

DERLEME

İNTİHARLARIN ÖNLENMESİNDE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Münire TEMEL*

Alınış Tarihi:27.08.2007

Kabul Tarihi:07.03.2008

ÖZET

İntihar, biyolojik, genetik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin kompleks bir etkileşimi sonucu meydana gelen, önemli bir halk sağlığı sorunudur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında, hemşirenin aktif ve önemli bir rolü vardır. Hemşire, her türlü intihar düşüncesi ve girişimini ciddiye almalı ve ipuçlarını değerlendirmelidir. Bu hastalara yaklaşımda empati kurabilmek, anlayışlı ve objektif davranmak, umut ve güven vermek son derece önemlidir. Bu makalenin amacı, hemşirelerin intihar riski bulunan bireyleri tanıması, gereksinimlerini belirlemesi ve uygun bakımı sağlamasına katkıda bulunmaktır.

Anahtar kelimeler: İntihar riski, intiharı önleme, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

The Responsibilities of Nurse for Preventing Suicides

Suicide which occurs because of a complex interaction of suicide, biological, genetic, psychological, social, cultural, and environmental factors is an important public health problem. Among health professional people who have a duty which is caring for people who have an attempt to suicide, nurse has an important and active role. Nurse must take seriously every kind of suicide thought and attempt and assess the clues. While approaching to patients, to be able to empathy with the patients, to treat them sensitively and objective, to inspire confidence and give hope to them are extremely important. The goal of this article is to contribute nurses to cognize individuals who have suicide risk, determine their needs, provide suitable care for them.

Keywords: Suicide risk, preventing the suicide, nursing care

GİRİŞ

İntihar; biyolojik, genetik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerin kompleks bir etkileşimi sonucu meydana gelen, önemli bir halk sağlığı sorunudur (Yılmaz ve Öncel 2006, Atay ve Gündoğan 2004, Knox and Caine 2005, Robinson et al. 2006, Aseltine and DeMartino 2004). İntiharın sadece bireyi değil, ailesini, arkadaş çevresini ve yaşadığı toplumu da içine alan önemli etkileri bulunmaktadır (Sun et al. 2005). Son yıllarda bütün dünya ülkelerinde intihar olgularında artış görülmeye başlamış ve intihar önemli bir ölüm sebebi haline gelmiştir. Bu nedenle, pek çok ülkede intiharları önlemede

kapsamlı ve sistemli çalışmaların yapılması gerekli bulunmuştur (Polat ve ark. 2003, Siyez 2005).

İntiharda Risk Faktörleri

İntihar kavramı içinde; intihar düşüncesi, intihar girişimi ve tamamlanmış intiharlar (ölüm) yer alır. İntihar girişimleri, tamamlanmış intiharlara göre daha fazladır (Atay ve Kerimoğlu 2003, Okanlı 2006, Batıgün 2005). Son yıllarda intihar vakalarındaki artış en fazla 15-24 yaş grubunda görülmekle birlikte, en yüksek oranlar hala yaşlılar arasındadır (Sun et al. 2005, Polat ve ark. 2003, Oyama et al. 2006). İntihar girişimlerinin kadınlarda, tamamlanmış intiharların ise erkeklerde daha yüksek olduğu

* Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (Öğr. Gör.)

görülmektedir (Duman 2002, Kaplan ve Sadock 1999, Özgüven ve ark. 2003). Knox ve Caine (2005) yaptıkları çalışmada, orta yaş erkeklerde intihar riskinin daha yüksek olduğunu ve intiharın bu yaşlarda erken ölümlerden sorumlu olduğunu tespit etmişlerdir. Bekar, dul ve boşanmış bireylerde de intihar oranları daha yüksektir (Kaplan ve Sadock 1999, Yüksel 2000, Yılmaz 1997). Özgüven ve arkadaşları (2003) acil servis kriz birimine başvuran bireylerle yaptığı bir çalışmada, intihar girişimi olan vakaların %77.1'inin bekar olduğunu belirlemişlerdir .

Kronik fiziksel hastalık varlığı intihar için diğer bir risk faktörüdür. Bunlar arasında AIDS, kanser, nörolojik bozukluklar ve diyabet gibi yaşam kalitesini tehdit eden, yaşam süresini kısaltan ve uyum güçlüğüne neden olanlar ilk sıralarda yer alırlar (Duman 2002, Yılmaz ve Özkan 1997). Yılmaz (1997), bu hastalarda intihar girişimi riskinin tanıdan sonraki ilk bir yıl içinde yüksek olduğunu belirtmiştir. Psikiyatrik hastalıklar arasında ise özellikle majör depresyon, şizofreni, alkol ve madde kullanımı ve kişilik bozuklukları intihar açısından dikkat edilmesi gereken önemli bozukluklardır (Robinson et al. 2006, Okanlı 2006, Çörüş 2004).

İşsiz, ev hanımı, öğrenci gibi ekonomik açıdan bağımlı, eğitim seviyesi düşük, göç veya başka nedenlerle sosyal ortam değiştiren bireylerde, daha önce bir intihar girişimi olan veya ailesinde intihar öyküsü bulunanlarda, fiziksel veya cinsel istismara maruz kalan, yakın zamanlı bir kayıp yaşayan ve aile, arkadaş gibi destek sistemleri yetersiz olanlarda intihar riski daha yüksektir (Özgüven 2003, Murray and Wright 2006).

Umutsuzluk ve yalnızlık duyguları ile kişilerarası ilişki sorunlarını yoğun biçimde yaşayanlar, yaşamı sürdürmek için az sayıda nedene sahip olanlar, olumsuz bilişsel süreçleri (kaybeden statüsü, kaçış ve kurtuluşun olmadığı algısı) bulunanlar intihara daha

yatkındırlar (Atay ve Gündoğan 2004, Batıgün 2005, Weeks et al. 2004).

İntihar Öncesi Belirtiler

İntihar öncesi bireylerin bazı belirtiler gösterdiği ve bu uyarıcı işaretleri zamanında tanınmanın intiharı önlemek açısından çok önemli olduğu belirtilmektedir. Hemşirelerin dikkat etmesi gereken bu belirtiler:

Günlük faaliyetlere ilgi kaybı, kişisel bakım ve görünümü ihmal etme, yeme ve uyku alışkanlıklarında değişme, arkadaş ve aile çevresinden uzaklaşma, belirgin kişilik ve davranış değişiklikleri, alkol ve madde kullanımı (Siyez 2005, Çörüş 2004, Weeks et al. 2004).

Sıkıntı, dikkati toplayamama, karar vermede zorlanma, okul ve iş performansında düşme, yorgunluk ve ağrı gibi sık fiziksel yakınmalar (Weeks et al. 2004, Carpenito 2005).

Umutsuzluk, çaresizlik duygularından bahsetme, tehlikeli ve riskli işlere girişme, kendini yaralayıcı hareketlerde bulunma, apatik ve üzgün görünüm, ayrılık, ölüm ve intiharla ilgili yazılar yazma, resimler yapma, intihar hakkında açık veya gizli konuşma, miras ve vasiyet düzenleme, eşyalarını başkalarını dağıtma (Sun et al. 2005, Polat ve ark. 2003).

Ciddi depresyonda ani iyileşme (Sun et al. 2005, Yüksel 2000, Çörüş 2004).

İntihar Olgularında Tedavi

İntihar girişiminde bulunan birine önce acil tıbbi müdahale yapılır. Bu yaklaşım, hastanın hayatını kurtarmanın yanında, yaptığı girişimin sonuçlarını ve ciddiyetini anlaması ve kendisi ile ilgilenildiğini hissetmesi açısından yararlıdır. Hasta kendine gelmeye başlayınca hasta ile ilişki kurulmaya çalışılmalıdır. Bedensel sorunlarının yanı sıra duygusal sorunlarına ilgi göstermek çok önemlidir. Kişi bu dönemde başkalarından gelecek yardım önerilerine hiçbir zaman olmadığı kadar açıktır (Uğurlu ve Uğur 2001, Özgüven 2003).

İntihar düşüncesi olan bireylerin tedavisinde psikoterapi ve farmakolojik ajanlar kullanılır (Atay ve Kerimoğlu 2003). Ancak bu hastalarda, mümkün olduğunca az ilaç kullanılması, en az toksik ilaçların seçilmesi ve ayaktan tedavisi sürecekte kişilerde ilaçların aile kontrolünde verilmesi önemlidir (Uğurlu ve Uğur 2001, Siyez 2005, Özgüven 2003).

Bu hastalara yaklaşımda bütün ruh sağlığı ekibi görev alır. Ekip üyelerinin bilgi ve fikirlerini paylaşması, ekip arkadaşlarına güven ve saygı duyması, işbirliği içinde hareket etmesi, hastanın daha iyi tanınmasına ve iyilik halinin sağlanmasına yardım eder (Sun et al. 2006).

İntihar Riski Bulunan Bireylere Hemşirelik Yaklaşımları

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. Yapılan çalışmalarda, psikiyatri hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan hastalara acil servis hemşirelerine göre daha olumlu yaklaşımları belirtilmiştir. Ancak psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler bu konuda eğitimlerinin yeterli olmadığını, kırtasiye işleri yüzünden hastalara zaman ayıramadıklarını, bazı hekimlerin işbirliği yapmadığı için kendilerini güçsüz ve yetersiz hissettiklerini dile getirmişlerdir (Sun et al. 2005, Sun et al. 2006).

İntihara eğilimli hastalarla çalışırken iki sorumluluk vardır. Birincisi, durum yatışınca kadar kişiyi hayatta tutmak, ikincisi hastanın intihar dışında alternatif çözümleri araştırmasını sağlamaktır (Özgüven 2003). Hasta bu tanıyla

hastaneye yattığında ilk yapılacak şey güvenlik önlemlerinin alınmasıdır. Bunun için;

Hastanın yanında cam eşya, çivili metal dosya, makas, aseton, ayna, iğne, jilet, şişe, açacak, plastik torba, çakmak, kemer, patlayıcı, cımbız, alkol, elektrikli cihaz gibi eşyalar bulundurulmamalı, yasaklanan objeler ziyaretçilere de bildirilmelidir. Odada bulunan demirbaş eşyaların, banyo, pencere ve merdivenlerin kontrolü sağlanmalıdır. Yemekler denetlenebilen yakın bir alanda verilmeli, oral ilaçların yutulduğundan emin olunmalı, gerektiğinde kontrol edilmelidir (Okanlı 2006, Carpenito 2005, Sun et al. 2006).

Hasta odası mümkünse monitör ile gözlenmeli bu sağlanamıyor ise 10 dk aralarla kontrol edilmelidir. Hasta uzun süre yalnız bırakılmamalı, servis dışına çıkarılmamalı, çıkması gerekirse bir personelin eşlik etmesi sağlanmalı, kaçarsa polise bildirilmelidir. Hastanın intihar etme riski konusunda tüm personel haberdar edilmeli, bu hastaları gözlemek için yeter sayıda hemşire bulundurulmalıdır (Sun et al. 2005, Carpenito 2005, Sun et al. 2006).

Klinikte hastaların uygun şekilde vakit geçirebileceği ve bir meşguliyetle ilgilenebileceği, grup iletişimine olanak sağlayan, sakin bir ortam oluşturulmalıdır. Çalışmalar, bu hastalarla düzenli olarak aynı kişilerin ilgilenmesinin, hasta merkezli bakımın ve hastanın kendi bakımına katılımının sağlanmasının hasta hemşire ilişkisini güçlendirdiğini, güven duygusu sağladığını ve hastayı daha iyi tanımaya yardımcı olduğunu göstermiştir (Sun et al. 2005, Weeks et al. 2004, Sun et al. 2006)

İntihar riski olan bireylerle çalışan hemşireler, hastasının intihar düşüncesini sorgulayabilmeli ve gerektiğinde güçlü kararlar verebilmelidirler. Hastaya intihar düşüncesini sormak intihar riskini artırmaz, aksine problemlerini paylaşma olanağı sağladığı için tedavi edici özelliği vardır. Hemşire herhangi bir soru

sormadan ve değerlendirme yapmadan önce hastayı dinlemelidir. Hastanın duygusal ifadeleri cesaretlendirilmeli, korkmadan intihar düşüncelerini paylaşabilmesi sağlanmalıdır. İntihara ilişkin düşüncelerin açıkça tartışılması hastanın ümitsizliğini ve yaşadığı karmaşayı anlamaya hazır olunduğunu gösterir ve bu yolla terapötik ilişki güçlenir. İntihar düşünceleri konuşulurken, kişinin öncelikle neden ölmek istediği ortaya çıkarılmalıdır. Konuşma giderek yaşamın ve ölümün dezavantajlarını ve avantajlarını kapsayacak şekilde yönlendirilmelidir (Özgüven 2003, Sun et al. 2006).

Hemşire hastadaki intihar riskini değerlendirirken; hastanın psikiyatrik öyküsünü, daha önce veya şu anda kendini öldürme düşüncesinin veya planının olup olmadığını, varsa planın içeriğini, depresif, impulsif, hostile, duyu ve davranışların varlığını, stres faktörlerini, yaşam ve gelecek hakkındaki hislerinin ne olduğunu sorgulamalıdır (Siyez 2005, Okanlı 2006, Roger et al. 2002).

Bu hastalarla yargılamadan ve küçümsemeden konuşulmalı, hastaya ahlaki dersler vermekten kaçınılmalıdır. Hastanın kişilerarası ilişkilerdeki zorlanmalarının sebeplerini anlamasına, uygun başetme yöntemleri geliştirmesine, öfke, yalnızlık ve ümitsizlik gibi duygularını sözcüklerle ifade edilmesine yardım edil-melidir. Hastanın kişisel gücü ve aile, arkadaş gibi destek sistemleri harekete geçirilerek hayata bağlılığının artması konusunda gayretlendirilmesi gerekir (Okanlı 2006, Murray and Wright 2006). Bu hastalara uygulanan bakımda empati kurabilmek, şefkatli, anlayışlı ve objektif olmak, umut vermek, verilen sözleri tutmak çok önemlidir (Yılmaz ve Öncel 2006, Sun et al. 2006).

Hastaya sunulan yaşam yardımı hemşirenin kendisinin yaşama olan bağlılığı ve bakış açısına da bağlıdır. Hemşireler öncelikle, yaşamın kendileri için anlamının ne olduğunu bilmelidirler.

Ayrıca, hemşirenin kendi sözel veya sözel olmayan ifadelerine dikkat etmesi, sorunsuz veya tüm sorunları çözebilen bir insan figürü çizmemesi ve kişisel açıklamaları ancak güven temeli oluşturulduktan sonra yapması gerekir (Okanlı 2006, Sun et al. 2006).

Hastadan intihar isteği yoğunlaştığı zaman bunu iletmesi sözü alınabilir. Bu yaklaşım, hastanın her zaman ulaşabileceği bir insan bulabilmesi demektir. Böylece hastanın hem özgüven hem de başkalarına güvenebilme duygusunun gelişmesine yardımcı olunur (Okanlı 2006, Carpenito 2005). Hasta ile bakım altında iken intihar etmeyeceğine dair bir anlaşma yapılması da uygun bir yaklaşımdır. Hemşireler bu uygulamanın, terapötik ilişkiyi güçlendirdiğini ve anksiyeteyi azalttığını belirtmişlerdir (Sun et al. 2005).

Bir hastada intihar riskinin ne kadar yüksek olduğu konusunda bir değerlendirme yapmak oldukça zor ve sorumluluk isteyen bir iştir. Bu nedenle her türlü intihar düşünce ve girişimi ciddiye alınmalı, hastaların sözel, davranışsal, duygusal ve somatik içerikli ipuçları değerlendirilmeli, kapalı ve gizli duyguların da farkında olunmalıdır (Sun et al. 2006).

Hemşireler intiharların önlenmesinde sadece hastane bünyesinde değil, toplumsal alanda da hizmet sunmaktadır. Pek çok ülkede intiharları önlemek için kapsamlı projeler uygulamaya konmuştur. Eğitimin ön planda olduğu ve öncelikle okulları temel alan bu programlarda, intihar risk taraması, yüksek risk taşıyan birey ve grupların tedaviye yönlendirilmesi, düzenli takip edilmesi ve rehabilitasyonunda hemşireler aktif olarak çalışmaktadır. ABD’de Akıl Sağlığı Merkezi tarafından yürütülen ‘Signs of Suicide- SOS’ (Aseltine and Demartino 2004, Siyez 2005), Kanada’da Gençlik Ruh Sağlığı Merkezince uygulanan ‘Applied Suicide Intervention Skills Training-ASIST’ (Murray and Wright 2006), Avustralya’da ‘National

Suicide Prevention Strategy-NSPS' (Robinson et al. 2006) bu programlarından biridir.

Sonuç olarak, insanlar çeşitli sorunlara bağlı dayanılmaz duygusal acılardan kurtulmak için intihara başvurabilmektedir. İntihar girişiminde bulunan birey gerçekten ölme arzusunda olabileceği gibi, bu davranışında acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile

getirmek amacıyla da olabilir. Nedeni ne olursa olsun her girişim önemle ele alınmalıdır. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler, hastanedeki hastaların yanı sıra toplumdaki riskli grupları da çok iyi değerlendirerek intihar davranışının erken tanı ve tedavisinde etkin rol oynamalıdır.

KAYNAKLAR

Aseltine RH, DeMartino R (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health* 94(3): 446-451.

Atay İM, Gündoğar D (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi* 12(3): 39-52.

Atay İM, Kerimoğlu E (2003). Ergenlerde intihar davranışı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 10(3): 128-136.

Batgün Durak A (2005). İntihar olasılığı: Yaşamı sürdürme nedenleri, umutsuzluk ve yalnızlık açısından bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 16(1): 29-39.

Carpenito Moyet LJ (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev. Ed. Erdemir F. Nobel, 227-229, İstanbul.

Çörüş G (2004). Uçurumun kıyısında: Bir sınır deneyimi olarak intihar girişimi. *Popüler Psikiyatri* 19:32-34.

Duman Çetinkaya Z (2002). 'Herkes Sağlık' hedeflerinden 'intiharlara' genel bir bakış. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi 12(49):11-21.

Kaplan H, Sadock BJ (1999). Klinik Psikiyatri El Kitabı. Çev. Ed. Abay E. Nobel, İstanbul 206-207.

Knox KL, Caine ED (2005). Establishing priorities for reducing suicide and its antecedents in the United States. *American Journal of Public Health* 95(11):1898-1901.

Murray BL, Wright K (2006). Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: The perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:157-164.

Okanlı A (2006). Suicid riskli olan hasta ile çalışma. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 113-114.

Oyama H, Ono Y, Watanabe N et al. (2006). Local community intervention

Özgüven Devrimci H (2003). İntihar girişimlerinde krize müdahale. *Kriz Dergisi* 11(1): 25-34.

Özgüven Devrimci H, Soykan Ç, Haran S (2003). İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi* 11(1):13-24.

Polat O, Dokgöz H, Saka E (2003). Çocukluk çağı intihar ve intihar girişimleri. *Çocuk Forumu* 6(1): 47-59.

Robinson J, McGorry P, Haris M G et al. (2006). Australia's national suicide prevention strategy: the next chapter. *Australian Health Review* 30(3): 271-275.

Rogers JR, Lewis Miller M, Subich Mezydlo L (2002). Validity of the suicide assessment checklist in an emergency crisis center. *Journal of Counseling and Development* 80(4):493-502.

Siyez DM (2005). Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 12(2):92-100.

Sun FK, Long A, Boore J et al. (2005). Suicide: A literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12:447-455.

Sun FK, Long A, Boore J et al. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing* 53(6):680-690.

Sun FK, Long A, Boore J et al. (2006). Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing* 15: 83-92.

through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60: 110-114.

Uğurlu Uludüz D, Uğur M (2001). Bir vak'a dolayısıyla intiharların gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium* 39(1): 19-25.

Weeks Kenney S, Anderson MA, Harmon LS et al. (2004). Getting inside depression and suicide ideation. *Nursing Management* 35(10):42-46.

Yılmaz AT (1997). Fiziksel hastalığı olan intihar girişiminde bulunmuş hasta grubunun sosyodemografik ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi, İstanbul, 194-199.

Yılmaz AT, Özkan M (1997). Fiziksel hastalıklarda intihar. IV. Ulusal

Konsültasyon- Liyeron Psikiyatrisi Kongresi, İstanbul, 146-153.

Yılmaz M, Öncel S (2006). Adölesan intiharları ve önlemede hemşirenin sorumlulukları. *Hemşirelik Forumu Ocak-Nisan*: 52-56.

Yüksel N (2000). Birinci basamakta depresyon-tanı ve tedavi. *Çizgi Tıp*, 250-251, Ankara.