar olgularında fiziksel hastalıkların prevalansı %25 ile %70 arasında değişmektedir (Roy 2000). Bazı çalışmalarda intiharların en az yarısında fiziksel bir hastalığın bulunduğu ve birçok vakada intiharın temel nedenini oluşturduğu öne sürülmüştür (Ekici ve ark. 2001; Lynch ve ark. 2008). Kronik fiziksel hastalığı ve kronik ağrısı olan her yaşta hasta intihar açısından risk altındadır (Valente 2010). İleri derece kanser veya AIDS gibi acı çekme ve bağımlılık ile ilgili hastalıklar yüksek intihar oranları ile ilişkilendirilmeye daha fazla uygundur (Lynch ve ark. 2008). Aynı zamanda skleroz ve Huntington hastalığı gibi terminal olmayan ancak kronik ve acı veren diğer hastalıklar yüksek intihar riski ile ilişkilendirilir (Gorman ve Sultan 2008) Fiziksel hastalıklar, narsistik bütünlüğünü tehdit altında hissetme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği, işlevlerini veya işlevleri üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi, ayrılık, bağımsızlığını kaybedeceği veya ölüm korkusu gibi zorlanmalara neden olur. Eski çatışma ve çözümlenmemiş sorunlar yüzeye çıkar (Özkan 1993). Bu nedenle fiziksel hastalıklar depresyona neden olmak, psikiyatrik hastalıkları başlatmak veya alevlendirmek, algısal-bilişsel ve duygulanımsal değişikliklere neden olan organik mental bozukluklar oluşturarak muhakeme bozukluğu, impulsivite ve süisidal davranışa yol açmak gibi çeşitli yollarla intihar riskini artırır (Storm ve ark. 1992).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır. Çünkü hemşire bütüncül yaklaşımı,

zengin deneyimi ve hasta ve ailesi ile uzun süre birlikte olması nedeni ile gereksinimleri erken dönemde saptayıp, karşılayabilecek donanımdadır. Hastayla kurulan terapötik ilişki, hem hastanın duygu ve düşüncelerinin anlaşılmasını, hem de o hastaya en iyi yaklaşım şeklinin seçilmesini sağlar (Temel 2009). Hasta güvenliği kapsamında da yer alan intihar olgusu üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. ICN (International Council of Nurses), hasta güvenliğinin artırılması için profesyonel sağlık bakım personelinin işe alınması, eğitimi ve meslekte tutulması, performanslarının iyileştirilmesi, enfeksiyonla mücadelede, ilaçların güvenli kullanımı, cihaz emniyeti, sağlıklı klinik uygulamalar, sağlıklı bakım ortamı da dahil olmak üzere çevre güvenliği ve risk yönetimi alanlarında geniş kapsamlı önlemler alınması, hasta güvenliği üzerinde odaklanmış bilimsel bilgi ile bunun gelişmesine destek sağlayacak altyapının ayrılmaz bir bütün halinde birleştirilmesi gerektiğine inanmaktadır (ICN 2013).

Ancak yapılan literatür incelemesinde ülkemizde genel kliniklerde yatan hastaların intihar düşünceleri ve ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik yeterli bir çalışmanın olmadığı dikkati çekmektedir. Bu çalışmadan elde edilen verilerin hem hasta güvenliği ile ilgili uygulamalara katkı sağlayacağı hem de genel kliniklerde çalışan hemşirelerin, intihar potansiyeli taşıyan hastaları ve ilişkili bazı faktörleri belirlemelelerinde bir kaynak olarak kullanabilecekleri düşünülmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Şekli

Çalışma, fiziksel hastalık nedeniyle kliniklerde yatan hastaların intihar riski ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı türde kesitsel özellikli bir araştırmadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesinde fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatan yetişkin hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise, 1 Kasım 2010 ile 1 Mayıs 2011 tarihleri arasında aşağıda belirtilen kriterleri karşılayan; yoğun bakım, psikiyatri ve pediatri ve dermatoloji klinikleri dışında kalan cerrahi, dahiliye, nöroloji,

nöroşirürji, ortopedi, hematoloji-onkoloji, kadın hastalıkları, göğüs hastalıkları, göz ve kulak burun boğaz ve kardiyoloji kliniklerinde yatan bireyler oluşturmuştur.

$$\text{Örneklem seçimi ise;} \frac{N.P.Q.t^2}{(N-1).d^2 + P.Q.t^2}$$

formülü kullanılarak birey sayısı hesaplanmıştır.  $\alpha = 0,05$ ,  $d = \pm 0,06$  ile  $N = 9764$  kişiden örnekleme 186 alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Konuşma, anlama ve iletişim kurma sorununun olmaması,
- Klinikte en az üç gündür yatıyor olması.
- Fiziksel hastalık tanısının olması

### Veri toplama araçları

Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği uygulanarak toplandı.

### Kişisel bilgi formu

Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durumu gibi kişisel bilgileri; ikinci bölüm ise bireyin fiziksel hastalığının süresi, tanısı, hastalığını bilip bilmediği, fonksiyon kaybı ve ağrısının olup olmadığı gibi hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri içeren toplam yirmi dört sorudan oluşmaktadır.

### İntihar Olasılığı Ölçeği (Suicide Probability Scale-SPS)

İntihar olasılığını ölçmek amacıyla John G. Cull ve Wayne S. Gill (1990) tarafından geliştirilen "İntihar Olasılığı Ölçeği" (Suicide Probability Scale-SPS) kendini değerlendirme (self-report) türünde 36 maddeden oluşan, likert tipi bir ölçektir. Amacı ergenlerde ve yetişkinlerde intihar riskinin değerlendirmesidir.

Ölçeğin Türk toplumu için adaptasyon, güvenilirlik ve geçerlik çalışması ilk kez Tuğcu tarafından 1996 yılında, daha sonra ise 2007 yılında klinik örnekleme geçerlik güvenilirlik çalışmasını Atlı yapmıştır. Güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı "toplam puan için" .87, test tekrar test güvenilirliği .98, benzer ölçekler geçerliği .84 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.84 bulundu.

Ölçeğin orijinal formunda değerlendirme için alt kriterler oluşturulmuş olup ölçekten

alınan puanlar 4 kategoriye ayrılmıştır: 0-24 arası puanlar normal grup, 25-49 arası puanlar hafifi risk, 50-74 arası puanlar orta risk, 75-100 arası puanlar ise yüksek risk olarak ele alınmıştır (Atlı 2007).

### Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD- Hospital Anxiety and Depression Scale)

HAD, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir.

Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir (Aydemir 1997).

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın uygulanabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan yazılı onay alınmıştır.

### Verilerin Toplanması

İlk olarak servislere gidilerek servis sorumlu hemşiresi ile görüşülüp çalışmanın amacı anlatılmıştır. Sonrasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Man Whitney U testi, Varyans analizi, Tukey testi ve Krus-

**TABLO 1: Hastaların tanıtıcı özelliklere göre dağılımı.**

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	98	52,7
Kadın	88	47,3
<b>Yaş (X ± SD: 46,02±15,34)</b>		
18-30	36	19,4
31-45	41	22,0
46-61	78	41,9
62-76	31	16,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar	24	12,9
Okur yazar değil	13	7,0
İlkokul mezunu	60	32,3
Ortaokul mezunu	27	14,5
Lise mezunu	51	27,4
Yüksekokul ve üzeri	11	5,9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	152	81,7
Bekâr	29	15,6
Boşanmış	5	2,7
<b>Çocuk sayısı</b>		
Çocuğu olmayan	31	16,7
1-3 çocuk	92	49,5
4 çocuk ve üzeri	63	33,8
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	126	67,7
Geniş aile	57	30,7
Parçalanmış aile	3	1,6
<b>Meslek</b>		
Memur	15	8,1
Serbest meslek	19	10,1
İşçi	37	19,9
Çiftçi	4	2,2
Emekli	50	26,9
Çalışmıyor	51	27,4
Ev hanımı	10	5,4
<b>Ekonomik durum</b>		
Gelir giderden fazla	27	14,5
Gelir gidere eşit	133	71,5
Gelir giderden az	26	14,0
<b>Sigara kullanımı</b>		
Var	35	18,8
Yok	151	81,2
<b>Alkol kullanımı</b>		
Var	6	3,2
Yok	180	96,8
<b>Kayıp yaşama durumu</b>		
Var	15	8,1
Yok	171	91,9
<b>Aile Desteği</b>		
Var	109	58,6
Yok	77	41,4

kall-Wallis testi kullanıldı. Verilerimiz tablolarda aritmetik ortalama, ± standart sapma, birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

## BULGULAR

Tablo 1'de hastaların tanıtıcı özelliklere göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya 98'i erkek (% 52,7), 88'i kadın (% 47,3) olmak üzere toplam 186 birey katılmıştır. Çalışmaya katılanların % 41,9'u 46-61 yaş aralığında, % 32,3'ü ilköğretim mezunu, % 81,7'si evli ve %33,8'i 4 ve daha fazla çocuğa sahiptir.

Ayrıca, katılanların % 67,7'si çekirdek ailede yaşamakta, % 27,4'ü hiçbir yerde çalışmamaktadır ve katılanların % 26,9'u emekli olup, %71,5'i gelir durumunun gidere eşit olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılanların % 18,8'i sigara, % 3,2'si ise alkol kullanmaktadır. Çalışmaya katılanlardan % 8,1'i son 6 ay içerisinde kayıp yaşadıklarını bildirmiştir. Ayrıca % 58,6'sı aile desteğinin olduğunu bildirmiştir.

Tablo 2'de hastaların yattıkları klinik ve bazı hastalık özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların % 8,1'i (n=15) genel cerrahi, %7,5'i (n=14) dahiliye, % 11,9'u (n=22) kardiyoloji, % 14'ü (n=26) onkoloji, % 5,9'u (n=11) nöroloji, %5,9'u (n=11) nöroşirürji, % 6,5'i (n=12) KBB, %5,4'ü (n=10) göz, % 14'ü (n=26) göğüs hastalıkları, % 10,2'si (n=19) kadın hastalıkları ve % 7,5'i (n=14) ortopedi kliniğinde tedavi almıştır.

Çalışmaya katılanların % 81,7'si hastalığının tanısını bildiğini, % 59,7'si hastalığının son 6 aydır devam ettiğini ve % 84,9'unun yatışının poliklinikten yapıldığı belirlenmiştir.

Hastalıklarını, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak düşünenlerin oranı % 72 olarak bulunurken, tedavi edilemeyen bir hastalık olarak düşünenlerin oranı % 10,2 dir. Ayrıca çalışmaya katılanların % 31,2'sinde ağrı, % 15,6'sında ise fonksiyon kaybı mevcuttur.

Tablo 3'de hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kesme puanları ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların %69,9'u (n=130) anksiyete açısından 8 ve üzeri puan almıştır ve anksiyete açısından hastaların puan ortalaması 10,03 ± 4,09 dur. Hastaların %39,2'si (n=73) depresyon açısından

**TABLO 2: Hastaların yattıkları klinik ve bazı hastalık özelliklerine göre dağılımı.**

Hastalık özellikleri	sayı	%
<b>Klinik</b>		
Genel cer	15	8,1
Ortopedi	14	7,5
Kadın doğum	19	10,2
Nöroloji	11	5,9
Kardiyoloji	22	11,9
Dahiliye	20	10,8
KBB	12	6,5
Göz	10	5,4
Göğüs	26	14,0
Nrş	11	5,9
Onkoloji	26	14,0
<b>Hastalığı bilme durumu</b>		
Biliyor	152	81,7
Bilmiyor	34	18,3
<b>Hastalığın süresi</b>		
0-6 ay	111	59,7
6 ay-1 yıl	34	18,3
1-3 yıl	29	15,5
3 yıl ve üzeri	12	6,5
<b>Yatış şekli</b>		
Acilden	28	15,1
Poliklinikten	158	84,9
<b>Hastalığın tedavisi hakkındaki düşünceleri</b>		
Tedavi edilemeyen bir hastalık	19	10,2
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	134	72,0
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	33	17,8
<b>Ağrı</b>		
Var	58	31,2
Yok	128	68,8
<b>Fonksiyon kaybı</b>		
Var	29	15,6
Yok	157	84,4

11 ve üzeri puan almıştır ve depresyon açısından puan ortalaması  $9,65 \pm 3,15$ 'dir.

Tablo 4'de hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi intihar olasılığı ölçeği uygulanan 186 kişinin puanlarının ortalamaları  $64,21 \pm 12,00$  bulunmuştur.

Tablo 5'de hastaların intihar riski taşıma durumlarının dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların %80,1'i intihar açısından orta derecede, %16,1'i ise yüksek derecede riskli olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6'da hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımı verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, sigara kullanımı ve kayıp yaşama durumlarına göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları kar-

şılaştırıldığında puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

Ayrıca tabloda da görüldüğü gibi hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, meslek, alkol kullanımı ve aile desteği gibi değişkenlerle karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 7'de de görüldüğü gibi yattıkları kliniklere göre hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Ayrıca tabloda da görüldüğü gibi hastalıkların bilme, hastalık süresi, yatış şekli, hastalık hakkındaki düşünceler, ağrı ve fonksiyon kaybı gibi değişkenlere göre ise hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**TABLO 3: Hastaların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kesme puanları ve puan ortalamalarının dağılımı.**

HADÖ	Sayı	%	Min(min*)	Max(max**)	X±SD
HAD-A					
0-7	56	30,1	2 (0)	21 (21)	10,03 ± 4,09
8 ve ↑	130	69,9			
HAD-D					
0-10	113	60,8	0 (0)	19 (21)	9,65 ± 3,15
11 ve ↑	73	39,2			

\*Ölçekten alınabilecek minimum puan  
\*\*Ölçekten alınabilecek maximum puan

**TABLO 4: Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.**

ioÖ	Sayı	Min(min*)	Max(max**)	X±SD
İntihar Olasılığı	186	40 (36)	105 (144)	64,21±12,00

\*Ölçekten alınabilecek minimum puan  
\*\*Ölçekten alınabilecek maximum puan

**TABLO 5: Hastaların intihar riski taşıma durumlarının dağılımı**

İntihar riski	sayı	%
Hafif risk	7	3,8
Orta derecede risk	149	80,1
Yüksek risk	30	16,1

**TABLO 6: Hastaların İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının bazı değişkenlere göre dağılımı**

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek (n=98)	65,44 ± 12,26	t = 1,484 p=0,139
Kadın (n=88)	62,84 ± 11,62	
<b>Yaş</b>		
18-30 (n=36)	67,36 ± 15,34	F = 2,889 p = 0,037
31-45 (n=41)	67,07 ± 12,98	
46-61 (n=78)	62,44 ± 9,67	
62-76 (n=31)	61,22 ± 10,40	
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar (n=24)	65,00 ± 13,045	Kw = 16,15 p = 0,006
Okur yazar değil (n=13)	7,76 ± 10,27	
İlkokul mezunu (n=60)	64,20 ± 10,34	
Ortaokul mezunu (n=27)	64,18 ± 11,15	
Lise mezunu (n=51)	67,43 ± 13,56	
Yüksekokul ve üzeri (n=11)	55,36 ± 8,83	
<b>Medeni durum</b>		
Evlü (n=152)	63,41 ± 10,96	Kw = 0,94 p = 0,625
Bekar (n=29)	67,79 ± 15,72	
Boşanmış (n=5)	67,80 ± 16,02	
<b>Çocuk sayısı</b>		
0 (n=31)	68,45 ± 15,99	Kw = 1,88 p = 0,390
1-3 çocuk (n=92)	64,04 ± 11,25	
4 çocuk ve üzeri (n=63)	62,38 ± 10,38	
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile (n=126)	64,43 ± 12,34	Kw = 0,89 p = 0,638
Geniş aile (n=57)	63,26 ± 10,837	
Parçalanmış aile (n=3)	3,00 ± 19,31	
<b>Meslek</b>		
Memur(n=15)	60,40 ± 9,17	Kw = 8,32 p = 0,215
Şerbest meslek(n=19)	66,78 ± 13,97	
İşçi (n=37)	64,62 ± 9,66	
Çiftçi (n=4)	60,00 ± 8,04	
Emekli (n=50)	63,34 ± 8,66	
Çalışmıyor (n=51)	66,74 ± 15,62	
Ev hanımı (n=10)	56,70 ± 11,40	
<b>Ekonomik durum</b>		
Gelir giderden fazla (n=27)	58,77 ± 10,09	Kw = 9,36 p = 0,009
Gelir giderde eşit (n=123)	64,48 ± 11,75	
Gelir giderden az (n=26)	68,50 ± 13,39	
<b>Sigara kullanımı</b>		
Var (n=35)	69,85 ± 14,12	t = 3,16 p = 0,002
Yok (n=151)	62,90 ± 11,10	
<b>Alkol kullanımı</b>		
Var (n=6)	66,50 ± 16,64	Z = 0,069 p = 0,945
Yok (n=180)	64,13 ± 11,87	
<b>Kayıp yaşama durumları</b>		
Var (n=15)	64,56 ± 11,73	Z = 2,077 p = 0,038
Yok (n=171)	60,26 ± 14,64	
<b>Aile desteği</b>		
Var (n=109)	62,79 ± 12,26	t = 1,92 p = 0,055
Yok (n=77)	66,22 ± 11,40	

**TABLO 7: Hastaların yattıkları kliniklere göre İntihar Olasılığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.**

Özellikler	İntihar Olasılığı Ölçeği X ± SD	Test/p
<b>Klinik</b>		
Genel cer (n=15)	58,40 ± 10,38	Kw = 22,68 p = 0,012
Ortopedi (n=14)	63,57 ± 8,27	
Kadın doğum(n=19)	67,10 ± 9,10	
Nöroloji (n=11)	66,81 ± 16,47	
Kardiyoloji (n=22)	63,04 ± 6,47	
Dahiliye (n=20)	62,50 ± 9,45	
KBB (n=12)	64,00 ± 9,29	
Göz (n=10)	59,00 ± 8,24	
Göğüs (n=26)	59,61 ± 10,00	
Nöroşirürji (n=11)	62,36 ± 12,83	
Onkoloji (n=26)	74,50 ± 17,09	
<b>Hastalığı bilme durumları</b>		
Biliyor (n=152)	63,92 ± 12,02	t = 0,69 p = 0,491
Bilmiyor (n=34)	65,50 ± 11,98	
<b>Hastalık süresi</b>		
0-6 ay (n=111)	62,98 ± 10,79	Kw = 4,94 p = 0,176
6 ay-1 yıl (n=34)	64,05 ± 13,36	
1-3 yıl (n=29)	68,37 ± 12,71	
3 yıl ve üzeri(n=12)	66,00 ± 15,68	
<b>Yatış şekli</b>		
Acilden (n=28)	61,89 ± 11,85	t = 1,11 p = 0,268
Poliklinikten(n=158)	64,62 ± 12,01	
<b>Hastalık hakkında düşünceler</b>		
Tedavi edilemeyen bir hastalık (n=19)	70,47 ± 18,85	Kw = 0,924 p = 0,630
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık (n=134)	63,78 ± 11,04	
Kolay tedavi edilen hastalık(n=33)	62,36 ± 9,91	
<b>Ağrı</b>		
Var (n=58)	65,82 ± 12,90	t = 1,235 p = 0,218
Yok (n=128)	63,48 ± 11,54	
<b>Fonksiyon kaybı</b>		
Var (n=58)	66,24 ± 13,77	t = 0,989 p = 0,324
Yok (n=128)	63,84 ± 11,65	

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, fiziksel hastalık nedeni ile genel kliniklerde yatan % 52,7'si erkek, % 47,3'ü kadın olmak üzere toplam 186 hasta intihar riski açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların %80,1'i intihar açısından orta derecede, %16,1'i ise yüksek derecede riskli olarak belirlenmiştir. İntihar olasılığı ölçeği uygulanan 186 kişinin puanlarının ortalamaları ise 64,21±12,00 bulunmuştur. Qin ve arkadaşlarının (2013) hastaların fiziksel hastalık nedeni ile hastanede yatış sonrası intihar oranlarını belirledikleri çalışmada, hiç hastanede yatmayan gruba göre organ ve sis-

tem hastalıkları nedeni ile hastanede yatmış grubun intihar riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir ve çalışmaya katılan grubun intihar yaygınlığı % 24,4 olarak belirlenmiştir. Ekici ve arkadaşlarının (2001) tamamlanmış intihar olgularında fiziksel hastalıkların varlığı ve yetersiz dozda ilaç tedavisinin intihar riski ile ilişkili olup olmadığını araştırdıkları bir çalışmada ise intihar eden grubun %25,5'inin fiziksel bir hastalığı bulunduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Amerika'da tıbbi hastalık ile intihar eğiliminin incelendiği bir araştırmaya 17-39 yaş arası 7589 birey katılmıştır ve tıbbi hastalığa sahip olan bireylerin %25,2'si ve 2 ya da daha fazla tıbbi hastalığı olanların %35'i hayatları boyunca intihar niyeti taşıdıklarını bildirmişlerdir (Druss ve Pincus 2000).

Bireylerin "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden" aldıkları puanlar incelendiğinde ; anksiyete puan ortalaması  $10,03 \pm 4,09$ , depresyon puan ortalaması ise  $9,65 \pm 3,15$  olarak bulundu. Bu sonuçlar, Bahar ve arkadaşlarının (2006) Diabetes Mellituslu hastalarla yaptığı çalışma ile örtüşmektedir. Hastalık, anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemektedir. Hastalıklar kriz yaratabilen bir durum olarak düşünüldüğünde, hastaların kaygısının artması ve duygu durumlarının değişmesi kaçınılmazdır. Günlük yaşamında sağlıklı bir biçimde yaşamını sürdüren birey, sağlığının kaybıyla birlikte hasta rolünü üstlenmektedir. Bu yeni rol bedensel hastalığın, hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır (Blumenfield ve Tiamson 2003). Kömürcüoğlu ve arkadaşları (2000) kronik obstruktif akciğer hastalığı olan erkek hastalarda depresyon yaygınlığını araştırdıkları çalışmalarında, depresyon yaygınlığını %29,6 oranında bulmuşlardır. Depresif bozukluğu olan bireylerin % 11-17'si eninde sonunda intihar etmektedir. Bu açıdan anksiyete ve depresyonu olan hastalar intihar açısından iyi değerlendirilmesi gereken bir gruptur ki, Kızıl ve arkadaşları (2007) majör depresyon tanısı alan bireylerle yaptıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan 130 kişinin 51'inde (%39,2) ölme isteği olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda cinsiyete göre intihar olasılığı ölçeği puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda cinsiyetler arasında fark çıkmamasının sebebi ise evli olan grubun yoğunlukta olması ve evliliğin intihara karşı koruyucu nitelik taşımasından kaynaklanıyor

olabilir. İntihar Düşünceleri Ölçeği ve İntihar Olasılığı Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda da cinsiyet değişkenine ilişkin farklı bulgular mevcuttur. Bazı çalışmalarda kadınların erkeklerden daha fazla intihar düşüncelerine sahip oldukları belirtilirken (Uçar 1999, He ve Lester 2001), bazı çalışmalarda cinsiyetler arası bir farklılığın bulunmadığı bildirilmektedir (Eskin 1996, Kjoller ve Helweg-Larsen 2000).

Çalışmada yaş gruplarına göre intihar olasılığı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde grupların puan ortalamaları 18-30 (n=36) yaş grubunda  $67,36 \pm 15,34$ , 31-45 (n=41) yaş grubunda  $67,07 \pm 12,98$ , 46-61 (n=78) yaş grubunda  $62,44 \pm 9,67$ , 62-76 (n=31) yaş grubunda ise  $61,22 \pm 10,40$  dir. Yapılan ileri analizde de gruplar arasındaki farkın 18-30 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da genç yetişkin grupta intihar girişiminin yaygın olduğu görülmektedir (Sayıl ve ark. 2000; Sayıl ve Özgüven 2002).

Çalışmada hastaların eğitim durumlarına göre intihar olasılığı ölçeği puanlarının dağılımı incelendiğinde lise mezunlarının daha fazla intihar riskine sahip oldukları belirlenmiştir. Bulotiene ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında anksiyete ve depresyonun en çok fakülte mezunu bayan hastalarda görüldüğü, eğitim düzeyinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği belirtilmiştir. Kayahan ve Sertbaş'ın (2007) dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda anksiyete, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirdikleri çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin düşüğü belirlenmiştir. Anksiyete ve depresyon arttıkça doğal olarak intihar riski de artmaktadır.

Çalışmamızda gelir durumu düşük olan grubun intihar riskinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Şenol ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada da geçim zorluğu (%7,5) ilk üç sırada yer alan intihar girişim nedenlerini oluşturmuştur. Aynı şekilde ülkemiz genelinde de intihar nedenleri içinde ilk üç sırada geçim zorluğu bulunmaktadır (TÜİK 2011).

İntihar girişiminde yaşamsal olaylar ve travmaların tetikleyici rol oynadığı, intiharın stresli yaşam olaylarına karşı verilen tepki olarak ortaya çıktığı, bu nedenle bireyin yardım çağrısı yanında çaresizlik ve umutsuzluğunun da bir göstergesi olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Tel ve Uzun 2003). Bu yaşam olayları sıklıkla eş ile ilişkili sorunlar,

işsizlik, düşük sosyo-ekonomik düzey gibi psikososyal stres etkenleridir (Mc Clure 2000). Bizim çalışmamızda da bireylerin %8.1'i yaşamları boyunca bir stres etkeni yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda kayıp yaşayan bireylerde intihar riski daha fazla bulunmuştur.

## SONUÇ

Çalışmada % 52,7'si erkek, % 47,3'ü kadın olmak üzere toplam 186 hasta intihar riski açısından değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların % 81,7'si evli ve % 71,5'inin gelir durumu gidere eşittir. Hastaların % 80,1'i intihar açısından orta derecede riskli, % 16,1'i ise yüksek riskli olarak tespit edilmiştir ve hastane anksiyete ve hastane depresyon puanları yükseldikçe intihar riskinin arttığı belirlenmiştir. Onkoloji hastalarında daha fazla intihar riski olduğu belirlenmiştir. 18-30 yaş grubunda, lise mezunu olan, ekonomik durumu kötü olan, sigara kullanan ve son 6 ay içerisinde bir kayıp yaşadığını belirten hastaların intihar açısından daha fazla risk taşıdıkları belirlenmiştir. Ayrıca bazı sosyodemografik ve hastalık özelliklerinden olan cinsiyet, aile tipi, çocuk sayısı, meslek, alkol kullanımı, aile desteği, hastaların hastalığını bilme durumu, hastalığın süresi, hastalık hakkındaki düşünceleri, ağrı ve fonksiyon kaybı gibi özelliklerde gruplar arasında intihar riski açısından fark olmadığı belirlenmiştir.

## KAYNAKLAR

- Ath, Z. (2007). İntihar Olasılığı Ölçeği (İÖÖ)'nin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. M Eskin).
- Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4), 280-287.
- Bahar, A., Sertbaş, G. ve Sönmez, A. (2006). Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 7: 18-26.
- Beautrais, A.L. (2000). Methods of youth suicide in New Zealand: Trends and implications for prevention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 413-419.
- Bille-Brahe, U.B. (2001). The epidemiology of suicide attempts in Europe. Kriz Dergisi, 9, 19-32.
- Blumenfeld, M. ve Tiamson, M. (2003). Consultation Liaison Psychiatry. A Practical Guide. Lippincott.
- Bulotiene, G., Ostapenko, V. ve Veseliunas, J. (2006). Psychological adaptation of Breast Cancer Patients, Acta Medica Lituanica; 13(2): 92-96
- Demirel, Ö.S. ve Eşel, E. (2003). İntihar (Özkiyim), Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 175- 185.
- Druss, B. ve Pincus, H. (2000). Suicidal Ideation and Suicide Attempts in General Medical Illnesses, Arch Intern Med., 160, 1522-1526.
- Durkheim, E. (1986). Çeviren Ö. Ozankaya: İntihar: Toplumbilimsel İnceleme. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi. (Fransızca orijinali 1897).
- Ekici, G., Savaş, A. H., ve Çitak, S. (2001). Tamamlanmış İntiharlarda İki Önemli Risk Etmeni: Fiziksel Hastalığın Varlığı ve Yetersiz Dozda Psikiyatrik Tedavi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 11, 3.
- Eskin, M. (1996). Cross-cultural gender differences in the psychosocial correlates of current adolescent suicidal ideation. Journal of Gender, Culture, and Health, 1: 189-205.
- Gorman, L.M. ve Sultan, D.F. (2008). Problems with affect and mood, Psychosocial Nursing for general patient care, 3rd edition.
- He, Z.X. ve Lester, D. (2001). Sex differences in suicidal ideation in a community sample from China. Crisis, 22: 132-134.
- Hernandez, A.M.C., Garcia, L.F.M., Merino, H.P ve ark. (2004). Epidemiology of Suicide in the State of Guanajuato, Salud Mental, 27, 15-20.
- International Council of Nurses (ICN) (2013). Patient Safety, May, 10, 2013 from <http://www.icn.ch/publications/patient-safety/>.
- Karamustafaloğlu, O., Özçelik, B., Bakım, B. ve ark. (2010). İntiharı Öngörebilecek Bir Araç: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:151-157
- Kayahan, M. ve Sertbaş, G. (2007) Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:52-61
- Kızıl, Ö.T., Yarpuz, Y.A., Ekinci, S., Sorgun, M. ve Turan, D.E. (2007). Bir geropsikiyatri polikliniğine başvuran depresyonlu yaşlılarda intihar davranışının incelenmesi. Geriatri ;10(2): 57-60.
- Kjoller, M., Helweg-Larsen, M. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. Scandinavian Journal of Public-Health, 28: 54-61.
- Kömürçüoğlu, B., Balioğlu, M., Öztuna, I. ve Büyüksirin, M. (2000). KOAH'lı erkek olgularda depresyon. Toraks Dergisi; 1:31-34.
- Lynch, M.A., Howard, P.B., El-Mallakh, P ve Matthews, J.M. (2008). Assessment and Management of Hospitalized Suicidal Patients, Journal of Psychosocial Nursing, 46.
- McClure GMG (2000) Changes in Suicide in England and Wales, 1960-1997. Br J Psychiatry, 176: 64-67.
- Özgüven, D.H. ve Sayıl, I. (2003) Suicide Attempts in Turkey: Results of the WHO EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Can J Psychiatry, 48(5), 324- 329.
- Özkan, S. (1993). Liyezon Psikiyatrisi Birimimizin Klinik Etkinliklerinin Dökümü. Liyezon Psikiyatrisi Sempozyumu (I-II). İ.Ü. Basımevi Ve Film Merkezi, İstanbul; 267-290
- Qin, P., Webb, R., Kapur, N. ve Sorensen, H.T. (2013). Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study, J InternMed; 273:48- 58.
- Roy, A. (2000). Psychiatric Emergencies. B.J Sadock, VA Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de, Yedinci baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 2031-2040.
- Sayıl, I. Berksun, Ö.E., Palabıynkoğlu, R., Özgüven, H.D., Soykan, Ç. ve Haran, S., (2000). İntihar Davranışı: Kriz ve krize müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, Ankara: Damla Matbaacılık, 6: 165-178.
- Sayıl, I. ve Özgüven, H.D. (2002). Suicide and suicide attempt in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. Crisis, 23(1): 11-16.
- Storm, H.H., Christensen, N. ve Jensen, O.M. (1992). Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. Cancer; 69:1507-12.
- Şenol, V., Ünalan, D., Avşaroğulları, L. ve İkizceli, İ. (2005). İntihar Girişimi Nedeniyle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Anabilim Dalı'na Başvuran Olguların İncelenmesi, Adli Psikiyatri Dergisi, 6, 19-29.
- Tel, H. ve Uzun, S. (2003). İntihar girişimi ile acil servise başvuran hastaların sosyal destek ve stresle baş etme durumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 151-158.
- Temel, M. (2009). İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 2.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2011). İntihar İstatistikleri, Türkiye istatistik kurumu matbaası, Ankara.
- Uçar, N. (1999). Correlates of suicide ideation and relation to ego identity status among adolescents. The Graduate School of Social Sciences of METU. Ankara: Unpublished master thesis.
- Valente, M.S. (2010). Assessing Patients for Suicide Risk, Nursing 2010, May, 40(5), 36-40.
- World Health Organization (2012). Suicide, December, 10, 2012 from <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/>
- World Health Organization (2012). Suicide prevention, March, 19, 2012 from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/).