



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS

**ACİL SERVİSTEKİ SAĞLIK PERSONELİNİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ,
KİŞİSEL DEĞERLERİNİN İNTİHAR GİRİŞİMİ OLAN HASTAYA YÖNELİK
TUTUMUNA ETKİSİ**

HİLAL SEVİM

DANIŞMAN
DR.ÖĞR. ÜYESİ SEVİL YILMAZ

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 06.01.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Sevil Yılmaz
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Gül Dikeç
Fenerbahçe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Özge Sukut
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hilal SEVİM (İmza)

İTHAF

Çalışmamı sevgili annem Hatice Sevim’e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda beni destekleyen, bilgi ve birikimlerini bana aktararak yolumu aydınlatan sevgili tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ'a teşekkür ederim.

Lisans ve Lisansüstü eğitimimde üzerimde emeği olan başta Prof. Dr. Sevim BUZLU olmak üzere; Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU, Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK, Prof. Dr. Hülya BİLGİN ve Dr. Öğr. Üyesi Özge SUKUT'a

Hayatımın her anında yanımda olup bana güç veren canım annem Hatice SEVİM, sevgili babam Necahit SEVİM ve biricik kardeşim Nedim SEVİM'e, can dostum, sıra ve mesai arkadaşım Hasret PALAZ'a, tez çalışmamım veri toplama sürecinde yardımları ve desteklerinden dolayı eski mesai arkadaşlarım Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis hemşireleri ve hekimlerine,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	II
BEYAN.....	III
İTHAF.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	IX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	XI
ABSTRACT.....	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İntihar ve İntihar Girişimi	4
2.1.1. Tarihsel Süreç	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	6
2.1.3. Risk Faktörleri.....	8
2.2. İntihar ve İntihar Girişimine Yönelik Tutumlar.....	11
2.2.1. Tutum Nedir?	11
2.2.2. İntihar Düşüncesi ve İntihar Girişimine Yönelik Tutumlar	13
2.2.3. Sağlık Çalışanlarının İntihar ve İntihar Girişimine Yönelik Tutumları.....	14
2.3. Kişisel Değerlerin ve Kişilik Özelliklerinin Tutuma Yönelik Etkisi.....	15
2.3.1. Kişisel Değerler.....	15
2.3.2. Kişilik Özellikleri.....	16
2.4. İntihar ve Önlenmesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
3.2. Araştırmanın Soruları.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.5. Veri Toplama Araçları	22
3.5.1. Bilgi Formu	22

3.5.2. İntihar Girişiminde Bulunmuş Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ)	22
3.5.3. Kişisel Değerler Envanteri	23
3.5.4. Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği Türk Kültürüne Uyarlaması (BFKÖ).....	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.7. Etik Konular.....	25
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
4. BULGULAR.....	28
4.1. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı	29
4.2. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Ölçekler ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular	31
4.3. Acil Servis Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre İGYTÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	31
4.4. Acil Servis Çalışanlarının Kişisel Değerlerinin İntihar Girişimine Yönelik Tutumları ile İlişkisi.....	37
4.5. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin İntihar Girişimine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulgular.....	38
5. TARTIŞMA	41
5.1. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Sosyo-Demografik, Mesleki ve Psikiyatrik Öykü Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
5.2. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Ölçekler ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması	43
5.3. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre İntihar Girişimine Yönelik Tutumları Arasında Farklılıkların Tartışılması	45
5.4. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Kişisel Değerlerinin İntihar Girişiminde Bulunan Bireye Yönelik Tutumuna Etkisinin Tartışılması	49
5.5. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin İntihar Girişimine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulguların Tartışılması.....	51
5.6. Sonuçlar	53
5.7. Öneriler	54
KAYNAKLAR	56
FORMLAR	67
ETİK KURUL KARARI	77
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	79

ÖZGEÇMİŞ	80
----------------	----



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Ülkemizde İntihar Kapsamı Verileri (TUIK 2019).....	8
Tablo 3-1 : İGYTÖ'ne ait Cronbach's Alpha Değerleri	23
Tablo 3-2: KDE'ne ait Cronbach's Alpha Değerleri	24
Tablo 3-3:BFKÖ'ne ait Cronbach's Alpha Değerleri.....	25
Tablo 4-1: Acil Servis Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=205).....	29
Tablo 4-2: Acil Servis Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=205)	30
Tablo 4-3: Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=205). 31	
Tablo 4-4 :Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre İGYTÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=205).....	33
Tablo 4-5: Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Psikiyatrik Öyküsüne göre İGYTÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=205).....	34
Tablo 4-6 :İGYTÖ ve KDE Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	38
Tablo 4-7 : İGYTÖ ve KDE Alt Boyutlar Arasındaki Çoklu Regresyon Modeli	39
Tablo 4-8: İGYTÖ ile Sosyo-demografik ve Mesleki Veriler Çoklu Regresyon Modeli	39

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TDK: Türk Dil Kurumu

SB: Sağlık Bakanlığı

BM: Birleşmiş Milletler

AİDS: Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

İGYTÖ: İntihar Girişimine Yönelik Tutumlar Ölçeği

KDE: Kişisel Değerler Envanteri

BFKÖ: Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği Türk Kültürüne Uyarlaması

ÖZET

Sevim, H. (2021). Acil Servisteki Sağlık Personelinin Kişilik Özellikleri, Kişisel Değerlerinin İntihar Girişimi Olan Hastaya Yönelik Tutumuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma yetişkin acil serviste çalışan sağlık personelinin kişilik özellikleri ve kişisel değerlerinin intihar girişimi olan hastaya yönelik tutumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve yetişkin acil servisinde çalışan 46 hekim, 132 hemşire ve 27 acil tıp teknikeri olmak üzere 205 çalışan oluşturdu. Verilerin toplanmasında Bilgi Formu, “İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği” (İGYTÖ) ve “Kişisel Değerler Envanteri” (KDE) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar, (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, minimum, maksimum) karşılaştırma analizlerinde Mann Whitney U Testi, T testi ve ANOVA testleri kullanıldı. İGYTÖ ile KDE alt boyutları arasındaki ilişki Pearson Momentler korelasyon katsayısı hesaplanarak bulundu. Ayrıca İGYTÖ' den alınan toplam puana etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla Regresyon Analizleri yapıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Acil servis çalışanlarının intihar girişimi olan hastalara yönelik tutumlarının olumlu olduğu ve tutumların cinsiyet, meslek, psikiyatri servisinde çalışma durumu ve serviste intihara yönelik rehber bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlendi ($p < 0,05$). Regresyon analizi sonucunda intihar girişimi olan hastalara yönelik tutumda erkek cinsiyet, meslekte geçen sürenin artması ve çalışılan serviste intiharla ilişkili rehber bulunmasının olumlu tutum ile ilişkili olduğu bulundu. Ayrıca İGYTÖ ile KDE arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf ilişki olduğu bulundu ($p < 0,05$).

Anahtar Kelimeler: İntihar Girişimi, Kişisel Değerler, Kişilik Özellikleri, Acil Servis Çalışanı

ABSTRACT

Sevim, H. (2021). The Effect of Personality Traits and Personal Values of Health Professional Working in Emergency Department on the Attitude towards Patient with Suicide Attempted. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

This study was carried out to evaluate the effects of personality traits and personal values of healthcare personnel working at the adult emergency department on their attitudes towards a patient with a suicide attempt. The sample of the study consisted of 205 employees, including 46 physicians, 132 nurses, and 27 emergency medical technician, who agreed to participate in the study and worked in the adult emergency department. Information Form, "Attitudes Towards Attempted Suicide Scale" (ATASS) and "Personal Values Inventory" (PVI) were used to collect data. In the evaluation of the data, descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, minimum, maximum) were used for comparison analysis, Mann Whitney U Test, T test and ANOVA tests. The relationship between the ATASS and PVI sub-dimensions was found by calculating the Pearson Moments correlation coefficient.

In addition, Regression Analyzes were performed to determine the variables affecting the total score obtained from the ATASS. Significance was evaluated at least $p < 0.05$ level.

It was determined that the attitudes of the emergency service personnel towards the patients who attempted suicide were positive and that the attitudes differed statistically significantly according to gender, profession, working status in the psychiatric service and the availability of an adviser oriented suicide in service ($p < 0.05$).

As a result of the regression analysis, it was found that male gender, increased time spent in the profession and the absence of a guide regarding suicide in the service were associated with positive attitudes towards patients who attempted suicide. In addition, a statistically significant, positive and weak correlation was found between ATASS and PVI ($p < 0.05$).

Keywords: Suicide Attempt, Personal Values, Personality Traits, Health Professional Working in Emergency Department

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İntihar davranışı, Latince “kendini öldürmek” kelimesinden türemiş olup; kendi ölümünü, yaşadığı sorunların ve ümitsizliğin tek çaresi olarak gören bireyin eylemine verilen isimdir (Aycan, Tümay ve Şimşek, 2000). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre dünyada 40 saniyede bir intihar sebebiyle ölüm gerçekleşmektedir ve dünya genelinde son 50 yıldır intihar hızı %60 oranında artmıştır. İntihar, 15–44 yaşlar arasındaki ölümlerin nedenleri arasında 3. sırada yer alırken, 10–24 yaş grubunda ise ikinci önde gelen sıradadır (WHO, 2019) İntihar davranışına yatkınlıkta yaş, cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, yalnızlık, ruhsal bozukluklar, stresli yaşam olayları, ailesel ve genetik problemler, fiziksel hastalıklar, çocukluk dönemi, psikososyal destekler, olumsuz bilişsel yapılanmalar, ölümcül silahlara ulaşılabilirlik gibi çok çeşitli risk faktörleri rol oynamaktadır (Atay ve Gündoğar, 2004).

İntihar davranışı psikiyatri ve krize müdahale alanında hem aciliyeti hem de yaşamı tehdit ediciliği nedeniyle önemli bir yer tutmaktadır. Bu gibi durumlarda, hastaya ilk müdahale ve bakım genellikle psikiyatri dışı sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır. Acil serviste çalışan sağlık çalışanları hastayı değerlendirme, hastanın muayenesini yapma, tedavisini planlama ve bakımını vermedeki bilgi ve becerisi kadar, hastaya karşı geliştirdiği inanç ve tutumları oldukça önemlidir (Büyükbayram ve Engin 2018). Birçok araştırma, intiharları tamamlayan kişilerin çoğunun ölmeden önce sağlık profesyonelleriyle yakın zamanda temas halinde olduğunu göstermiştir (Ouzouni ve Eskin 2006). Genel olarak intihar, toplum düzenine ve kurallarına karşı bir tehdit olarak algılanmış, intihar eden bireyler hem dini hem de toplumsal anlamda suçlu görülerek dışlanmışlardır (Gündoğmuş ve ark., 2004). İntihar girişiminde bulunan bireylere ilk müdahale eden sağlık ekibi üyelerinden biri olan acil servis çalışanları da içinde yaşadıkları toplumun birer üyesi olarak intihar eden bireylere karşı farklı tutumlara sahiptir. Tutum, Türk Dil Kurumu (TDK) web sayfasındaki Ruh Bilim Terimleri Sözlüğü’ne göre “Belirli birtakım kişi, nesne ve olaylara karşı sürekli olarak aynı biçimde davranmamıza neden olan öğrenilmiş eğilim” olarak tanımlanmıştır (TDK 2022).

Hastaneye yatan intihar girişiminde bulunan hastaların özellikle hemşirelerde fiziksel hastalığı olan hastalara oranla daha olumsuz tutumlar uyandırdıkları ileri sürülmüştür (Anderson ve Standen, 2007). Kanıtlar intihar hastalarına yönelik olumsuz tutumların hasta sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Neville ve Roan, 2013). Literatür, hemşirelerin potansiyel intihar hastalarını tespit etmek ve müdahale etmek için en iyi fırsata sahip olduğunu ve intihar davranışında bulunan hastalarını önemseyen hemşirelerin pozitif terapötik bakım sağlama ve potansiyel olarak hayat kurtarıcı önlemlerle müdahale etme kabiliyetinin olduğunu göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan bireylere karşı tutumlarını duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin etkilediğini görülmektedir. Duygusal bileşeni, kişi ya da durum karşısında hissedilen duygu ve sempati; bilişsel bileşeni inançlar, değerler ve bilgi; davranışsal bileşeni ise intihar girişiminde bulunan olguya karşı sergilenen davranış oluşturmaktadır. Bu bağlamda bireylerin tutumlarını kişisel değerleri ve özellikleri olumlu veya olumsuz etkilemektedir (Bolster, Holliday ve ark. 2015).

Değerler bir kimsenin çeşitli insanları, insanlara ait nitelikleri, davranışları değerlendirirken başvurduğu kriter olduğundan, değerlerin incelenmesi hem bireyleri hem de içerisinde bulundukları kültürleri ve örgütleri anlamakta temel bir yöntemdir. Bilişsel düzeyde baktığımızda öncelikleri o kişinin inançlarını, tutumlarını, davranışlarını ve neyin istenilir olduğunu anlamamızda kilit kavramdır (Roy, 2003, Kaynak Asan ve ark. 2008 p.16). Değer kavramı tutumun tanımlanmasında çıkış noktasıdır. Değerler beşerî olayları belirleme özelliklerine sahiptirler; yargı, norm ve eylemlerle, dışlanır ve bunlara ölçü teşkil ederler. Bireylerin sahip oldukları değer olgularının, kişilik özelliklerini doğrudan etkilediği ifade edilmektedir (Yıldız ve Dilmaç 2012).

Kişilik, bireyin kendine özgü özelliklerinin tamamına ve çevresi ile uyum göstermek için geliştirdiği davranışların tümüdür (Kulaksızoğlu 2006). Bir bireyin düşünceleri, davranışları ve duyguları kişiliğinin göstergesidir. Kişiliğin ortaya çıkmasında bireyin doğumuyla beraber getirdiği özellikleri ve içinde yaşadığı toplumun etkilerini beraber görebiliriz. Yaşanılan çevre göz önüne alındığında kişiliğin yalnızca

bireyin kişilik özelliklerinden değil, yaşadığı topluluğun ve o topluluğun değerlerinin de belirli ölçüde etkisi mevcuttur (Yıldız ve Dilmaç 2012). Bu tanımlamalardan, var olan değerlerin, farklı kişilik özelliklerine göre farklı algılandığı ve böylelikle tutumları oluşturduğu sonucuna varılmaktadır.

Acil servis gibi iş yükünün, hasta sayısının çok olduğu kliniklerde sağlık çalışanlarının intihar eden bireye yönelik tutumları, bu bireylere verecekleri bakımı etkileyecektir. Ülkemizde acil servis çalışanlarının intihar girişiminde bulunan bireylere karşı tutumuyla ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışanların kişisel değerleri ve kişilik özelliklerinin bu durum üzerindeki etkisi çalışılmamıştır. Bu gerekçelerden hareketle bu çalışma acil servis çalışanlarının kişisel değerleri ve kişilik özelliklerinin intihar eden hastalara karşı tutumlarına etkisinin belirlenmesinde bilgi sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İntihar ve İntihar Girişimi

İntihar ve girişimleri hem dünyada hem de ülkemizde ölüm nedenleri arasında önemli bir yere sahiptir (Atay ve Gündoğar, 2004). Türk Dil Kurumu (TDK) intiharı, “Bireyin toplumsal veya ruhsal nedenlerin etkisiyle kendi yaşamına son vermek amacıyla eyleme geçmesidir.” şeklinde tanımlamıştır (TDK, 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise intiharı tek bir nedene bağlamamış ve psikolojik, biyolojik, genetik, sosyal ve çevresel etmenlerin birleşimiyle ortaya çıkmış karmaşık bir sorun olarak tanımlamıştır (WHO, 2000).

Sigmund Freud, intiharı bir nesneye ya da başka bir bireye duyduğu saldırgan hisleri kendisine yöneltmesi şeklinde tanımlamıştır (Freud, 2019). Freud’a göre kişi kendisini dışsal bir nesne olarak gördüğünde, dışsal nesneye karşı hissettiği saldırgan hisleri kendisine yönlendirebilmekte ve intihar düşüncesini eyleme geçirerek kendi yaşamına son verebilmektedir (Lees ve Stimpson, 2010).

Erich Fromm intiharın gelişiminin merkezine sosyal dürtüleri koymaktadır (Sümer, 2016). Fromm göre temel ihtiyaçlarını karşılamak insanların motivasyonun küçük bir parçasını oluştururken sevgi, dayanışma özgürlük gerçeklik, kıskançlık, hırs, açgözlü olma gibi tutkular en büyük motivasyonunu oluşturur. Bu tutkularına ulaşamayan insanlar yaşamlarını riske atar ve intihar edebilirler (Fromm, 1973).

Edwin Shneidman, intiharın psikolojik bir acı olduğunu söyleyerek, bireyin acılarına çözüm bulmak ve bu durumdan kurtulmak için bilinçli olarak yaşamını sona erdiren patolojik bir davranış olarak tanımlamıştır (Uludüz ve Uğur, 2001; Leenars, 2010).

Dünya genelinde 12-29 yaş arasındaki ölüm nedenleri arasında intihar ikinci sırada yer almaktadır. Dünya genelinde her 40 saniyede bir olmak üzere yılda 800.000 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (WHO, 2019). Ülkemizde intihar olayları ile ilgili resmi veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. TÜİK 2019 verilerine göre intihar yıllık toplam intihar sayısı 3046’ dir (TÜİK, 2019).

Son yıllarda DSÖ intiharı, intihar girişimi ve intihar eylemi olmak üzere iki farklı grupta değerlendirmektedir. İntihar eylemi, ölümle sonuçlanan girişimleri ele alırken; intihar girişimi kişinin kendisine zarar vermek ya da ilgi çekmek amacıyla gerçekleştirdiği ölümle sonuçlanmayan tüm girişimleri kapsar (WHO, 2007). İntihar ile ilgili ilk araştırmaları yapan Fransız sosyolog Emile Durkheim ise; “Sonuçları kurban tarafından bilinen, kendisi tarafından gerçekleştirilen olumlu veya olumsuz eylemlerin direkt ve dolaylı sonucu ölüm olan her eyleme intihar, ölüm ile sonuçlanmayan eylemler ise intihar girişimidir.” şeklinde tanımlamıştır (Durkheim, 2019).

İntihar girişimini tamamlayanlardan daha çok kişi intihar girişiminde bulunmakta olup, onlardan da fazlası intihar etmeyi planlamıştır (Towsend, 2016). Bireyin intihar girişiminde bulunması ölmek isteğinin gerçekten var olmasının yanında; umutsuzluk, acı gibi hislerini göstermek amacını da içeriyor olabilir (Şevik ve ark. 2012). Kişinin bir kere intihar girişiminde bulunmuş olması tekrardan intihar girişimde bulunma ihtimali açısından büyük bir risk faktörüdür. İntihar girişiminde bulunan kişilerin bir sonraki intihar girişimlerinin %20’si ölümle sonuçlanmaktadır (Uluşahin ve Öztürk, 2016).

2.1.1. Tarihsel Süreç

Antikçağ’dan günümüze kadınlarda ve erkeklerde istemli ölüm eylemleri görülmüş ve çoğunlukla toplum içerisinde kınamalara neden olmuştur (Minois, 2008). Birçok toplumun intihar eylemine yaklaşımı ilkel düzeydeki korkudan etkilenmektedir (Bulut ve ark., 2012). Eski Yunan’da intihar eylemi Aristoteles ve Platon tarafından kınanmasına rağmen devlet tarafından çeşitli kanunlarla denetim altına alınmıştır. Attike adı verilen yasa ile yaşamı sonlandırmak isteyen bireyin sebeplerini devlete bildirerek izin alması zorunlu hale getirilmiştir (Bulut ve ark., 2012).

Roma’da çoğunlukla zor yaşam şartları, hastalık, eş-akraba ölümü, işkence intiharın temelinde yatan nedenlerdir. Toplum soylular, askerler ve köleler olmak üzere sınıflardan oluşturulmuş ve intihar davranışlarına yönelik tutumlar farklı değerlendirilmiştir (Bulut ve ark., 2012). Soyluların intiharı onurlu bir davranış olarak değerlendirilirken, köylülerin intiharı korkakça bir eylem olarak görülmüş, askerler ve

köylüler için yasaklanmıştır.Orduda intihar girişiminde bulunup hayatını kaybetmeyen askerler için ceza uygulanmıştır (Minois, 2008).

Ortaçağ döneminde burjuvalar ve papazların günlükleri adli evrak olarak değerlendirilmiş ve intihar verileri için kullanılan kaynakları oluşturmuştur. Günlüklerdeki bilgilerin eksik ve tutarsız olması nedeniyle kesin bilgilere ulaşmak zordur. Bu kısıtlı bilgilere rağmen intihar her iki cinsiyette ve tüm toplumsal sınıflarda görülmüştür. Ortaçağ'da intihar delice davranış veya şeytanın kışkırtmaları sonucu istemli ölüm olarak değerlendirilmiş ve cesetler üzerinde cezalandırmalar yapılarak kınanmıştır (Minois,2008).

Rönesans döneminde intihara yönelik tutum değişmeye başlamış fakat protestan çerçevelerce kişiyi intihara iten etmenin şeytan olduğu ve kendini öldürme günahının sorumlusu olarak görülmeye devam etmiştir. "İnsan hayatına ancak Tanrı son verebilir" görüşü devam etmiş ve yasaklanmıştır. İslamiyette de intihar başka birini öldürmek gibi değerlendirilmiştir. Ölümle sonuçlanan eylem cezalandırılmazken, girişimde bulunan ve ona yardım edenler cezalandırılmıştır (Minois, 2008; Bulut ve ark., 2012).

Osmanlı döneminde ise cumhuriyet sonrası dönemine oranla intihar olayları daha az görülmektedir (Kılıç, 2013). Aynı zamanda dinin temsilcisi olarak görülen yönetim tarafından da intihar men edilmiş ve toplum tarafından da kabul görmemiştir (Gökalp, 2009). Bu döneme ait kayıtları intihar eden kişinin ardında bıraktığı umutsuzluk, acı, heyecan içeren notları ve gazete haberlerinden oluşmaktadır. Gazetelerde intihar olayları okuyucunun merakını uyandıracak şekilde intiharın şeklini, hikayesini ayrıntılı olarak vererek intihar eden kişiyi aciz gösterecek sıfatlar kullanılarak yayınlanmıştır (Kılıç, 2013). İslam dininin intiharı yasaklaması ve Osmanlı devletinin olumsuz tutumlarına rağmen nadir de olsa Timur'a esir düşen Beyazıd'ın intiharı gibi vakalar toplum tarafından onurlu davranış olarak kabul görmüştür (Gökalp, 2009).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya genelinde intihar halk sağlığı sorunu olarak ele alınmıştır. DSÖ verilerine göre dünyada her 40 saniyede bir kişi intihar sonucu hayatını kaybetmektedir (WHO, 2015). DSÖ (2019) verilerine göre, erkekler kadınlardan 1.8 kat daha fazla intihar

oranına sahiptir ve bu oranın yüksek gelirli ülkelerde 3 kat daha fazla olduğu gözlenmektedir. Kadın nüfusunun %5.7 ve erkek nüfusunun %12.6'sı intihar sonucu hayatını kaybetmiştir. Bu oranlar Amerika'da erkeklerde %15, kadınlarda %4.4, Avrupa'da erkeklerde %20.4, kadınlarda %5.6, Türkiye'de ise erkeklerde %11.4 ve kadınlarda %3.3 olarak bildirilmiştir. Tüm veriler doğrultusunda 2010-2016 yılları arasında küresel yaşa göre standardize edilmiş intihar oranları küresel anlamda %9.8 oranında azalmıştır (WHO, 2019).

Dünya genelinde gelir düzeyine göre intihar oranları belirlenmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınlar 9.1/100.000 oranı ile diğer gelir düzeylerine göre daha yüksek intihar oranına sahiptir. Yüksek gelir sahibi ülkelerde yaşayan erkekler ise 7.2/100.000 ile diğer ülkelerde yaşayanlara göre daha yüksek intihar oranlara sahiptir (WHO, 2019).

Türkiye'de 2005'ten beri intihar verileri TÜİK tarafından derlenmekte ve yayınlanmaktadır. TÜİK (2019) verilerine göre 2626 erkek, 780 kadın olmak üzere toplam 3406 kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ülkemizde 2019 yılı kaba intihar oranı 4.2/100.000 olarak bildirilmiştir (TÜİK, 2019).

İntihar ile ilgili yapılan çalışmalarda intihar davranış ve yönteminin ülkeler arasında farklılıklar gösterdiği ortaya çıkmıştır (Ajdacic-Gross ve ark. 2008). Amerika'da en sık başvurulan yöntem ateşli silah kullanımı olurken Avrupa ülkelerinde her iki cinsiyette de en yaygın kullanılan yöntemin ası olduğu belirlenmiştir (Ajdacic-Gross ve ark. 2008; Vařnik ve ark. 2007). Ülkemizde ise %47.8 ası, %27.5 ateşli silah kullanımı olmak üzere en çok bu iki yöntem tercih edilmektedir (TÜİK, 2019).

İntihar davranışının 90'lar itibariyle küresel anlamda artış göstermesiyle bereaber DSÖ ve Birleşmiş Milletler (BM) intiharın önlenmesi için broşürler yayınlamış ve intiharın önlenmesine yönelik eylem planları DSÖ tarafından oluşturulmuştur (WHO, 2012; WHO, 2014). DSÖ'nün 2005 yılında Helsinki'de yaptığı toplantı önerileri doğrultusunda 2006 yılında 'Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı' hazırlanmıştır. Planın beşinci maddesinde 'İntiharı ve ruh sağlığı sorunlarını önlemek' maddesi yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı (SB), 2011).

2.1.3. Risk Faktörleri

DSÖ intihar eylemi risk faktörlerini; kişisel, ilişkisel, yaşadığı çevreyle ilgili, toplumsal ve sağlık sistemi ile ilgili olmak üzere beş basamakta değerlendirmiştir (WHO, 2014). Risk faktörlerini belirlemenin, intihar ve intihar girişimlerinin önlenmesinde önemli bir yeri bulunmaktadır (Sayıl, 2000). Yaş, cinsiyet, düşük ya da yüksek sosyoekonomik düzey, ruhsal veya fiziksel hastalıklar, çocukluk dönemi, stresli yaşam gibi kişisel ya da çevresel faktörler intihar davranışı açısından risk oluşturmaktadır (Atay ve Gündoğar, 2004).

Tablo 2-1: Ülkemizde İntihar Kapsamı Verileri (TÜİK 2019)

İntihar Kapsamı		Sıklığı (%)
Cinsiyet	Erkek	77,1
	Kadın	22,9
Yöntemler	Kendini asma	47,8
	Ateşli silah kullanma	27,5
	Yüksekten atlama	12,5
	Kimyevi madde	3,3
	Suya atlayarak	1,4
	Diğer	7,5
Nedenler	Bilinmeyen nedenler	32,1
	Hastalık	22,0
	Aile geçimsizliği	3,7
	Geçim sıkıntısı	9,4
	İlişkisel sıkıntılar	2,7
	Ticari başarısızlık	0,2
	Akademik başarısızlık	0,2

TÜİK, 2019 Verileride derlemiştir.(TÜİK, 2019) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Istatistikleri-2018-30701#:~:text=%C3%96l%C3%BCmle%20sonu%C3%A7lanan%20intihar%20say%C4%B1s%C4%B1%202017,4'%C3%BCn%C3%BC%20ise%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu.>

Bireysel faktörler; cinsiyet, yaş, ailesel intihar öyküsü, daha önce intihar girişiminde bulunmak, sosyoekonomik düzey, kişisel özellikler gibi etmenlerden oluşmaktadır. DSÖ verilerinde bölgesel farklılıklar olmasına rağmen ergenlerde ve ileri yaş bireylerde intihar riski daha yüksektir (WHO, 2014). Ergenlikle birlikte hızla yaşanan sosyal, biyolojik ve psikososyal değişiklere uyum sağlamada zorlanma, alkol-madde kullanımının ve duygudurum bozukluklarının bu dönemde başlaması intihar oranlarının yüksek olmasının nedenleri olarak belirtilmektedir (Öncü, 2017). Kendini gereksiz ve yaşamak için bir nedene sahip olmadığını düşünen yaşlılar da ise risk daha yüksek ve intihar girişimleri daha ölümcül yöntemlerden oluşmaktadır (Turecki ve Brent, 2016, Öncü 2017). Dünyada ölümle sonuçlanmış intihar girişimleri erkeklerde kadınlardan fazla olmasıyla beraber intihar girişimi kadınlarda daha fazla görülmektedir (Dahlen ve Canetto, 2002). Agresif davranış ve alkol kötüye kullanımın erkeklerde daha sıklıkla görülmesi; erkeklerdeki intihar oranının daha fazla olmasını kısmen açıklayabilir (Mann, 2002). Türkiye’de kadın ve erkeklerdeki intihar sayılarına baktığımızda 2019 yılında gerçekleşen 3406 intihar vakasının 2626’sı erkekler tarafından gerçekleştirilmiştir (TÜİK, 2019).

Çok sayıda çalışma fiziksel hastalığın varlığı ile intihar arasında ilişki olduğunu ve bu hastalıkların intihar riskini arttırdığını göstermektedir (Van Orden ve ark. 2010). Kanseri, AIDS, epilepsi, Huntington hastalığı, Multiple Skleroz gibi fiziksel hastalıkların varlığında risk daha fazladır (Mann, 2002). Fiziksel hastalıklarda görülen fiziksel sınırlamalar, ağrı, fiziksel görünümde bozulma ve sosyal izolasyon gibi faktörlerin riski 2-3 kat daha da arttırdığı görülmektedir (Saxena ve Fleischmann, 2014; Van Orden ve ark. 2010, Öncü, 2017).

Psikolojik faktörler; İntihar eden bireylerin yaklaşık %90’ı psikiyatrik bir hastalık tanısına sahiptir. Ruhsal bozukluk tanısı almış intihar vakalarının %43.2’si duygu durum bozuklukları, 25.7’si alkol madde kötüye kullanımı ve %16.2’si kişilik bozukluğu tanıları almış kişilerden oluşmaktadır (Arsenault- Lapierre ve ark. 2004). Depresyon intihar morbiditesini arttıran önemli duygudurum bozukluklarından. Özsaygısı azalmış, kendini değersiz hisseden, depresyon tanılı bireylerin bir cezayı hak ettikleri düşünceleri ve işe yaramazlık hisleri intihar düşüncelerini artırır (Uluşahin ve

Öztürk, 2016). Şiddetli depresyon kaynaklı intiharların fazla olduğu toplumlarda diğer depresyonlu bireyler için rol model oluşmaktadır (Stack ve Kposova, 2008). Şizofreni hastalarının %20-50'si intihar girişiminde bulunmaktadır. Özellikle akut dönemlerde aniden, anlaşılması zor yöntemler ile intihar edildiği sık görülmekle beraber alkol-madde kötüye kullanımı intihar eğilimini arttırmaktadır (Uluşahin ve Öztürk 2016).

Sosyal faktörler; yalnız yaşam, boşanma, eş-arkadaş kaybetme, sosyal desteğin azalması, ailesel stres, sosyal izolasyon ölümcül intihar girişimleri açısından en güçlü risk faktörlerindendir (Van Orden ve ark. 2010). Savaşlar, evsizlik, çocukluk dönemi istismarları gibi stresli yaşam olayları ve intihar aracına kolay erişim, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmada zorluk gibi çevresel etmenler intihar riskinin artmasına neden olmaktadır (Van Orden ve ark., 2010, Öncü, 2017). Kırsal bölgede yaşama, ateşli silahlara kolay ulaşma, işsizlik gibi stres düzeyini arttıran faktörler de intihar davranışını tetikleyebilmektedir (Mann, 2002).

Göçmenlik intihar için önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalar sonucu intihar hızı yüksek ülkelerden göçen kişilerin intihar riski daha yüksek bulunmuştur (Öncü, 2017). Askerler arasında gerçekleşen intiharlara bakıldığında uyum zorlukları, yalnızlık, travma sonrası bozukluklar gibi etmenler intihar davranışında riski oluştururken, genç erkek çoğunluk olduklarından riskler açısından özel bir grubu da oluştururlar (Özmenler, 2017).

DSÖ ve Sağlık Bakanlığı tarafından cezaevi intiharları üzerine ortak bir çalışma yürütülmüştür. Çalışmada hücrede tek başına kalma, çaresizlik hissi şiddetli intihar davranışı açısından önemli risk etmeni olarak bulunmuştur. Aynı zamanda ileri yaşlarda olup ağır suçlardan yatan kişilerin şartlı tahliye gibi hakların kaybettikleri dönemler riskli zamanlar olarak tanımlanmıştır (Erim, 2017).

İntihar davranışının medyada yansıtılma şeklinin çeşitli etkileri olabilir. Aynı toplum içerisinde yaşayan depresyondaki kişiler ve ergenler için medyada yayınlanan dramatik bir intiharın ayrıntılarının verilmesi intiharın taklit edilmesine neden olabilmektedir. Bu duruma örnek olarak 'Werther Etkisi' taklit intiharları verilebilir. Avrupa'nın bir çok yerinde aşk acısı çeken gençlerin Goethe'nin 1774 yılında yayınladığı Genç Werther'in Acıları kitabında bahsedildiği biçimde intihar etmeye

başlamış bunun üzerine kitap yasaklanmıştır (Öncü, 2017). DSÖ'nün medyada intihar ile ilgili yayınların nasıl yapılması gerektiği ile ilgili klavuzu mevcuttur (WHO, 2014).

2.2. İntihar ve İntihar Girişimine Yönelik Tutumlar

Konunun daha kapsamlı anlaşılması açısından intihara yönelik tutumlardan bahsetmeden önce tutumun tanımı ve öğelerinin neler olduğuna yer vermek önemli olduğu düşünülmektedir.

2.2.1. Tutum Nedir?

Latince kökenli olup 'harekete hazır' anlamına sahip olan tutum kavramı ile ilgili bir çok tanımlama yapılmıştır. Tavşancıl (2010) tarafından aktarıldığı gibi Katz tutumu 'bireyin sahip olduğu değerlere bağlı olarak bir nesneyi, simgeyi, kişiyi ya da dünyayı iyi veya kötü yararlı ya da zararlı yönleriyle algıladığı bir düşünce biçimidir' şeklinde tanımlamıştır .

Tutum, kişinin kendisine, çevresine, herhangi bir nesneye, olaya karşı olumlu veya olumsuz deneyimlerinin duygusal ya da davranışsal yansımalarıdır (Er, 2013).Tutumlar kişiyi davranışa hazırlayan birikimlerdir ve bulunan ortamın değişkenleri ile etkileşimin sonucu davranışı ortaya çıkardığı görülmektedir (Kağıtçıbaşı ve Cemalcılar, 2014). Bireylerin davranışlarını etkileyecek bir faktördür ve öğrenme evresi içinde kazanılan deneyimlerle oluşmaktadır. Bireylerin tutumları gözle görülemede davranışlarına bakılarak objeye ya da olaya karşı tutumu ile ilgili fikir sahibi olunabilir (Tavşancıl, 2010).

Tutumların duygusal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç ögesi bulunmaktadır. Bu öğelerin arasında tutarlılık ve koordinasyon olduğu düşünülmektedir (İnceoğlu, 2010).

Duygusal öğeler; tutum konusuna, nesnesine karşı olumlu veya olumsuz anlamda, bireyden bireye değişen geçmiş deneyimlerin sonucu ortaya çıkan öğelerdir (İnceoğlu, 2010). Duygusal bileşenler bireyin değerler sistemi ile de ilişkili olup tutum konusunun bireyin amaçlarına uygun olup olmaması olumlu veya olumsuz tutumlarının oluşmasında etkilidir (İnceoğlu, 2010 ve Tavşancıl, 2010). Duygusal öğeler davranışsal öğeyi etkiler ve davranışsal öğe duygusal öğenin sonucu olarak ortaya çıkar. Duygusal

öğelerin baskın olması tutumun oluşumunda etken olarak ortaya çıkma sürecini hızlandırır (İnceoğlu, 2010).

Bilişsel öğeler, tutumu ortaya çıkaran nesne, olay ya da duruma karşı var olan inanç ve bilgiden oluşmaktadır (İnceoğlu, 2010). Bilgi; bireyin daha önce durumu deneyimlemesi ya da dolaylı olarak öğrenmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tutumu oluşturan bilgi ne kadar gerçekçiye tutum o kadar kalıcıdır (İnceoğlu, 2010 ve Tavşancıl, 2010). İnanç; TDK'da 'Bir düşünceye gönülden bağlı bulunma, inanma duygusu' olarak tanımlanmıştır (TDK, 2020). Bir tutumun duygu ve inanç yönü birbirini etkiler ve inançlar tutumları destekler. Bir olaya karşı oluşan inanç o olaya karşı olumlu veya olumsuz tutumu oluşturur (Tavşancıl, 2010).

Davranışsal öğe, bireyin durum, nesne veya kişiye karşı sözel ya da hareketleriyle tutumunu yansıtmadır. Davranışsal öğelerden bahsederken normatif ve duygusal davranışı ayırt etmek gerekmektedir. Normatif davranış, doğru davranışın hangisi olduğunu konusundaki inançlardan etkilenirken, duygusal davranış ise sevdiği ya da sevmediği durumlarla ilişkilendirilen davranıştır (İnceoğlu, 2010).

2.2.2. İntihar Düşüncesi ve İntihar Girişimine Yönelik Tutumlar

Araştırmalar intihar girişimine yönelik tutumların bilişsel, duygusal ve davranışsal öğeler tarafından etkilendiğini göstermektedir. Duygusal öğeler; durum karşısında hissedilen duygu ve bireyin değerlerinden, bilişsel öğeler; inanç ve bilgisinden ve davranışsal öğeler ise intihar girişiminde bulunan kişiye karşı gösterilerin davranışlardan oluşmaktadır (Bolster, Holliday ve ark. 2015). Her tamamlanmamış intihar vakası bir sonraki girişim için 8-10 kat risk faktörlerini arttırmaktadır (WHO, 2000). Yapılan çalışmalarda intihar edenlerin yaklaşık üçte ikisinin fiziksel veya psikolojik şikayetler nedeniyle ölmeden önceki bir kaç aylık süreçte bir sağlık profesyoneliyle temas kurduğunu göstermiştir. (Kutcher ve Chechil, 2007).

İntihara yönelik tutumlar kültürlerarası farklılıklar gösterebilmektedir (Eskin ve ark., 2014). İntihar eyleminin toplumlar arasında farklılık göstermesinin nedenlerinden biri intihara yönelik tutumlardır (Eskin, 2017). İntihar oranları yüksek topluluklarda intihar için mazeret sunan vaka sayısı daha fazladır. Yüksek intihar oranına maruz

kalmak intihar davranışına yönelik olumlu tutumları etkilemektedir (Stack ve Kposowa, 2008).

ABD’de yapılan çalışmalarda intihar girişimlerinin daha kadınsı ve genç davranışı olarak görüldüğü kadınların erkeklere oranla intihar girişimlerine daha fazla sempati duydukları bulunmuştur (Dahlen ve Canetto, 2002). Norveç’te Hjelmeland ve Knizek (2004) 18-65 yaş aralığındaki bireylerle yaptığı araştırmaya göre (N:1000) katılımcılar intiharın önlenabilir olduğunu ve intihar ile ilgili konuşulmanın insanları intihara yönlendirebileceği konusunda emin olamadıklarını belirtmişlerdir.

İsveç, Avusturya ve Türk gençleri arasında yapılan bir çalışmada, İsveç ve Avusturyalı gençlerin Türk gençlerine göre intihara karşı daha olumlu tutum sergilediği gözlenmektedir. (Eskin ve ark.,2014). Arslantaş ve ark. (2019) hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada (N:403) daha önce intihar girişiminde bulunmuş öğrencilerin diğer öğrencilere göre intiharı daha kabul edilebilir olarak gördükleri bulunmuştur. İntihara yönelik tutumlarda dini inancın da etkili olduğu gözlenmiş, Afrika ve ABD’liler arasında Tanrı’nın hayat sorumluluğu ile ilgili inancının varlığı intihara yönelik damgalamayı desteklerken, intihara meyilli kişilere şefkat göstererek destek oldukları gözlenmiştir (Demirkıran ve Eskin, 2006; Osafa ve ark., 2012).

2.2.3. Sağlık Çalışanlarının İntihar ve İntihar Girişimine Yönelik Tutumları

Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmalarda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma süresi, bilgi, dini inançlar ve intihar deneyimleri gibi faktörlerin intihara yönelik tutumu etkilediği görülmüştür (Eskin, 2012). İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavisini gerçekleştiren sağlık çalışanlarının tutumlarının bilinmesi ve belirlenmesi, tedaviyi olumlu etkileyecek ve bakımın kalitesini arttıracaktır (Ouzouni ve Eskin 2006; Anderson ve Standen 2007).

İntihar davranışı psikiyatri ve krize müdahale alanında hem aciliyeti hem de yaşamı tehdit ediciliği nedeniyle önemli bir yer tutmaktadır. Hastaya ilk müdahale ve bakım genellikle psikiyatri dışı sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır. Acil servisteki sağlık çalışanları hastayı değerlendirme, hastanın muayenesini yapma, tedavisini planlama ve bakımını vermedeki bilgi ve becerisi kadar, hastaya karşı geliştirdiği inanç ve tutumları oldukça önemlidir (Büyükbayram ve Engin

2018).İntiharları tamamlayan kişilerin çoğunun ölmeden önce sağlık profesyonelleriyle yakın zamanda temas halinde olduğunu gözlenmiştir (Ouzouni ve Eskin 2006).

İntihara yönelik tutumlar bireye verilecek tedavi ve bakımı etkilemektedir (Anderson ve Standen 2007). Ailesi/çevresinde intihar girişimi öyküsü bulunanlar hastalara karşı sempati duymakta ve tedavileri daha olumlu geliştirdiği gözlenmiştir (Demirkıran ve Eskin 2006; Ouzoni ve Nakakis, 2012). Acil servis çalışanlarının intihara yönelik olumsuz tutumları, intihar girişiminde bulunan kişilere yardım etme arzularının azalmasına ve tedavinin seyrinin kötü gitmesine neden olmaktadır (Mackay ve Barrowclough, 2005; McCann, Eileen ve ark.2006). Acil servislerdeki iş yükü fazla olması, eğitim eksikliği gibi faktörler olumsuz tutumları arttırabilmektedir (Tiwari ve Srivastava, 2011).

İngiltere’de doktorlar ve hemşireler ile yapılan çalışmada intihar ruhsal hastalık olarak değerlendirilirken; geçmiş yıllarda ABD ve İtalya’da yapılan benzer çalışmalarda intiharın Tanrı’nın yasalarına veya doğaya aykırı olduğu görüşü ortaya çıkmıştır. İngiltere’deki çalışmada çok az doktor ve hemşirenin bu görüşe sahip olması, İngiliz toplumunun dini inancının ve kiliseye gitmesinin son yıllarda azalmasına bağlanmıştır (Anderson ve Standen 2007). Avustralyalı acil servis çalışanları ile yapılan tutum ile ilişkili çalışmada genellikle olumlu tutumların olduğu bulunurken, tekrarlayan intihar girişimiyle acile başvuran hastalara karşı hayal kırıklığı yaşadıklarını ve dikkat çekmek için intihar girişiminde bulunduklarını düşünen çalışanlar olmuştur. Ayrıca bu hastaların en az bir ruhsal bozukluk tanısı olduğu görülmüştür (Chapman, 2014).

Hagen ve arkadaşlarının (2017) ruh sağlığı hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan hastalara bakma deneyimleri ile ilgili nitel çalışmada deneyimli hemşirelerin intihar girişimini önlemede önemli bir role sahip olduğunu bildirmiştir. Hastane de yatan hastaların yeterince bakım almaması intihar girişimine neden olabilmekte ve eğitim almış deneyimli hemşireler riskleri fark edebilir ve önleyebilirler.Eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha olumlu tutum sergilemektedir (Hagen ve ark., 2017; Stevens ve Nies 2018). Yapılan çalışmalarda olumsuz tutum sergileyen hemşirelerin mesleki özel eğitimlerde kendini eksik hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Shaw ve Sandy, 2016).

2.3. Kişisel Değerlerin ve Kişilik Özelliklerinin Tutuma Yönelik Etkisi

Kişisel değerler, kişilik özelliklerinin oluşmasını etkilemekte ve bu bağlamda bireylerin tutumlarını kişisel değerleri ve kişisel özellikleri olumlu veya olumsuz etkilemektedir (Yıldız ve Dilmaç 2012; Bolster, Holliday ve ark. 2015).

2.3.1. Kişisel Değerler

İnsanlar davranışlarının mantıklı, iyi ve doğru olduğunu düşünmek için değerlere ihtiyaç duyarlar (Ruyter, 2002). İnsani olayların belirleyicisi olan değerler; bireylerin kişilik özelliklerinin oluşumunu da doğrudan etkilemektedir (Yıldız ve Dilmaç 2012).

Değerler; kavram veya inançlardır. Arzulanan sonuç veya davranışla ilgilidir veya belirli durumların ötesinde olup, davranışın belirlenmesi ve olayın değerlendirilmesinde belirleyicidirler (Aavik ve Allik, 2002, Kaynak: Asan ve ark. 2008). Değerler hakkında yapılan başka bir tanımda ise “belli bir toplumda neyin iyi, neyin kötü, doğru veya yanlış, arzu edilir veya arzu edilmez olduğu konusunda ortak görüşler, standartlar” olarak ifade edilmiştir . Değerler sosyalleşme süreciyle birlikte öğrenilirler; bir toplumun kültürünün etkisi altında kalan davranışları o toplumun değerlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle değerler zamana göre ve toplumsal farklılıklar gösterdiği gibi toplumda yaşayan bireylerin de farklı değerleri olabilir, değerler (Karababa, 2019;).

İnsanlar arası ilişkilerde önemli yeri olan değer kavramı ile ilgili sosyologlar, antropologlar ve psikologlar çeşitli çalışmalar ve tanımlamalar yapmıştır (Karababa, 2019). Psikologlar değerleri çoğunlukla “küçük yaşlardan itibaren kazanılan, bireylerin davranışsal tercihleri ve insan davranışlarına rehberlik eden inançlar” olarak ifade ederlerler (Güngör, 1993; Sağnak, 2004).

Rokeach (1974) değerleri, “bireylerin hayatına yol gösteren inançlar” olarak tanımlamıştır. Her bireyin değer sisteminin olduğunu ve tercih edilen davranışın ve inancın hem kalıcı hem de değişebilen özellikte olması gerektiğini ifade etmiştir. Değerlerin sürekliliği üzerinde duran Rokeach, değerlerin aynı kalması durumunda bireylerin veya toplumların değişikliğe açık olmayacağını söylemiştir.

Hofstede 1980’de ‘belirli durumları diğerine tercih etme’ olarak tanımlamıştır (Kaynak: Özkul, 2007). İnsanların değerlerinin toplumsal, kalıtsal ve kişisel etkileşimde olduğunu belirtmektedir. Bireylerin içinde bulundukları seçeneklerden birini seçmesinin nedeni farklı değerlere sahip bireylerin farklı düşünceleri olması bu sebeple farklı seçim yaptığını söylemiştir (Hofstede 1980, Kaynak: Karababa, 2019).

Scwartz (1992) bireylerin hayatında neyin önemli olduğu sorusunun cevabı olan değerleri; “yol gösterici, durumları değerlendirmesinde öncülük eden bilinçli veya bilinçsiz kendini gösteren hedefler” şeklinde tanımlamıştır. Toplumsal yaşantı, kültürel ve kişisel farklılıkların etkisinden dolayı bireylerde değerlerin öncelikleri farklılık gösterebilmektedir (Scwartz, 1992).

2.3.2. Kişilik Özellikleri

Kişilik genel olarak doğuştan gelen ve hayat boyu kazanılan ve diğer insanlardan ayrılmayı sağlayan tüm özelliklerdir (Doğan, 2013). Kişilik, bireyin kendine özgü özelliklerinin tamamı ve çevresi ile uyum göstermek için geliştirdiği davranışların tümüdür (Kulaksızoğlu, 2006). Bireyin düşünce, duygu ve davranış şekilleri, kişilik özelliklerinin belirleyicisidir. Yaşanılan çevre göz önüne alındığında kişiliğin yalnızca bireyin kişilik özelliklerinden değil, yaşadığı toplumun ve toplumun değerlerinin de belirli ölçüde etkisi mevcuttur (Yıldız ve Dilmaç 2012). Bu nedenle kişiliğin gelişmesinde bireyin yaşadığı, yetiştiği toplum önemlilik arz etmektedir (Yavuzer, 2010). Doğan (2013)’e göre davranışların incelenmesi için Costa ve McCrae (1992) kişiliği beş alt faktöre ayırmıştır. Bu beş alt faktörün kişilik özelliklerini; dışadönüklük, özdenetimlilik, yumuşak başlılık, deneyime açıklık ve nevroitiklik (duygusal denge) açısından sınıflandırılmasını sağladıkları söylenebilir (Doğan,2013).

Dışadönüklük ise sosyal, girişken, cana yakın, atılgan ve olumlu düşüncelere sahip olmakla ilişkilendirilmiştir. Pasif, çekingen, sessiz kişiler içedönük kişiler olarak değerlendirilmektedir (Doğan,2013).

Nevrotiklik; duygusal olarak dengesiz olma olarak değerlendirilerek; hüznü, depresif, kaygılı, sabırsız olma ve tedirginlik gibi özellikleri kapsamaktadır (Doğan,

2013). Nevrotik kişiler kaygı, depresyon, saldırganlık gibi psikolojik sıkıntıları ile baş etmede etkin yöntemler kullanamamaktadır (Demirkol, 2013).

Yumuşak başlılık; bireyler arası ilişkilerde, dost canlısı, sıcak olma, uyumluluk gibi özellikleri kapsamaktadır. Sert, uyumlu olmayan, tartışmacı kişiler ise yumuşak başlı olmayan kişileri ifade etmektedir (Glass ve ark. 2013). Yapılan bir çalışmada yumuşak başlılık seviyesi yüksek olanların insanlar arası ilişkilerde daha başarılı olduğu belirlenmiştir (Jensen-Campbell ve Graziano, 2001).

Özdenetimlik; hırslı, planlı, çalışkan, azimli, başarı odaklı kişileri ifade eder. Plansız, disiplinsiz, görev bilinci düşük kimseler düşük özdenetimliliğe sahip kişilerdir (Doğan, 2013).

Deneyime açıklık; yaratıcı, yeniliklere açık, entelektüel, hayal gücü gelişmiş olan kişileri tanımlayan kapsamaktadır. Deneyime açıklığı düşük olanlar, daha çok geleneksel yaşam süren kişilerdir (Doğan, 2013).

Kişilik özelliklerinin çevresel, genetik faktörlerin de etkisiyle intihar davranışında rol oynadığı belirtilmektedir (Perroud ve ark., 2013). Beş faktörlü kişilik özelliklerinin intihar girişimi ve düşüncesine etkileri üzerine yapılmış çalışma sonuçlarına bakıldığında; nörotiklik düzeyinin yüksek olmasının, uyumluluk, dışa dönüklük ve özdenetim düzeylerinin ise düşük olmasının intihar düşüncesini arttırdığı bulunmuştur (Kerby, 2003; Beautrais, 2003).

2.4. İntihar ve Önlenmesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

İntihar nedenlerinin belirlenerek erken fark edilip önlenmesi gereken toplumsal bir sorundur. İntihar sadece bireyi değil, ailesi, arkadaşları gibi tüm çevresini etkileyen bir eylemdir (Duru ve Özdemir, 2009). Dünya genelinde yaşanan ekonomik krizler, toplum yapılarındaki değişimler, bireylerin hayat şartlarındaki olumsuzluklar intihar riskini arttırmaktadır (Larkin ve Beautrais, 2010, Tatlıhoğlu, 2012).

Toplumsal tabular ve damgalamalar bireylerin yardım arama çabalarına engel olmaktadır (Özgüven ve ark.,2016). İntihar riski taşıyan bireylerle, intihar ile ilgili konuşulmasının engellenmesi ya da yok sayılması bu kişilerin intihar girişiminde bulunmasına engel olmaz (Tatlıhoğlu, 2012).

İntihar girişimine yönelik önleme çalışmaları tedavi kadar önemlidir. İntiharı önlemeye yönelik eylemler; birincil düzey, ikincil düzey ve üçüncül düzey girişimler olarak ayrılmaktadır (Özgüven ve ark., 2016).

Birincil düzey önlemedeki temel amaç, toplumun intihar yönelimini ve risk faktörlerinin azaltılmasını sağlamak ya da ortadan kaldırmaktır (Özgüven ve ark., 2016). Kişilerin öfke kontrolü, stresle baş etme, problem çözme, depresyonla baş etme gibi becerilerinin artırılması intihar girişimlerini önlemede önemli rol taşımaktadır (Tatlılıoğlu, 2012). DSÖ, internet ve sosyal medyanın uygun olmayan kullanımının intihar riskini arttırdığını bildirmiştir (WHO, 2014).İntihar ile ilgili haberlerin ayrıntılı bir şekilde internette ya da sosyal medyada normalleştirerek paylaşılması gerekmektedir (Palabıyıkoglu ve Karacan, 2008). Çoğunlukla gençlerin sosyal medya üzerinden intihar düşüncelerini paylaşmaları ya da intihar yöntemlerini araştırmaları olumsuz sonuçlara örnek olabilir (Robinson ve ark., 2015). Ancak sosyal medya ya da internette intihar ile ilgili kelimelerin kişileri öncelikli olarak intihar önleme sayfalarına yönlendirmesi olumlu katkılar sağlayabilir (WHO,2014; Sayıl, 2008). Dünya genelinde pek çok ülkede intiharın önlenmesi ve risk faktörlerinin belirlenmesi için çeşitli projeler yönetilmektedir (Temel,2009). Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri Ruh Sağlığı Merkezi ‘Signs of Suicide- SOS’ (Aseltine ve Demartino 2004; Siyez, 2005), Avustralya’da “National Suicide Prevention Strategy-NSPS” (Robinson ve ark., 2006), Kanada’da “Gençlik Ruh Sağlığı Merkezi”nce uygulanan ‘Applied Suicisde Intervention Skills Training-ASIST’ (Murray ve Wright 2006), bu programlarından bir kaçıdır.Ülkemizde “Sosyal Destek Hattı” olan “Alo 183” ve “Gençlik Destek Hattı” uygulamaları ile intihar düşüncesi olan vatandaşlara tele destek hizmetleri sağlanmaktadır (Alo183, 2021, Gençlik Destek Hattı, 2021).

İkincil düzey önlemede intihar girişimi açısından riskli gruptaki bireylerin belirlenmesi önemlidir (Tatlılıoğlu, 2012).Risk grubunda, alkol-madde bağımlıları, ruhsal bozukluk, ruhsal bozukluk öyküsü olanlar ve önceden intihar girişiminde bulunmuş bireyler bulunmaktadır (Özgüven ve ark., 2016). Bu aşamada belirlenen gruptaki bireylerin ruh sağlığı uygulamalarına ulaşmasını sağlamak ve kriz anını yönetmesine yardım etmek gerekmektedir (Tatlılıoğlu, 2012, Özgüven ve ark., 2016).

Üçüncül düzey girişimler ise, kısa zaman içerisinde intihar girişiminde bulunan bireyleri kapsamaktadır (Özgüven ve ark., 2016). Bu aşamadaki bireylerin tedavisi, intihar girişimini öncelikli tedavi etmek ve tekrarlayabilecek intihar girişimini önlemek üzerinedir (Tatlılıoğlu, 2012). İntihar girişiminde bulunmuş bireylerin ilk üç ay içerisinde girişimi tekrarlama olasılığı çok yüksektir ve tekrarlayan girişimlerde bulunanların yaklaşık %20 kadarı hayatını kaybetmektedir (Uluşahin ve Öztürk, 2016). Ata ve arkadaşlarının (2021) ülkemizde intihar girişimi ile acil servislere başvuran hastaları incelediği retrospektif çalışmada; acil servise başvuran hastaların çoğunluğu son bir yıl içerisinde intihar girişiminde bulunmuş olup %20'sine psikiyatrik konsültasyon istendiği gözlenmiştir. Hastaların yaşam tehlikesinin ortadan kalkmasından sonra psikiyatrik konsültasyon istenmesi tekrarlayan girişimlerin önlenmesinde önemlidir (Ata ve ark., 2021).

İntiharı koruyucu ve önleyici uygulamalarda intihar riski taşıyan bireylere bakım veren hemşirelerin öncelikle hastalarla terapötik ilişki kurması önemlidir. Güven verici, sakin ve empatik yaklaşımla hastaların risk olasılıklarını değerlendirmeli, kendilerini ifade etmelerine yardımcı olmalıdır. Hastaların odasında kendine zarar vermesine neden olacak delici kesici aletler, kemer, cam, ip gibi eşyaları uzaklaştırmalıdır. Tedaviye uyumun sağlanması ve sürdürebilmesi için bireylere ve ailesine eğitimler vermelidir (Temel, 2009; Boğahan ve Türkleş, 2021).

İntihar girişimi olan bireyler ile görüşen hemşirelerin tutumları önemlidir. Hemşire, bireyleri yargısız ses tonu kullanarak konuşmalı ve suçlamadan dinlemelidirler. İntihar girişiminde bulundukları için kişilerin kendilerini suçlu hissetmelerine engel olmalı, çaresizliğine saygı göstermeli ve onlara yardım edeceği inancını oluşturmalıdır (Videbeck, 2004).

Yapılan çalışmalarda intihar girişiminde bulunan bireylerin %40-60 kadarı eylemden yaklaşık bir ay kadar önce bir hekime başvurmuşlardır. Bu hekimler genellikle birinci basamak hizmet veren aile hekimleridir. Bu nedenle intiharı önlemede birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları önem teşkil etmektedir. Sağlık Bakanlığımız 2004 yılı itibarıyla “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” geliştirmiştir. Program ile bireylerin ruh sağlığı seviyelerini yükseltmek, intihar girişiminde bulunan bireyler ile kriz durumlarıyla

karşılaşan bireylerin tıbbi tedavilerinden sonra psikososyal destek sağlanması amacıyla intihara karşı m¼cadele çalışmalarına başlamıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri acil servisleri içerisinde kurulan ve g¼n¼m¼zde 50 ilde 103 birim olarak hizmet sunan ‘Psikososyal Destek ve Krize M¼dahale Birimleri’ aracılığı ile y¼r¼t¼lmesine devam edilmektedir (SB, 2011).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, acil serviste çalışan sağlık personelinin kişilik özellikleri ve kişisel değerlerinin intihar girişimi olan hastaya yönelik tutumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Soruları

- 1.Acil servisteki sağlık personelinin intihar girişiminde bulunan hastaya yönelik tutumları nasıldır?
2. Acil serviste çalışan sağlık personelinin intihar girişimine yönelik tutumunu etkileyen faktörler nelerdir?
- 3.Acil serviste çalışan sağlık personelinin kişisel ve mesleki özelliklerinin intihara yönelik tutuma etkisi nedir?
4. Acil serviste çalışan sağlık personelinin kişilik özelliklerinin intihar girişiminde bulunan hastaya yönelik tutumuna etkisi nedir?
- 5.Acil servisteki sağlık personelinin kişisel değerlerinin intihar girişiminde bulunan hastaya yönelik tutumuna etkisi nelerdir?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreninin, İstanbul'da bulunan Kamu ve Özel hastanelerin acil servislerinde çalışan hekim, hemşire ve Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini hesaplamak amacıyla G*Power programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Çalışmanın gücü $1-\beta$ (β = II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilir ve genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre; iki bağımsız grup arası yapılacak olan değerlendirmelerin etki büyüklüğü $d=0,2$ zayıf, $d=0,5$ alınırsa orta ve $d=0,8$ alınırsa büyük etki büyüklüğüne sahip olacaktır (Cohen, 1992). Bu çalışma için $d=0,35$ alındığında yapılan hesaplamada $\alpha=0.05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için 98 katılımcıya ulaşılması gerektiği bulundu.

Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve yetişkin acil servisinde çalışan 46 hekim, 132 hemşire ve 27 ATT olmak üzere 205 kişi oluşturdu.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, Temmuz 2020- Şubat 2021 arasında örneklem dahilinde hekim, hemşire ve ATT'ler tarafından web'e dayalı online anket formları (google forms) ile toplandı. Online anket bağlantısı; acil servis sorumlularının bir kısmına kişisel e-mail, whatsapp ve sosyal medya hesapları aracılığıyla ulaşılarak birimlerinde çalışanlara iletilmesi ve çalışma hakkında bilgilendirmesi istendi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Tezin verileri, Bilgi Formu, İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ), Kişisel Değerler Envanteri (KDE) ve Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği (BFKÖ) kullanılarak toplandı.

3.5.1. Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmış katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri, psikiyatrik yardım alma, bireysel ve ailesel intihar öyküsü ile ilgili 15 sorudan oluşan bir formdur (Er, 2011; Alan ve ark., 2016) (EK-1).

3.5.2. İntihar Girişiminde Bulunmuş Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ)

Ouzouni ve Nakakis tarafından 2009 yılında geliştirilmiş olan ölçek (Attitudes Towards Attempted Suicide-Questionnaire-ATAS-Q) sorularından yararlanılarak ülkemizde Er ve ark. (2011) tarafından “İntihar Girişiminde Bulunmuş Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği” (İGYTÖ) ismiyle yeni ölçüm aracı geliştirilmiş ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ouzouni ve Nakakis tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96, test tekrar güvenilirliği ise 0,97'dir. Toplam 80 maddeden 8 alt boyuttan oluşmuştur. Bu alt boyutlar; olumluluk, kabul edilebilirlik, dini boyut, mesleki rol ve bakım, vaka yönetimi, kişisel özellik, ruhsal hastalık ve ayrımcılık olarak belirlenmiştir. Er ve ark. ölçek geliştirme aşamasında alanda çalışan uzman kişilerle görüşmeler yaparak intihara yönelik tutumlara ilişkin temaları belirlemişler ve bunları 60 soru ifadesine dönüştürmüşlerdir. Sonraki aşamada bu sorular Ouzouni ve Nakakis

tarafından geliştirilen ATAS-Q soruları ile birleştirilerek 140 maddelik soru havuzu oluşturmuşlardır. Er ve ark., her maddenin düzeltilmiş toplam madde korelasyon katsayıları hesaplanarak, 0,20 değerinden düşük korelasyon katsayısına sahip maddeler ölçeğin dışında tutulmuş ve ölçek 28 madde ve 6 alt faktöre indirgenmiştir. İlk analizde faktör özdeğeri 1'in üzerinde olan ve toplam varyansın %58,5'ini açıklayan 6 faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörler “Önleme ve Koruma”, “Bireysel Yardım”, “Kurumsal Yardım”, “Tetikleyiciler ve Psikopatoloji”, “Nedensel Atıflar” “Tıbbi Yardım”dır. Geliştirilen bu ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,84’dür. Beşli Likert tipi olan ölçek, Kesinlikle Katılmıyorum- Kesinlikle Katılıyorum (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Tamamen katılıyorum) şeklinde doldurulmaktadır. Ölçekteki 4, 11, 12, 17, 24 ve 26.maddeler negatif maddeler olup ters puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28’dir. Ölçekten alınan puandaki artma tutumların olumlu olduğunu göstermektedir (Er ve ark., 2011). (EK-2)

Bu çalışmada kullanılan İGYTÖ’ne ait iç tutarlığı gösteren Cronbach’s Alpha değeri 0,76 bulunmuştur (Tablo 3-1).

Tablo 3-1 : İGYTÖ'ne ait Cronbach's Alpha Değerleri

İGYTÖ ve Alt Boyutlar	Cronbach’s Alpha Değeri
Önleme ve Koruma	0,65
Bireysel Yardım	0,72
Kurumsal Yardım	0,85
Tetikleyici ve Psikopatoloji	0,58
Nedensel Atıflar	0,87
Tıbbi Yardım	0,85
Toplam	0,76

3.5.3. Kişisel Değerler Envanteri

Roy tarafından geliştirilen “Personal Values Inventory-PVI”nin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Asan ve ark. (2008) tarafından yapılarak literatüre “Kişisel Değerler Envanteri” olarak kazandırılmıştır. Ölçek toplam 47 madde ve 5 alt boyuttan (“Disiplin ve Sorumluluk”, “Güven ve Bağışlama”, “Dürüstlük ve Paylaşım”, “Saygı ve Doğruluk”, “Paylaşım ve Saygı”) oluşmaktadır. Ölçek 5’li Likert Tipi (1. Beni hiç tanımlamaz, 2. Beni nadiren tanımlar, 3. Beni bazen tanımlar, 4. Beni genellikle

tanımlar, 5. Beni her zaman tanımlar- şeklinde ifade edildiği) formundadır. Ölçeğin toplam Cronbach alpha değeri 0,63 olup alt boyutların değerleri ise 0,60 ile 0,71 arasında değişmektedir (Asan ve ark. 2008). (EK-3)

Çalışmada kullanılan KDE'ne ait iç tutarlığı gösteren Cronbach's Alpha değerleri Tablo 3-2'de gösterilmiştir.

Tablo 3-2: KDE'ne ait Cronbach's Alpha Değerleri

KDE Alt Boyutları	Cronbach's Alpha Değeri
Disiplin ve Sorumluluk	0,95
Güven ve Bağışlama	0,80
Dürüstlük ve Paylaşım	0,83
Saygı ve Doğruluk	0,62
Paylaşım ve saygı	0,88

3.5.4. Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği Türk Kültürüne Uyarlaması (BFKÖ)

Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği (BFKÖ), bireylerin kişilik özelliklerini belirlemeye yönelik geliştirilmiş Big Five Inventory'nin Rammstedt ve John (2007) tarafından (10-Item Short Version of the Big Five Inventory) kısaltılmış formudur. Türk Kültürüne Uyarlaması Horzum ve ark., (2017) tarafından yapılan ölçek, 10 madde ve 5 faktörden oluşmaktadır. Orijinal ölçekte olduğu gibi “Dışadönüklük”, “Yumuşakbaşlılık”, “Özdenetimlilik”, “Nörotiklik” ve “Deneyime Açıklık” faktörlerinden oluşmaktadır. Ölçekte, 1, 3, 4, 5 ve 7. maddeler negatif anlam içermekte ve ters puanlanmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğine Cronbach alfa iç tutarlılık ve kompozit güvenirlik katsayıları ile bakılmıştır. Ölçeğin kişilik yapılarındaki beş faktörü için iç tutarlılık ve kompozit güvenirlik değerleri sırasıyla dışadönüklük için iç tutarlılık 0,88 ve kompozit 0,83; yumuşakbaşlılık için iç tutarlılık 0,81 ve kompozit 0,73; öz denetimlilik için iç tutarlılık 0,90 ve kompozit 0,85, nörotiklik için iç tutarlılık 0,85 ve kompozit 0,79 ve deneyime açıklık için iç tutarlılık 0,84 ve kompozit 0,78 güvenirlik değerine sahip olduğu bulunmuştur. (Horzum ve ark., 2017). (EK-4)

Çalışmada kullanılan BFKÖ'ne ait iç tutarlığı gösteren Cronbach's Alpha değerleri Tablo 3-3'de gösterilmiştir. Bu örneklem için bulunan iç tutarlık değerlerinin düşük olması ölçmek istenen özelliklerin güvenilir şekilde ölçülememesine neden olacağından bu ölçeğin çalışmada istatistiksel analizlere alınmamasına karar verildi.

Tablo 3-3:BFKÖ'ne ait Cronbach's Alpha Değerleri

BFKÖ Alt Boyutları	Cronbach's Alpha Değeri
Dışadönüklük	0,35
Yumuşakbaşlılık	-0,13
Özdenetimlilik	0,18
Nörotiklik	-0,35
Deneyime Açıklık	0,28

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS IBM 24 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum) ve histogram grafikleri kullanılarak verilerin özetlenmesi yapılmıştır. Yapılacak olan analizleri etkileyeceği için verilerin normal dağılımı incelenmiştir. Normal dağılım incelenirken basıklık ve çarpıklık değerleri ele alınmıştır. İntihar girişiminde bulunan bireylere ilişkin tutumların gruplara göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığına bakılmış; analizlerde nonparametrik testler olarak Friedman ANOVA ve Mann Whitney U testi parametrik testler olarak T testi ve ANOVA kullanıldı. ANOVA analizi sonucunda elde edilen anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunun belirlenebilmesi için varyansların homojen olup olmadığı incelendi ve buna göre Games-Howell post-hoc testi seçildi. İGYTÖ ile KDE alt boyutları arasındaki ilişki Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı kullanılarak hesaplandı. Ayrıca İGYTÖ'den alınan toplam puana etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla Çoklu Regresyon Analizleri yapılmıştır. Ölçekler aralarındaki korelasyonlar Pearson Momentler korelasyon katsayısı hesaplanarak bulundu. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Etik Konular

Araştırma için etik kurul onayı Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (Karar N0: Şubat 2020/16).(Ek-8)

Araştırma kapsamında kullanılacak olan ölçeklerin geçerlilik-güvenirlilik çalışmalarını yapanlar adına; "İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği için Gülistan

Er'den (Ek-5), Kişisel Değerler Envanteri (Ek-6) için Prof. Dr. Halil Ekşi ve Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği için Prof. Dr. Mehmet Barış Horzum'dan (Ek-7) elektronik ortamda yazılı izin alındı.

Eysenbach (2004)'ün web tabanlı anketlerde veri toplama için önerilen kontrol listesi doğrultusunda veriler toplandı. Katılımcılara online anket sorularını cevaplamadan önce çalışmanın amacı ve kapsamı, araştırmacının bilgileri hakkında açıklamaların olduğu bir bilgilendirme ve yönerge verilerek katılımcıların çalışmaya katılımının tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları belirtildi. Bu açıklamadan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olanların “Açıklamayı okudum ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.” seçeneğini işaretlemeleri istenerek onamları alındı. Yalnızca onam veren katılımcılar anket sorularını yanıtlayabildi. Anket formu; bilgi formu ve ölçeklerin ayrı olarak gruplandırılmasıyla katılımcılara dört bölüm olarak sunuldu. Her bir soru için bir yanıt seçilmesi zorunlu hale getirildi bu şekilde tamamlanmamış anketler değerlendirme dışında tutuldu. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından kişisel bilgisayarında şifreli dosyada saklanacaktır ve çalışma yayınlandıktan sonraki iki yıl sonunda imha edilecektir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın ilk aşamada İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Eğitim ve Araştırma hastanelerinde yapılması planlandı. Fakat pandemi dolayısıyla İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı hastanelerde çalışan kişiler dışında, dışarıdan başvuru yapan araştırmacılar için izin süreçlerinin durdurulması verilerin online ortamda toplanmasına neden oldu. Acil serviste çalışan personelin pandemi nedeniyle ekstra yoğun ve daha fazla stres altında çalışıyor olması verdiği yanıtları etkilemiş olabilir.

Araştırmanın kesitsel bir çalışma olması ve tek bir ilde yapılması bulguların genel popülasyona genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları olan Bilgi Formu, İGYTÖ, KDE ve BFKÖ'nün özbildirime dayalı ölçüm araçları olmasına bağlı olarak bulgular katılımcıların verdiği yanıtların doğruluğu ile sınırlıdır.

İntihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutumun kişisel değerler ve kişilik özelliklikleri ile ilişkisinin incelenmesi üzerine yapılan çalışmanın bulunmaması sebebiyle çalışma sonuçlarının literatüre kaynak teşkil edeceği düşünülmektedir.



4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları;

1. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı
2. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin ölçekler ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular
3. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre İGYTÖ Toplam ve Alt Boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
4. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin intihar girişiminde bulunan bireye yönelik tutumu ile kişisel değerlerinin ilişkisine yönelik bulgular
5. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular olmak üzere beş bölümde incelenecektir.

4.1. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı

Araştırma 205 acil servis çalışanının katılımı ile yapıldı. Tablo 4-1’de verilen sosyo-demografik veriler incelendiğinde; araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının %77,07’sinin (n:158) kadınlardan, %22,93’ünün (n:47) erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların yaşı 21 ile 51 arasında değişmekte olup ortalama yaş $32,60 \pm 8,89$ olarak hesaplandı. Katılımcıların %64,39’unun (n:105) hemşirelerden oluştuğu ve %51,22’sinin (n:105) lisans mezunu olduğu saptandı.

Tablo 4-1: Acil Servis Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=205)

Sosyo-demografik Veriler		n	Ort±Ss
Yaş		205	32,60±8,89
		n	%
Cinsiyet	Kadın	158	77,07
	Erkek	47	22,93
Medeni durum	Evli	93	45,37
	Bekar	105	51,22
	Boşanmış / Dul	7	3,41
Meslek	Hekim	46	22,44
	Hemşire	132	64,39
	ATT (Acil Tıp Teknisyeni)	27	13,17
Eğitim Düzeyi	Doktora	20	9,76
	Yüksek Lisans	30	14,63
	Lisans	105	51,22
	Önlisans	34	16,59
	Sağlık Meslek Lisesi	16	7,80

Katılımcıların mesleki özellikleri Tablo 4-2’de gösterildi. Buna göre katılımcıların meslekte çalışma süresinin ortalama $8,01 \pm 6,42$, acil serviste çalışma sürelerinin ise $4,66 \pm 3,96$ yıl olduğu belirlendi. Katılımcıların %83,4’ü (n:171) hem gece hem gündüz çalışırken, %57,6’sının (n:118) haftada 41-60 saat arasında çalıştıkları

saptandı. Araştırmaya katılanların %93,2'sinin (n:191) daha önce psikiyatri servisinde çalışmadığı belirlendi.

Tablo 4-2'ye göre katılımcıların %74,6'sı (n:153) çalıştıkları acil serviste intihar ile ilgili rehber bulunmadığını bildirdi. Katılımcıların %92,2'si (n:189) psikiyatrik bir bozukluğu olmadığını, %76,6'sı (n:157) psikiyatrik yardım almadığını, %86,8'i (n:178) ailesinde intihar girişiminde bulunan biri olmadığını bildirirken ve %89,8'i (n:184) kendisinin intihar girişimi öyküsü olmadığını bildirdi.

Tablo 4-2: Acil Servis Çalışanlarının Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (N=205)

Mesleki Özellikler		n	Ort±Ss
Meslekte Geçe Süre/yıl		205	8,01±6,42
Acil serviste çalışma süresi/yıl		205	4,66±3,96
		n	%
Çalışma şekli	Gündüz	25	12,2
	Gece	9	4,4
	Hem gece hem gündüz	171	83,4
Haftalık çalışma süresi	8-40 saat	38	18,5
	41-60 saat	118	57,6
	60 saatten fazla	49	23,9
Psikiyatri servisinde çalışma durumu	Evet	14	6,8
	Hayır	191	93,2
Rehber bulunma durumu	Evet	52	25,4
	Hayır	153	74,6
Psikiyatrik bozukluk varlığı	Evet	16	7,8
	Hayır	189	92,2
Psikiyatrik yardım alma	Evet	48	23,4
	Hayır	157	76,6
Ailede intihar öyküsü varlığı	Evet	27	13,2
	Hayır	178	86,8
İntihar girişimi durumu	Evet	21	10,2
	Hayır	184	89,8

4.2. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Ölçekler ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların İGYTÖ ve KDE'nin toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verildi (Tablo 4-3).

Tablo 4-3'te katılımcıların İGYTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında; İGYTÖ toplam puan ortalamasının $66,6 \pm 10,3$ olduğu saptandı. Alt boyutlarının puan ortalamaları ise; "Önleme ve Koruma" alt boyutunun $9,96 \pm 2,05$; "Bireysel Yardım" alt boyutunun $6,75 \pm 2,58$; "Kurumsal Yardım" alt boyutunun $4,86 \pm 2,12$; "Tetikleyiciler ve Psikopatoloji" alt boyutunun $18,96 \pm 2,72$; "Nedensel Atıflar" alt boyutunun $12,34 \pm 3,97$; "Tıbbi Yardım" alt boyutu için ise $13,82 \pm 1,74$ olarak bulundu.

Katılımcıların KDE toplam puan ortalamasının $182,54 \pm 25,96$ olduğu saptandı. Alt boyutlarda ise "Disiplin ve Sorumluluk" alt boyutundan alınan toplam puan ortalamasının ($67,43 \pm 10,37$) en yüksek olduğu saptanırken, en düşük puan ortalamasının "Paylaşım ve Saygı" alt boyutuna ($17,20 \pm 2,83$) ait olduğu saptandı.

Tablo 4-3: Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=205)

Ölçekler	Alt Boyut Grupları	Min-Maks. (Medyan)	Ort±Ss
İGYTÖ	Önleme ve koruma	6-19 (10)	$9,96 \pm 2,05$
	Bireysel yardım	3-14 (6)	$6,75 \pm 2,58$
	Kurumsal yardım	2-10 (5)	$4,86 \pm 2,12$
	Tetikleyiciler ve psikopatoloji	11-27 (19)	$18,96 \pm 2,72$
	Nedensel atıflar	6-29 (13)	$12,34 \pm 3,97$
	Tıbbi yardım	9-21 (14)	$13,82 \pm 1,74$
	Toplam	50-106 (66)	$66,6 \pm 10,3$
KDE	Disiplin ve Sorumluluk	21-80 (68)	$67,43 \pm 10,37$
	Güven ve Bağışlama	19-60(40)	$40,83 \pm 7,26$
	Dürüstlük ve Paylaşım	13-45 (36)	$36,12 \pm 5,44$
	Saygı ve Doğruluk	7-30 (20)	$20,96 \pm 3,81$
	Paylaşım ve Saygı	4-20 (18)	$17,20 \pm 2,83$

4.3. Acil Servis Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre İGYTÖ Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik, mesleki ve psikiyatrik öykü özellikleri ile İGYTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4-4, Tablo 4-5).

Acil serviste çalışan sağlık personellerinin sosyodemografik özelliklerine göre İGYTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; cinsiyet değişkenine göre erkeklerin İGYTÖ toplam ve “Önleme ve Koruma” alt boyut puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu ve arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

Eğitim durumu gruplarında İGYTÖ’ne ait alt boyutlardan “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel Atıflar” alt boyutları anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenebilmesi için Games-Howell post hoc testleri yapılmıştır. Buna göre lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların “Nedensel Atıflar” ve “Kurumsal Yardım” alt boyutu puanları lisans, ön lisans ve liseye göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

Katılımcıların yaş ve medeni durumuna göre İGYTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p>0,05$).

Tablo 4-4 :Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine göre İGYTÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=205)

Sosyodemografik Özellikler	Ölçme ve Bireysel koruma	Yardım	Kurumsal yardım	Tetikleyiciler ve psikopatoloji	Nedensel atıflar	Tıbbi yardım	İGYTÖ Toplam		
Cinsiyet	Kadın (n=158)	Ort.±SS	9,71±1,74	6,58±2,43	4,4±2,06	18,70±2,72	12,09±3,44	13,74±1,61	65,55
	Erkek (n=47)	Ort.±SS	10,76±2,72	7,29±2,97	4,93±2,29	19,82±2,58	13,17±5,36	14,08±2,10	70,31
Yaş		t (p)	-2,499(0,02)	-1,66(0,10)	-0,27(0,79)	-2,50(0,80)	-1,63(0,20)	-0,17(0,24)	-2,83(0,00)
	21-25 (n=37)	Ort.±SS	9,68±1,90	6,84±3,13	4,41±2,28	18,89±2,62	11,05±3,39	13,57±1,39	63,78±9,08
	26- 40 (n=150)	Ort.±SS	10,07±2,10	6,75±2,46	4,99±2,12	19,00±2,74	12,71±4,20	13,85±1,83	67,35±10,16
	41-65 (n=18)	Ort.±SS	9,56±1,95	6,56±2,43	4,78±1,63	18,83±2,96	11,89±2,49	14,11±1,71	66,67±12,92
Medeni durum		f(p)	0,93(0,40)	0,07(0,93)	1,14(0,32)	0,05(0,96)	2,75(0,07)	0,66(0,52)	1,80(0,17)
	Evli (n=93)	Ort.±SS	9,88±1,81	6,68±2,55	4,96±2,17	19,05±2,42	12,52±3,48	13,77±1,91	66,77±10,21
	Bekar (n=105)	Ort.±SS	10,04±2,30	6,75±2,62	4,74±2,09	18,82±3,05	12,04±3,99	13,90±1,60	66,38±10,58
	Boşanmış /Dul (n=7)	Ort.±SS	9,71±1,25	7,71±2,69	5,43±1,90	20,00±1,00	14,57±8,28	13,29±1,60	69,00±7,05
Eğitim durumu		f(p)	0,19(0,83)	0,52(0,59)	0,50(0,60)	0,70(0,50)	1,50(0,23)	0,48(0,61)	0,22(0,80)
	Lisansüstü (n=50)	Ort.±SS	9,86±1,90	7,22±2,61	5,28±2,26	18,70±2,58	13,34±4,09	14,32±2,18	67,46±9,41
	Lisans (n=105)	Ort.±SS	10,25±2,19	6,72±2,59	5,08±2,01	19,11±2,68	12,48±4,03	13,72±1,61	67,69±11,02
	Önlisans (n=34)	Ort.±SS	9,26±1,52	6,26±2,47	4±1,92	18,56±2,99	11,24±3,86	13,47±1,58	62,56±11,02
	Sağlık Meslek Lisesi (n=16)	Ort.±SS	9,81±2,37	6,50±2,61	4±2,16	19,69±2,94	10,69±2,52	13,69±1,01	66,00±8,39
		f(p)	2,09(0,10)	1,00(0,39)	3,93(0,01)	0,89(0,45)	2,97 (0,03)	1,99(0,12)	2,32(0,08)

t(p): t testi ve p değeri f(p): ANOVA testi ve p değeri

t(p): t testi ve p değeri f(p): ANOVA testi ve p değeri

Tablo 4-5: Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Psikiyatrik Öyküsüne göre İGYTÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=205)

Mesleki Özellikler	Ölçme ve koruma	Bireysel Yardım	Kurumsal yardım	Tetikleyiciler ve psikopatoloji	Nedensel atıflar	Tıbbi yardım	İGYTÖ Toplam	
Meslek	Hekim (n=46)	Ort.±SS 9,72±1,72	7,37±2,61	5,37±2,02	18,54±2,83	19,91±4,04	14,22±1,72	67,74±9,46
	Hemşire (n=132)	Ort.±SS 10,13±2,18	6,53±2,58	4,89±2,13	19,19±2,75	12,08±3,93	13,76±1,77	67,11±11,06
	ATT (n=27)	Ort.±SS 9,52±1,91	6,78±2,42	3,85±1,92	18,59±2,41	10,93±3,37	13,48±1,55	62,52±6,16
		f(p) 1,40(0,25)	1,82(0,17)	4,57(0,01)	1,25(0,29)	5,84(0,00)	1,80(0,17)	2,61(0,08)
Meslekte çalışma süresi	2 ay-3 yıl (n=53)	Ort.±SS 9,89±1,74	6,38±2,55	4,68±2,50	18,87±2,47	12,26±3,40	13,91±1,55	65,13±9,56
	3 yıldan fazla-10 yıl (n=99)	Ort.±SS 9,97±2,28	6,80±2,74	4,74±1,93	19,02±2,92	12,33±4,42	13,93±1,71	66,89±11,19
	10 yıldan fazla (n=53)	Ort.±SS 10,00±1,93	7,04±2,28	5,28±2,01	18,96±2,65	12,43±3,70	13,55±1,98	67,72±9,16
		f(p) 1,16(0,56)	1,25(0,54)	0,61(0,74)	1,70(0,43)	2,19(0,34)	3,97(0,14)	1,11(0,57)
Acil serviste çalışma süresi	0-2 yıl (n=76)	Ort.±SS 9,87±1,67	6,37±2,64	4,68±2,38	18,63±2,65	12,08±3,62	13,67±1,48	64,43±9,33
	2 yıldan fazla-8 yıl (n=93)	Ort.±SS 10,08±2,42	6,92±2,61	4,82±1,93	19,25±2,76	12,34±4,13	14,01±1,68	67,60±10,41
	8 yıldan fazla (n=36)	Ort.±SS 9,83±1,36	7,11±2,34	5,36±1,96	18,94±2,82	12,89±4,34	13,67±2,32	68,86±11,27
		f(p) 0,29(0,75)	1,40(0,25)	0,29(0,28)	1,07(0,35)	0,50(0,61)	0,97(0,38)	3,06(0,05)
Haftalık çalışma süresi	8-40 saat (n=38)	Ort.±SS 20,132±1,62	12,211±2,54	6,842±2,20	21,079±2,08	23,579±4,97	13,47±1,47	67,55±10,24
	41-60 saat (n=118)	Ort.±SS 20,364±1,64	11,381±2,24	7,525±1,69	20,992±2,49	24,051±3,90	13,98±1,77	67,11±10,29
	60 saatten fazla (n=49)	Ort.±SS 19,204±3,30	10,184±2,80	6,429±2,88	20±2,01	23±6,05	13,71±1,7	64,84±10,29
		f(p) 018(0,83)	1,97(0,14)	1,21(0,30)	0,85(0,43)	0,57(0,57)	1,36(0,26)	1,03(0,36)
Çalışma şekli	Gündüz (n=25)	Ort.±SS 10,12±1,86	7,05±2,62	5,16±2,06	18,92±3,11	12,12±3,07	13,47±1,83	66,68±8,40
	Gece (n=9)	Ort.±SS 9±1,66	7,11±2,62	5,56±2	18,44±1,88	14,67±5,92	13,98±1,05	65,33±7,19
	Hem gündüz hem gece (n=171)	Ort.±SS 9,98±2,10	6,69±2,58	7,78±2,15	19,41±2,61	12,25±3,96	13,88±1,76	66,71±10,69
		f(p) 1,07(0,35)	0,30(0,75)	0,85(0,43)	0,18(0,84)	1,63(0,20)	0,84(0,43)	0,08(0,93)

MWZ(p): Mann-Whitney testi Z değeri ve p değeri t(p): t testi ve p değeri f(p): ANOVA testi ve p değeri

Tablo 4-5: Katılımcıların Mesleki Özellikleri ve Psikiyatrik Öyküsüne göre İGYTÖ Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (N=205) (Devamı)

Mesleki Özellikler		Ölçme ve koruma	Bireysel Yardım	Kurumsal yardım	Tetikleyiciler ve psikopatoloji	Nedensel atıflar	Tıbbi yardım	İGYTÖ Toplam	
Çalışılan Hastane Özellikleri	Kamu Hastanesi	Ort.±SS	10,40±0,72	9,32±0,47	5,96±0,37	14,80±1,02	11,80±1,04	12,32±0,69	60,60±3,41
	Özel Hastane	Ort.±SS	14,90±0,29	7,21±0,29	6,22±0,26	13,70±0,53	13,35±0,52	12,39±0,40	52,77±1,83
		MWZ(p)	-0,201(0,84)	-2,05(0,04)	-2,46(0,01)	-1,22(0,22)	-1,93(0,05)	-0,22(0,83)	-1,21(0,23)
Psikiyatrik serviste çalışma durumu	Evet (n=14)	Ort.±SS	9,43±1,95	5,79±2,15	4,29±1,49	18,07±2,87	11,93±2,20	14,71±1,94	66,64±8,00
	Hayır (n=191)	Ort.±SS	9,99±2,06	6,82±2,60	4,91±2,15	19,03±2,71	12,37±4,08	13,76±1,72	66,80±10,43
		f(p)	0,99(0,45)	2,12(0,15)	1,12(0,30)	1,62(0,21)	0,16(0,69)	3,97(0,04)	0,57(0,45)
Rehber bulunma durumu	Evet (n=52)	Ort.±SS	10,0,6±2,55	6,63±2,42	4,44±2,30	19,19±2,75	13,58±5,02	13,48±1,70	66,50±13,20
	Hayır (n=153)	Ort.±SS	9,92±1,87	6,79±2,64	5,01±2,04	18,89±2,73	11,92±3,48	13,94±1,75	66,69±8,07
		t(p)	0,41(0,68)	-0,38(0,70)	-1,67(0,10)	0,69(0,49)	2,63(0,0,1)	-1,65(0,10)	-0,88(0,38)
Ruhsal bozukluk varlığı	Evet (n=16)	Ort.±SS	10,25±2,21	8,06±2,98	5,94±2,32	17,88±3,88	14,63±5,34	14,06±1,29	68,94±10,39
	Hayır (n=189)	Ort.±SS	9,93±2,04	6,64±2,52	4,77±2,0,8	19,06±2,60	12,15±3,80	13,80±1,78	66,46±10,28
		f (p)	0,36(0,55)	4,56(0,03)	4,55(0,03)	2,80(0,10)	5,85(0,02)	0,32(0,57)	0,86(0,36)
Psikiyatrik yardım alma	Evet (n=48)	Ort.±SS	9,50±1,0	7,15±2,92	5,29±2,06	18,21±3,09	12,50±4,44	14,15±1,54	66,10±8,01
	Hayır (n=157)	Ort.±SS	10,10±2,14	6,63±2,47	4,73±2,12	19,20±2,57	12,00±3,84	13,3±1,9	66,81±10,11
		t(p)	-1,77(0,08)	1,21(0,23)	1,61(0,11)	-2,22(0,03)	0,32(0,75)	1,46(0,15)	-0,42(0,68)
Ailedeki intihar öyküsü varlığı	Evet (n=27)	Ort.±SS	9,63±2	7,11±3,11	6±2,02	19,44±2,59	12,81±4,59	14,11±1,60	66,92
	Hayır (n=178)	Ort.±SS	10,01±2,06	6,70±2,50	4,69±2,08	17,20±2,68	12,27±3,89	13,78±1,76	66,60
		t(p)	-0,89(0,38)	0,78(0,44)	3,06(0,00)	-3,18(0,00)	-0,66(0,51)	0,92(0,36)	0,15(0,88)
İntihar düşüncesi varlığı	Evet (n=21)	Ort.±SS	9,62±2,06	7,76±2,81	6,14±1,93	18,67±2,50	14,10±5,35	14,10±1,70	68,29±8,23
	Hayır (n=184)	Ort.±SS	9,99±2,06	6,64±2,54	4,72±2,09	19,00±2,76	12,14±3,76	13,79±1,75	66,46±10,49
		t(p)	-0,79(0,43)	1,91(0,06)	2,98(0,00)	-0,53(0,60)	2,15(0,03)	0,71(0,45)	2,61(0,08)

Acil serviste çalışan sağlık personelinin mesleki ve psikiyatrik öykü özelliklerine göre İGYTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 4-5'te verildi.

Buna göre meslek değişkeni gruplarında İGYTÖ'ne ait alt boyutlardan "Kurumsal Yardım" ve "Nedensel Atıflar" puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenebilmesi için Games-Howell post hoc analizleri yapıldı. Buna göre hekimlerin "Nedensel Atıflar" ve "Kurumsal Yardım" puan ortalaması hem hemşire hem de ATT grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Çalışılan hastane değişkenine göre kamu hastanesinde ve özel hastanede çalışan katılımcıların İGYTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; özel hastanede çalışan katılımcıların "Kurumsal Yardım" ve "Nedensel Atıflar" alt boyutlarında daha yüksek, "Bireysel Yardım" alt boyutundan daha düşük puan aldıkları ve farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$).

Psikiyatri servisinde çalışma durumuna göre bakıldığında, psikiyatrik serviste çalışanların çalışmayanlara göre "Tıbbi Yardım" alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$).

Çalışılan acil serviste intihar girişiminde bulunanların bakımı için hazırlanmış bir rehberin bulunması durumuna göre bakıldığında, rehber bulunan servislerde çalışanların "Nedensel Atıflar" alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$).

Katılımcıların ruhsal bir bozukluğu olup olmamasına göre İGYTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında, ruhsal bozukluğu olanların "Bireysel Yardım", "Kurumsal Yardım" ve "Nedensel Atıflar" alt boyut puan ortalamalarının psikiyatrik bozukluğu olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Psikiyatrik yardım alma durumuna göre İGYTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında, psikiyatrik yardım alanların "Tetikleyiciler ve

Psikopatoloji” puan ortalamasının almayanlara göre daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Ailede intihar öyküsü/girişimi olma durumunun İGYTÖ’ne ait ”Kurumsal Yardım” ve “Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” alt boyutlardan alınan puanlarda etkili olduğu bulundu. “Kurumsal Yardım” ve “Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” alt boyutlarında ailede intihar öyküsü/girişimi olanların daha yüksek puan aldıkları ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

Acilde çalışan sağlık personellerinin kendisinde intihar düşüncesi ya da intihar öyküsü olma durumuna göre İGYTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasına bakıldığında, intihar düşüncesi ya da intihar öyküsü olanların “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel Atıflar” boyutundan daha yüksek puan aldıkları ve arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$).

Meslekte geçen süre, acil serviste çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma süresi değişkenleri gruplarında İGYTÖ’ye ait alt boyutlardan ve toplam puanlar bakımından anlamlı bir farklılığın olmadığı bulundu ($p>0,05$).

4.4. Acil Servis Çalışanlarının Kişisel Değerlerinin İntihar Girişimine Yönelik Tutumları ile İlişkisi

İGYTÖ ile KDE alt boyutları arasındaki ilişki Pearson Momentler Korelasyon Katsayısı kullanılarak hesaplandı.

İGYTÖ ve KDE ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, “Bireysel Yardım”, “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel atıflar” puanları ile KDE alt boyut puanları arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf ilişkilerin olduğu saptandı ($p<0,05$).

“Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” boyutu ile KDE alt boyutlarından “Paylaşım ve Saygı” ile arasında pozitif yönde zayıf ve anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,05$).

“Önleme ve Koruma” alt boyutu puanları ile KDE alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, “Saygı ve Doğruluk” puanları ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ancak diğer boyutlar ile arasında anlamlı, pozitif yönde zayıf ilişkilerin olduğu bulundu ($p<0,05$).

“Tıbbi Yardım” boyutu da aynı şekilde KDE alt boyutlarından “Güven ve Bağışlama” ile “Dürüstlük ve Paylaşım” alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4-7).

Tablo 4-6 :İGYTÖ ve KDE Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	Disiplin ve Sorumluluk	Güven ve Bağışlama	Dürüstlük ve Paylaşım	Saygı ve Doğruluk	Paylaşım ve Saygı
Önleme ve Koruma	0,42*	0,17*	0,38*	0,12	0,46*
Bireysel Yardım	0,32*	0,40*	0,36*	0,28*	0,29*
Kurumsal Yardım	0,29*	0,35*	0,36*	0,17*	0,23*
Tetikleyiciler ve Psikopatoloji	0,09	-0,00	0,08	-0,09	0,20*
Nedensel Atıflar	0,42*	0,39*	0,42*	0,32*	0,35*
Tıbbi Yardım	0,12	0,18*	0,14*	0,08	0,08
İGYTÖ Toplam	0,45*	0,40*	0,45*	0,26*	0,43*

* $p < .05$

4.5. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin İntihar Girişimine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulgular

İGYTÖ’den alınan toplam puan ile KDE alt boyutlarından ve demografik ve mesleki verilerden alınan puanlar arasında olabilecek doğrusal ilişkileri ortaya koymak amacıyla Çoklu Regresyon Analizleri yapılmıştır.

Bağımlı değişken olarak İGYTÖ toplam puanı, bağımsız değişken olarak ise KDE alt boyutları puanı alındığında yapılan Çoklu Regresyon Analizi sonucunda elde edilen modelin anlamlı olduğu bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki değişimi açıklama oranının % 26 olduğu bulunmuştur ($R^2 = 0,26$, $p < 0,001$) (Tablo 4-7).

“Disiplin ve Sorumluluk”, “Dürüstlük ve Paylaşım” ve “Paylaşım ve Saygı” alt boyutu intihar girişimine yönelik tutumları anlamlı olarak yordamamaktadır ($p > 0,05$).

“Güven ve Bağışlama” alt boyutu intihar girişimine yönelik tutumları anlamlı olarak pozitif yönde yordamaktadır ($\beta = 0,49$, $p < 0,05$).

“Saygı ve Doğruluk” alt boyutu intihar girişimine yönelik tutumları anlamlı olarak negatif yönde yordamaktadır ($\beta = -0,65$, $p < 0,05$).

Tablo 4-7 : İGYTÖ ve KDE Alt Boyutlar Arasındaki Çoklu Regresyon Modeli

Tahmin Değişkenleri	β	t	p
Sabit	48.856	16.901	0,00
Disiplin ve Sorumluluk	0,076	0,451	0,65
Güven ve Bağışlama	0,491	3,450	0,00*
Dürüstlük ve Paylaşım	0,304	1,041	0,30
Saygı ve Doğruluk	-0,645	-2,418	0,02*
Paylaşım ve saygı	0,672	1,640	0,10

İGYTÖ = Bağımlı Değişken * $p < .05$

İGYTÖ ve sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmasında anlamlı olan özelliklerin intihar tutumuna etkisinin değerlendirilmesi amacıyla birden fazla bağımlı değişkenin olduğu Çoklu Regresyon Analizi yapıldı. Bu analizde yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, meslekte geçen süre, psikiyatrik servisinde çalışma durumu ve rehber bulunma durumu gibi özellikler bağımsız değişkenler olarak alınırken toplam alınan İGYTÖ puanı ise bağımlı değişken olarak alındı.

Tablo 4-8: İGYTÖ ile Sosyo-demografik ve Mesleki Veriler Çoklu Regresyon Modeli

Tahmin Değişkenleri	β	S.H	t	p
Sabit	53,096	8,67	6,11	0,00
Yaş	0,106	0,120	0,882	0,38
Cinsiyet	4,506	1,761	2,558	0,01*
Medeni durum	0,270	1,358	0,199	0,84
Meslek	-1,508	1,249	-1,227	0,23
Meslekte geçen süre	4,639	1,709	2,714	0,01*
Psikiyatrik Çalışma Durumu	3,726	2,854	1,306	0,19
Rehber bulunma durumu	6,063	2,106	2,879	0,01*

İGYTÖ = Bağımlı Değişken * $p < .05$

Tablo-4-8 incelendiğinde kurulan modelin anlamlı olduğu ve tahmin değişkenlerinin birlikte sonuç değişkenine ait varyansın %6'sını açıkladığı görülmüştür ($R^2 = .056$).

Yaş, medeni durum, meslek, psikiyatride çalışma durumu İGYTÖ puanlarının anlamlı bir yordayıcısı değildir.

Cinsiyet İGYTÖ puanlarının anlamlı bir yordayıcısıdır ($t = 2,558$; $p < 0,05$). Daha açık bir ifadeyle, erkek olma ile İGYTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kadın grubuna kıyasla erkeklerin artan İGYTÖ puanlarıyla ilişkili olduğu elde edilmiştir.

Meslekte geçen süre modelde anlamlı bulunmuştur ($t=2,714$; $p < 0,05$). Meslek deneyimi arttıkça İGYTÖ toplam puanı da artmaktadır.

Rehber bulundurma durumu modelde anlamlı bulunmuştur ($t= 2,879$; $p < 0,05$).

Rehber olan yerlerde çalışanların daha yüksek İGYTÖ toplam puanı elde ettikleri anlaşılmaktadır.

5. TARTIŞMA

1. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin İGYTÖ ve alt boyutları puan ortalamaları dağılımına ilişkin bulguların tartışılması
3. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin kişisel ve mesleki özelliklerine göre intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumları arasındaki farklılıkların tartışılması
4. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin kişisel değerlerinin intihara yönelik etkisine yönelik bulguların tartışılması
5. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin intihar girişimine yönelik tutumlarını etkileyen faktörlere yönelik bulguların tartışılması

5.1. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Sosyo-Demografik, Mesleki ve Psikiyatrik Öykü Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının sosyo-demografik, mesleki ve psikiyatrik öykü özelliklerine ilişkin bulgular tartışıldı.

Araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının yaş ortalaması $32,60 \pm 8,89$ olduğu, büyük çoğunluğunun kadınlardan ve hemşirelerden oluştuğu ve yarısından az fazlasının lisans mezunu olduğu görüldü. Çalışma bulguları literatürdeki çalışmalarla paralel olup, acil serviste çalışanların çoğunluğunu kadınlar, hemşireler ve 26-40 yaş aralığındaki kişilerden oluştuğu görülmektedir (Suokas ve ark. 2009; Er ve ark. 2013; Alan ve ark. 2016; Boğahan 2018).

Bu çalışmada haftalık çalışma saatleri incelendiğinde katılımcıların çoğunluğu haftada 41-60 saat arasında çalıştıklarını bildirdi. Araştırmaya katılanların yarıya yakınının 3 yıldan fazla-10 yıl aralığında meslekte çalıştığı, acil serviste çalışma süresinin ise 2 yıldan fazla-8 yıl arasında olduğu ve çok büyük çoğunluğunun daha önce psikiyatri servisinde çalışmadığı saptandı.

Er ve arkadaşlarının (2013) acil servis çalışanlarının intihar girişimine yönelik tutumları üzerine yaptığı çalışmada (n=251), sağlık çalışanlarının ortalama çalışma yılı 5,48 yıl olarak bulunmuştur Alan ve ark.'nın (2016), bir devlet hastanesinde yaptığı benzer çalışmada (n=37) katılımcıların, %51,5'inin lisans ve lisans üstü eğitim düzeyine sahip, %51,5'inin meslekte 18-30 yıl arası çalışanlar, %66,6'sının haftada 40 saat üstü çalışanlar ve %90,9'unu nöbet tutanlardan oluştuğu belirlenmiştir. Boğahan (2018), hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik deneyimlerini incelediği çalışmada (n=30) çalışmaya katılanların %73,4'ünün lisans mezunu ve 2-9 yıldır hemşire olarak çalıştığı saptanmıştır. Çalışma sonucumuz literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzer özellikler göstermektedir.

Araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının dörtte üçü çalıştıkları acil serviste intihar ile ilgili rehber bulunmadığını bildirdi. Katılımcıların %7,8'i herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olduğunu bildirirken, %23,4'ü psikiyatrik yardım aldığını, %13,2'si ailesinde intihar girişiminde bulunan birinin olduğunu ve %10,2'si kendisinin intihar düşüncesi/girişimi öyküsü olduğunu bildirmiştir. Er (2013) çalışmasında acil servis çalışanların %12,6'sı daha önce ruhsal durumu ile ilgili bir yardım almıştır. Aynı

çalışmaya katılım gösteren sağlık çalışanlarının; %4.8'inin ailesinde intihar girişimi öyküsü, % 23.9'unun yakın çevresinde intihar girişimi öyküsü vardır ve %3'ünün daha önce intihar girişimi öyküsü vardır. Acil serviste çalışanların büyük çoğunluğunun psikiyatrik ve intihar öyküsü olmadığı görülmektedir. Brunero ve ark. nın (2008) genel sağlık profesyonellerinin intiharı önlemede inisiyatif almaya yönelik tutumları inceledikleri çalışmada katılımcıların %4,5'inde yaşam boyu intihar girişimi öyküsü bulunduğu bildirilmiştir. Letho ve ark.(2017) çalışmasında hemşirelerin %7,6'sında intihar girişimi/düşüncesi öyküsü bulunurken %6,9'unun ailesinde intihar öyküsü bulunmaktaydı.

5.2. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Ölçekler ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Acil servis çalışanlarının İGYTÖ toplam puan ortalamasının $66,6 \pm 10,3$ olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 28 en yüksek puan 140'dır. Puanların artması olumlu tutumla ilişki olduğundan acilde çalışan sağlık personellerinin tutumunun çok da olumlu olmadığı veya kısmen olumlu olduğu söylenebilir. Alan ve arkadaşları (2016) tarafından bir devlet hastanesinin acil servisinde çalışan sağlık personelleriyle yapılan çalışmada ölçekten alınan toplam puan $106,57 \pm 21,14$ bulunurken, Yıldırım'ın (2019) acil servis hemşirelerinin intihar girişimine yönelik tutumlarının incelendiği çalışmada İGYTÖ'den alınan toplam puan $100,23 \pm 9,09$ olarak tespit edilmiştir. Balıca (2019) çalışmasında da benzer olarak acil servis çalışanlarının İGYTÖ puan ort. $101,28 \pm 6,56$ olarak bulunmuştur. Acil servis çalışanlarıyla yapılan uluslararası çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuş olup tutumların olumlu olduğu gözlenmiştir (Anderson ve Standen, 2007; Berlim ve ark. 2007; Suokas ve ark. 2009; Conlon ve O'Tuathail, 2012). Letho ve ak. (2017) Buthan'daki hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin intihar eden bireylere yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Suokas ve ark. (2008) ise yaptıkları çalışmada acilde çalışan hemşirelerin intihara yönelik tutumlarının daha pozitif ve sempatik olduğu bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada genel hastanedeki ve psikiyatri hastanesindeki acil servislerde çalışanların tutumları da karşılaştırılmış ve psikiyatri hastanesi acil çalışanlarının tutumunun daha olumlu olduğu bulunmuştur. Avustralya'da acil serviste çalışanların kendine isteyerek zarar veren hastalara yönelik tutumlarının genelde olumlu olduğu

bulunmuş ancak tekrarlayan girişimleri olan hastaların dikkat çekmeye çalıştıklarını düşündükleri ortaya çıkmıştır (Chapman ve Martin, 2014). Yapılan sistematik bir derlemede ise, sağlık profesyonellerinin bakım verirken kendine zarar veren hastalara karşı diğer hastalara göre gerginlik, öfke hayal kırıklığı ve çaresizlik duygusunu daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir (Saunders ve ark. 2011). Yapılan çalışmalar ile çalışmamız karşılaştırıldığında tutum puanlarının daha düşük bulunmasının verilerin pandemi döneminde iş yükü, stres ve tükenmişliğin arttığı süreç içerisinde toplanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Alt boyutlarda alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar gözönüne alındığında tüm alt boyutlarda ortalamanın üzerinde puan alındığı saptandı. Puanların artması olumlu tutumlarla ilişkili olduğundan sırasıyla katılımcıların “Önleme ve Koruma” ile “Nedensel Atıflar” konusunda daha olumlu tutumlara sahip olduğu görülmektedir. Bu anlamda toplumdaki bireylerin intihardan korunması ve intiharların önlenmesi konusunda eğitim almış sağlık çalışanlarının ve çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu katılımcıların “Önleme ve Koruma” boyutundan yüksek puan almaları beklenen bir durumdur. İntiharın nedenlerinin kişilik yapısı, olumsuz düşünceler, kötü yaşam olayları gibi nedenlerle ilişkili olduğuna inanmaya vurgu yapan “Nedensel Atıflar” alt boyutundan alınan yüksek puanlar olumlu tutumu göstermektedir. Yani çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının intiharın nedenleri konusunda daha gerçekçi bir yaklaşımları olduğu, intiharı zayıf ve güçsüzlükle veya doğrudan ruhsal hastalıklarla ilişkilendirmediklerine işaret etmektedir. Ancak Boğahan’ın 30 hemşire ile yaptığı kalitatif bir çalışmada hemşireler, intihar girişimini bireylerin dikkat çekmek, kazanç elde etmek, çözüm yolu bulmak ya da kaçış için yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca intihar eden bireylerinin karakterinin zayıf olduğuna, ruhsal sorunları olduğuna ve dini değer yargıları zayıflamış bireyler olduğuna inanmaktadırlar. Bu kişilere yönelik öfke, kızgınlık gibi duygular yaşadıkları bakım vermek istemedikleri belirlenmiştir (Boğahan, 2018) .

5.3. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre İntihar Girişimine Yönelik Tutumları Arasında Farklılıkların Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının sosyo-demografik, mesleki ve psikiyatrik öykü özelliklerine ilişkin bulgular ile intihara yönelik tutumları arasındaki farklılıklar tartışıldı.

Çalışmada acil serviste çalışan sağlık personelinin yaş, medeni durum, meslekte geçen süre, acil serviste çalışma süresi, çalışma şekline ve haftalık çalışma saatlerine göre intihar eden bireye yönelik tutumları açısından bir fark olmadığı saptandı. Literatür incelendiğinde meslekte geçirilen ve acil serviste çalışma sürelerinin tutumlara olumlu ve olumsuz etkisinin olabileceği yönünde çalışmalar mevcuttur. McCarthy ve Gijbels (2010), acil serviste çalışan hemşirelerin mesleki deneyimlerinin artmasıyla intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutumlarının daha pozitif olduğunu bulmuştur. Gibb ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada Yeni Zellanda’da sağlık personelinin kendine zarar veren hastalara yönelik tutumları ile cinsiyet, yaş ve mesleki deneyimin ilişkisi olduğu bulunmuştur. Alan ve ark.nın (2016) yaptığı çalışmada tutumu değerlendirmek için İGYTÖ kullanılmış ve yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, acil serviste çalışma ve haftalık çalışma süresi ile intihara yönelik tutum arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (Alan ve ark., 2016). Mevcut Çalışmada ise Gibb ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi cinsiyet değişkeninde farklılıklar bulunurken, mesleki deneyim, meslekte geçirilen süre, acil serviste çalışma süresi, çalışma şekli gibi değişkenlerde intihar girişimine yönelik tutumlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada cinsiyet değişkenine göre farklılıklar vardır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, yaşın ve cinsiyetin tutumları pozitif yönde etkilediğine dair çalışma bulgularına rastlanırken bazı çalışmalarda etkilemediğine dair bulgulara rastlanmaktadır (Suominen ve ark., 2007; Gibb ve ark., 2010; Conlon ve O’Tuathail, 2012; Alan ve ark., 2016; Letho ve ark. 2017). Balıca (2019) aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada 18-25 yaş aralığında olan acil servis çalışanlarının “Nedensel Atıflar” alt boyutundan yüksek puan almıştır. Aynı çalışmada kadın katılımcıların daha olumlu tutumlarının olduğu bulunmuştur. Suominen ve ark. (2007) iki acil serviste çalışan sağlık personellerinin intihar girişimine yönelik tutumları incelediği araştırmasında kadın ve yaşça büyük olan çalışanların daha olumlu tutumları olduğunu göstermiştir. Japonya’da hemşirelerin

intihar girişimine yönelik tutumlarının incelendiği araştırmada erkek hemşirelerin kadınlara oranla tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur (Kishi ve ark., 2011). Yine kadın ve erkek katılımcılar arasındaki farklılığın sebebinin yapılan çalışmaların çoğunlukla hemşirelerle yapılması ve hemşirelerin çoğunun kadın olması nedeniyle farklılıkların olmadığı, bizim çalışmamızda ise karma bir grubun olması sonuçları etkilemiş olabilir. Benzer popülasyonda çalışmaların yapılması önerilebilir.

Meslek değişkeni gruplarında ölçekten alınan toplam puanlar arasında farklılık görülme de hekimler diğer meslek gruplarına göre “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel Atıflar” boyutlarından daha yüksek puan almıştır. Literatürdeki bazı çalışmalarda meslek faktörünün tutumlarla ilişkisi olmadığı görülmüştür (Anderson ve Standan, 2007; Alan ve ark., 2016). Draper ve ark.nın (2014) çalışmasında ruh sağlığı alanında çalışan profesyonlerin daha olumlu tutuma sahip olduğu ayrıca psikiyatristlerin de psikiyatri hemşirelerine göre daha olumlu tutuma sahip olduğu bildirilmiştir.

Eğitim durumu incelendiğinde genel toplamda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel Atıf” alt boyutundaki farklılık alt boyutundaki farklılık lisansüstü mezunlarının puanlarının diğer gruplara göre yüksek puan almalarından kaynaklanmaktadır. Alan ve arkadalarının (2016) yaptığı çalışmada eğitim durumunun anlamlı bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. Yurt dışında yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe intihar girişimine yönelik tutumların daha olumlu olduğunu göstermektedir (McCann ve ark., 2006; McCarthy ve Gijbels., 2010). İntihar girişiminde bulunan hastalara bakım veren hemşirelerin yetersiz eğitimi ve kendine güven azlığı nedeniyle daha olumsuz ve sempatik olmayan davranışlara meylinin arttığı görülmektedir (Kishi ve ark., 2011). Letho ve ark.nın (2017) çalışmasında da intihara yönelik eğitim alma ile tutum arasında pozitif olduğu bulunmuştur. Japonya’da sosyal hizmet sorumlularının intihara yönelik tutumlarıyla ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada intihar eğitimi ile ilgili programlara katılanların intihar ile ilgili farkındalığının arttığı ve tutumlarının üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bulunmuştur (Kodako ve ark., 2012). Flood ve arkadaşlarının (2018) İngiltere ve Türkiye’deki hemşirelik öğrencilerinin intihara meyilli bireylere karşı tutumlarının kültürel karşılaştırılmasının incelendiği çalışmada ruh sağlığı eğitiminin

önemi belirtilmiş ve intihara yönelik daha olumlu tutumların oluşmasını sağladığı gözlenmiştir.

Haftalık çalışma süresi incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Balıca'nın (2018) yaptığı çalışmada aylık 160 saat ve altında çalışan acil servis çalışanlarının daha olumlu tutumlara sahip olduğu bulunmuştur ve çalışmamızdaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmada ise haftalık çalışma süresinin tutumu etkilemediği bulunmuştur (Alan ve ark., 2016).

Çalışılan kurumun özellikleri incelendiğinde özel hastanede çalışan katılımcılar “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel Atıflar” alt boyutlarında daha yüksek, “Bireysel Yardım” alt boyutundan daha düşük puan aldığı bulundu. Draper ve ark.nın (2014) çalışmasında ise devlet kurumunda çalışanların özel sektörde çalışanlara göre daha olumlu tutum puanları aldıkları ancak post-hoc analizinde aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ülkemizdeki kamu hastanelerinin acil servislerine başvuran hasta sayısının özel hastanalara göre daha fazla olması, hastalara bakım verme süresinin azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca özel hastanelerin hasta memnuniyet takiplerinin kamu kurumlarına göre daha fazla takip edilmesi, kurum içi eğitimlerin daha fazla etkin yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışılan acil serviste intihar girişiminde bulunanların hastaların bakımı için bir rehberin bulunduğu acil serviste çalışanların verdiği cevaplarda “Nedensel Atıflar” puanının yüksek olduğu saptandı. Literatürde kurumsal sağlanan kaynakların yetersizliğinin ya da yokluğunun intihar girişimi olan hastaya tutumları olumsuz etkilediği gösterilmiştir (McCann ve ark., 2006; Conlon ve O'Tuathail, 2012). Kurumlar kendine isteyerek zarar veren hastaların yönetilmesi ve bakımı için çalışanlarına düzenli eğitimler düzenlemelidir. Düzenlenen eğitimlere personelin katılımını sağlamalı ve çalışanların becerileri geliştirilerek kendine olan güvenleri arttırılmalıdır (Chapman ve Martin, 2014). Jincy ve ark. (2011) geliştirdikleri intihar eden bireye yönelik bakıma ilişkin oluşturdukları bilgilendirici bir broşürün etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında uygulama sonrası hemşirelerin bilgi ve tutumlarında gelişme olduğunu bildirmişlerdir. Acil servis çalışanları için kendine zarar veren hastaların bakımı ve yönetimi yapılacak eğitimler büyük önem teşkil etmektedir (Kishi ve ark., 2011).

Katılımcıların çoğunluğunun çalıştığı acil serviste bir rehberin bulunmaması intihar girişiminde bulunan hastanın bakımında eksiksiz, kaliteli bakım ve tedavilerin yapıldığına yönelik tutumları olumsuz etkilediğine işaret etmektedir.

Katılımcıların daha önce psikiyatrik serviste çalışma durumu değişkeni incelendiğinde ölçek toplam puanında anlamlı fark bulunmazken; psikiyatri servisinde çalışmış olanların “Tıbbi Yardım” boyutundan aldığı puan çalışmayanlara göre daha yüksek ve bu farklılık anlamlıdır. Literatür incelendiğinde daha önce psikiyatri servisinde çalışanların sağlık personellerinin tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür (Anderson ve Standen, 2007; Kishi ve ark., 2011). Japonya acil serviste çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada acil servislerde ya diğer ünitelerde çalışan hemşirelerin tutumlarının psikiyatri servisi geçmişi olan hemşireler göre daha az olumlu ve sempatik olduğu bulunmuştur. Psikiyatri birimlerinde çalışmış ya da psikiyatri eğitimi alan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalarla başa çıkma yeteneğinin daha gelişmiş olduğu gözlenmiştir (Kishi ve ark., 2011). Çalışmamızda psikiyatrik servis geçmişi bulunan sağlık çalışanlarının ölçekten aldığı puanlar incelendiğinde; intihara ruhsal bozuklukların neden olduğu bir durum olarak algılamaları ve tıbbi açıdan şefkatli ve kaliteli hizmet almaya hakkının olduğunu düşünmeleri, genel hastanelerin acil servislerinin bakım ve tedavi anlanmında yetersiz olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Psikiyatrik tanı ve öyküsüne bakıldığında; ruhsal bozukluğu olmayan çalışanların olanlara göre “Bireysel Yardım” , “Nedensel Atıflar” ve “Kurumsal Yardım” alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldıkları, aldıkları puanlarda anlamlı farklılıkları olduğu bulundu. Ruhsal bozukluğu olmayan katılımcıların intihar girişiminde bulunan bireylerin içine kapanık, sosyalleşme sorunu olan bireysel olarak yardıma ihtiyaçları olduğunu ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanması gerektiğini düşündüğü söylenebilir.

Psikiyatrik yardım alan katılımcıların “Kurumsal Yardım” dan yüksek puan aldıkları ve anlamlı olduğu, psikiyatrik yardım almayan katılımcıların ise; “Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” alt boyutundan aldığı puanlar yüksek ve anlamlı olduğu saptandı. Daha önce psikiyatrik yardım almayan katılımcılar intihar girişiminin bir psikiyatrik bozukluk olduğunu düşünürken, alan katılımcılar hastaların kurumlarda

kaliteli ve şefkatli tedavi hizmeti aldığını düşündükleri tespit edilmiştir. Bireylerin yardım arama ihtiyaçları intihara yönelik tutumları olumlu yönde etkilemektedir (Öztürk ve Akın, 2018).

Ailede intihar öyküsü/girişimi olanların “Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” ve “Kurumsal Yardım” dan alt boyutundan aldığı puanlar diğer alt boyutlara göre daha yüksek bulundu. Benzer şekilde daha önce intihar düşüncesi/ öyküsü olmayan katılımcıların ölçeğin “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel Atıflar” alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları tespit edildi. Kendisi ya da ailesinde intihar girişimi olan katılımcıların ruhsal hastalık varlığına inandığı ve psikiyatri uzmanlarınca tedavi edilmesi gerektiği görüşünde olduğunu göstermektedir. Kodako ve arkadaşlarının (2012) Japonya’da yaptığı çalışmada ailesinde ya da çevresinde intihar öyküsü olan sosyal hizmet görevlilerinin intihara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Brunero ve ark. (2008), sağlık profesyonellerinin intiharı önleme inisiyatiflerine yönelik tutumları inceledikleri çalışmada, ailesinde, arkadaşlarında veya bakım verdiği hastada intihar öyküsü olan profesyonellerin daha olumlu tutuma sahip olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde yapılan üniversite öğrencilerinin intihar yönelik bilgi düzeyleri ve damgalama tutumlarının incelendiği çalışmada ailesin ruhsal bozukluk ve intihar öyküsü olan katılımcıların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve Akın, 2018).

5.4. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Kişisel Değerlerinin Intihar Girişiminde Bulunan Bireye Yönelik Tutumuna Etkisinin Tartışılması

Bu bölümde acil serviste çalışan sağlık personelinin İGYTÖ toplam puan ve KDE ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması ve ilişkisine yönelik bulgular tartışıldı. Literatür incelendiğinde bu alanda yapılmış çalışmalara rastlanılmamaktadır.

Çalışmada İGYTÖ ve KDE ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, “Bireysel Yardım”, “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel atıflar” puanları ile KDE alt boyut puanları arasında anlamlı pozitif ve zayıf ilişkilerin olduğu bulundu. Ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişkilerin anlamlılık sınamaları sonuçlarına bakıldığında; acil serviste çalışan sağlık personelinin gerek alt boyutlar açısından gerekse genel olarak kişisel değerleri arttıkça intihar eden bireylerin etkin bir şekilde

kurumsal ve bireysel yardımı alması gerektiği yönündeki ve hastalığın nedenlerine yönelik tutumların olumlu yönde arttığı görülmektedir. Katılımcıların intihar girişimini bir ruhsal bozukluk olarak algılamaları, hastanelerin şefkatli, iyi bir tedavi hizmeti sağlamaları, anlayışlı ve yardıma ihtiyacı olduklarını düşünerek yaklaşım göstermelerinin kişisel değerleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bir başka deyişle acil serviste çalışan personelin kişisel değerleri düzeyi arttıkça intihar eden hastalara yönelik tutumları daha olumlu olmaktadır. Kişisel değerler ile ilgili kazanımlarını intihar girişimine yönelik tutumları olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

“Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” boyutu ile KDE alt boyutlarından “Paylaşım ve Saygı” ile arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Saygı ve paylaşım gibi kişisel değerleri yüksek olan katılımcıların intiharın ruhsal bir rahatsızlık olduğunu ve alanında uzman kişiler tarafından tedavi edilmesi gerektiği yönündeki olumlu tutumları olduğu gözlenmektedir.

“Önleme ve Koruma” alt boyutu puanları ile KDE alt boyutlarından “Saygı ve Doğruluk” dışındaki alt boyutlarla ilişkisinin pozitif yönde zayıf olduğu bulundu. Güven, bağışlama, paylaşım ve dürüstlük gibi kişisel değerleri yüksek olan katılımcıların intiharın önlenabilir olduğunu daha fazla kabul etmektedir. Çalışmada saygı ve doğruluk değerleri ile intiharı önleme ve korumaya dair tutumlar arasında ilişki bulunmamıştır.

“Tıbbi Yardım” boyutu ile KDE alt boyutlarından “Güven ve Bağışlama” ve “Dürüstlük ve Paylaşım” ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu saptandı Katılımcıların güven-bağışlama, dürüstlük-paylaşım değerleri arttıkça intihar girişimi olan bireylerin psikiyatride uzmanlaşmış kişiler tarafından tedavi ve yardım edilmesine ihtiyacı olduğuna dair tutumları artmaktadır.

Literatür incelendiğinde, acil serviste görev alan hekim, hemşire ve ATT’lerin intihar girişimi olan hastalara yönelik tutumlarının kişisel değerlerle ilişkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamaktadır. İskender ve arkadaşlarının (2016) mevcut çalışmada yer alan KDE’yi kullanarak yaptığı “Ruh sağlığı çalışan ve öğrencilerinin hayat amaçları ve dindarlık eğilimleri ile ilişkisi” çalışmasında kişisel değerlerin inançlarla çok yakından ilişkili olduğu ve birbirini güçlendirdiğini ortaya konmuştur.

Bir olaya, duruma karşı var olan inanç o duruma karşı olumlu veya olumsuz tutumları destekler (Tavşancıl, 2010). Bu verilerden yola çıkarak acil servis personelinin intihar girişiminde bulunmuş hastalara karşı geliştirdiği tutumların kişisel değerleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

5.5. Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Intihar Girişimine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörlere Yönelik Bulguların Tartışılması

Kişisel değerler ve intihar ile ilişkili çalışmalar yapılmış olmasına rağmen acil servis çalışanlarının intihara yönelik tutumlarının kişisel değerler ile ilişkisiyle ilgili çalışmalara rastlanmadı. Acil servis çalışanlarının kişisel değerlerinin intihar girişimine yönelik tutumlarının “Güven ve Bağışlama” ve “Saygı ve Doğruluk” alt boyutları ilişkisi olduğu bulundu.

“Güven ve Bağışlama” alt boyutu intihar girişimine yönelik tutumları olumlu olarak etkilerken, “Saygı ve Doğruluk” alt boyutu olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemşirelik öğrencilerinin bireysel değerleri, etik ve mesleki değerleri ile ilgili yapılan çalışmada katılımcıların sevgi, saygı gösterme, bireylere zarar vermeme, güven duygusu gibi geleneksel etik davranışlara eğilimli olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla hemşirelik öğrencilerinin bireysel değerlerinin etik ve mesleki değerlerine yön verdiği bulunmuştur (Aydın ve ark., 2021). Kore’de kişisel değerler ile toplumun intihara karşı tutumu arasındaki ilişkinin araştırılması için yapılan çalışmada; kişisel değerlerin intihar ve intihar girişimine yönelik tutumlarda etkili olduğu bulunmuştur. Bireysellik, kadercilik ve hiyerarşiklik gibi kişisel değerlerin araştırıldığı çalışmada hiyerarşiklik değerlerine sahip olanların intihara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur (Lee, 2019). Ruh sağlığı hemşireliğinde insanların duygu ve düşüncelerini kabul etmek saygı duymak gibi değerler intihar girişimine yönelik tutumlar için önemli bir yer tutmaktadır (Flood ve ark., 2018).

Saygı ve doğru davranış toplumun kurallarından etkilenmektedir. Nitekim intihar toplum tarafından onaylanmayan ve yargılanan bir davranıştır. Bu nedenle saygı ve doğruluk alt boyutundan yüksek puan alan sağlık personellerinin intihar girişimine karşı daha olumsuz tutumlara sahip olması olasıdır.

Güven ve bağışlama kavramları hümanizm, saygı ve empati gibi bireyi merkeze alan görüşlere yakın kavramlardır. Bu nedenle güven ve bağışlama alt boyutundan yüksek puan alan katılımcıların intihar vakalarına daha esnek ve tolerans yaklaşabilecekleri söylenebilir.

Sonuç olarak, sağlık personelleri için bireyi merkeze alan, hümanist eğilimlerini ön plana çıkaran hizmet içi eğitimlerin sunulmasıyla intihar vakalarıyla daha etkili çalışabilecekleri olarak yorumlanabilir.

Acil serviste çalışanların intihar girişiminde bulunan kişilere karşı tutumunu etkileyen demografik ve mesleki özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda; cinsiyet meslekte geçen süre ve çalışılan kurumda rehber bulunmasının etkili olduğu bulunurken, yaş, medeni durum, meslek, psikiyatride çalışma durumunun tutumlara etkisi olmadığı bulundu.

Cinsiyet değişkeninde erkek olmanın tutumun olumlu olmasında etkili olduğu belirlendi. Daha açık bir ifadeyle, erkek olma ile İGYTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Cinsiyet faktörünün tutuma etkisinin bulunmadığı yönünde çalışma sonuçları bulunurken, etkisinin olduğu yönünde çalışmalar da mevcuttur (Suominen ve ark., 2007; Conlon ve O'Tuathail, 2012; Alan ve ark., 2016). Literatürde çoğu çalışmada kadın çalışanların tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur (Ouzouni ve Eskin 2006; Suominen ve ark., 2007). İntihara yönelik tutum çalışmalarının çoğunlukla hemşirelerle yapılması ve hemşirelerin kadın cinsiyette ağırlıkta olması nedeniyle çoğu çalışmada cinsiyet faktörünün etkisiz bulunması bu nedenden kaynaklanıyor olabilir.

Meslekte geçen zaman değişkeni pozitif katsayılı yer aldığından mesleki deneyim arttıkça İGYTÖ toplam puanın da arttığı belirlenmiştir. Mesleki tecrübenin artması intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutumu daha olumlu etkilemektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde deneyimli ruh sağlığı hemşirelerinin kendine zarar veren ve intihar girişiminde bulunan kişilere yönelik tutumu daha olumlu olduğu gözlenmektedir (Botega ve ark., 2005; Ouzoni ve Eskin, 2006; Hagen ve ark., 2017).

Çalıştığı kurumda rehber bulunan acil servis çalışanlarının intihar girişimine yönelik tutumlarını daha olumlu etkilediği bulundu. Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, kurumlarda rehberin bulunması, eğitimlerin düzenlenmesi hem tutumların daha olumlu olmasına hem de çalışanların daha özgüvenli ve rahat bir şekilde hastalara yaklaşım göstermelerine etki ettiği görülmektedir (McCann ve ark., 2006; Conlon ve O'Tuathail, 2012; Chapman ve Martin, 2014). İntihar girişiminde bulunan hastalara yapılacak tedavi ve yaklaşımla ilgili modüler eğitimlerin yapılması bu hastalara karşı tutumun daha olumlu olmasını sağlayacağı gibi başa çıkma ve mesleki becerilerini geliştirme konusunda motivasyonun artmasına yol açacaktır (Tiwari ve Srivastava, 2011; Shaw ve Sandy, 2016). Acil servislerin çoğunluğunda bakım rehberinin olmaması çalışanların tutumlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

5.6. Sonuçlar

Araştırmaya katılan 205 acil servis çalışanının yaş ortalamasının $32,60 \pm 8,89$ (min:21-max:51), %77,07'sinin kadın, %64,39'unun hemşire ve yarısından fazlasının lisans mezunu olduğu belirlendi.

Katılımcıların meslekte çalışma süresinin ortalama $8,01 \pm 6,42$ yıl, acil serviste çalışma sürelerinin ise $4,66 \pm 3,96$ yıl olduğu belirlendi.

Katılımcıların %83,4'ü hem gece hem gündüz çalışırken, %57,6'sının haftada 41-60 saat arasında çalıştıkları belirlendi.

Araştırmaya katılanlar %93,2'sinin daha önce psikiyatri servisinde çalışmadığı saptanırken, %74,6'sı çalıştıkları acil serviste intihar ile ilgili rehber bulunmadığını bildirmiştir.

Katılımcıların %92,2'sinin herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmadığı, %76,6'sının psikiyatrik yardım almadığı, %86,8'inin ailesindeki bireylerde intihar öyküsü olmadığı, %89,8'inin de kendisinin intihar girişimi düşüncesi/öyküsü olmadığı bulundu.

Katılımcıların ölçekler ve alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde; İGYTÖ toplam puan ortalamasının $66,6 \pm 10,3$, alt boyutlarda ise "Tetikleyiciler ve Psikopatoloji" ($18,96 \pm 2,72$) en yüksek olduğu saptanırken en düşük puan ortalamasının "Kurumsal Yardım" alt boyutuna ($4,86 \pm 2,12$) ait olduğu saptandı.

KDE alt boyutlarından “Disiplin ve Sorumluluk” tan alınan toplam puanların ortalamasının $(67,43 \pm 10,37)$ en yüksek olduğu, “Paylaşım ve Saygı” alt boyutunun $(17,20 \pm 2,83)$ en düşük puan ortalamasının sahip olduğu bulundu.

İGYTÖ ve KDE ölçeklerinin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, “Bireysel Yardım”, “Kurumsal Yardım” ve “Nedensel atıflar” puanları ile KDE alt boyut puanları arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf ilişkilerin olduğu saptanırken “Tetikleyiciler ve Psikopatoloji” boyutu ile KDE alt boyutlarından “Paylaşım ve Saygı” ile arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. “Önleme ve Koruma” alt boyutu puanları ile KDE alt boyutlarından “Saygı ve Doğruluk” dışında diğer alt boyutlar ile anlamlı, pozitif yönde zayıf ilişkilerin olduğu bulundu. “Tıbbi Yardım” boyutunun ise KDE alt boyutlarından “Güven ve Bağışlama” ile “Dürüstlük ve Paylaşım” ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu saptandı ($p < 0,05$).

İGYTÖ ve KDE alt boyutları arasında yapılan regresyon analizinde “Güven ve Bağışlama” alt boyutu intihar girişimine yönelik tutumları pozitif yönde ve “Saygı ve Doğruluk” alt boyutu ise negatif yönde etkilediği saptandı.

Demografik veriler ve İGYTÖ arasında yapılan regresyon analizinde cinsiyet, rehber bulunma durumu ve meslekte geçen süre değişkenlerinin intihara yönelik tutumlar üzerinde etkili olduğu belirlendi ($p < 0,05$).

5.7. Öneriler

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde;

Acil servis çalışanlarının intihar girişimine yönelik tutumlarının çok olumlu olmadığı / kısmen olumlu olduğu bulundu. İntihar eden bireylere bakım veren acil çalışanlarının tutumlarının farkında olması, bu kişilere verdikleri bakımın kalitesini ve kurdukları ilişkilerdeki terapötik öğeleri ve empatik yaklaşımı etkilemesi bakımından önemlidir. O nedenle kurumlar çalışanlarının tutumlarını belirlemeye yönelik ve çalışanların tutumları konusunda farkındalıklarını arttırmak için geribildirim vermeye yönelik çalışmalar yapılabilirler.

Çalışmada cinsiyet faktörünün tutum üzerinde etkisi bulunmasından yola çıkarak tutumu etkileyen faktörlerin derinlemesine anlaşılmasına yönelik kalitatif çalışmalar yapılması önerilebilir.

Katılımcıların çoğunluğunun çalışılan acil servislerde bakım ile ilgili fayda sağlayıcı bir rehberin bulunmaması tutumları negatif yönde etkilemektedir. Bu nedenle servislerde intihar girişiminde bulunan bireye yaklaşım ve süreç konusunda anlaşılır, pratik rehberlerin hazırlanması ve çalışanların kolayca görebileceği alanlarda bulundurulması önerilebilir. Acil servislerde çalışanlar için özellikle mesleğinin ilk yıllarında olanlar için intihar ve intihara yaklaşım konusunda eğitimler düzenlenmeli ve bu konuda bilgilendirici rehberler bulundurulmalıdır.



KAYNAKLAR

- Aavik, T. ve Allik, J.(2002). The structure of estonian personal values: A Lexical approach. *European Journal of Personality*, **16**: 221–235
- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M.G., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F. ve Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9):726-732.Erişim: 17.05.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649482/>
- Alan, N., Telli, S., & Khorshid, L. (2016). Bir devlet hastanesinde intihar girişiminde bulunan olgulara yönelik acil çalışanlarının tutumlarının belirlenmesi. *MedicalSciences*, **11**(4):9-17.
- Alo183 (2021). Erişim : 25.12.2021
<https://web.archive.org/web/20191203151121/http://www.alo183.gov.tr/>
- Anderson, M. and Standen, P.J., (2007). Attitudes towards suicide among nurses and doctors working with children and young people who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **14**, 470–477.
- Arsenault-Lapierre G., Kim C. and Turecki G., (2004), Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* , **4**:37.
- Arslantaş, H.,Adana, F.,Harlak, H. Ve Eskin, M.(2019). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin intihar davranışına yönelik tutumları. *Yeni Symposium*, **57**(2): 6-12.
- Asan, T., Ekşi, F., Doğan, A. Ve Ekşi. H, (2008). Kişisel Değerler Envanteri'nin dilsel eşdeğerlik, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, **27**,15-38
- Aseltine, R.H. DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, **94**(3): 446-451.
- Ata, E.E., Bayrak, N.G. ve Yılmaz, E.B. (2021). İntihar girişimi nedeniyle acil servise başvuran olguların incelenmesi: bir yıllık retrospektif bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, **46**(4):1675-1686.
- Atay, M.İ., Gündoğar, D. (2004). İntihar davranışında risk faktörleri: Bir gözden geçirme. *Kriz Dergisi*, **12**, 39 52.

Aycan S, Tümay Ş, Şimşek Z. (2000) İntiharın önlenmesi. Ankara, Sağlık Bakanlığı, Erişim: 02.01.2020, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/109729>

Aydın, G.Ö., Turan, N., Irmak, A.Y., Çelikkalp, Ü., Aygün, A. ve Çakır, Z. (2021). Nursing students' individual values, inclination to ethical and professional values. *Perspect Psychiatr Care*, **31**:1–11.

Balıca, G. (2019). Acil Servis Çalışanlarının İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Tutumlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu ile İlişkisi. T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Beautrais, A. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviours in young people. *American Behavioral Scientist*, **46**(9): 1137–1156.

Berlim, M.T., Perizzolo, J., Lejderman, F., Fleck, M.P., and Joiner, T.E., (2007). Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior?. *Journal of Affective Disorders*, **100**:233–239.

Boğahan, M. (2018). Hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik deneyimleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yayınlanmamış yüksek lisans tezi.

Boğahan, M. Ve Türkleş, S. (2021). Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları Kapsamında İntihar Girişiminde Bulunan Bireye Yaklaşım, *Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar*, Erişim: 12.12.2021

https://www.researchgate.net/publication/355351216_Psikiyatri_Hemsireligi_Uygulamalari_Kapsaminda_Intihar_Girisiminde_Bulunan_Bireye_Yaklasim

Bolster C, Holliday C, Oneal G, Shaw M (2015) Suicide assessment and nurses: What does the evidence show? *Online J Issues Nurs* 20: 2.

Brunero, S., Smith, J., Bates, E., & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **15**(7), 588-594.

Bulut, E. R., Küçüker, H. ve Bulut, N. S. (2012). İntiharın kısa tarihçesinden sebep ve yöntemlerine genel bir bakış. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **34**:128-137.

Büyükbayram A, Engin E. (2018).Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triyajı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;**9**:61-7.

Chapman, R., ve Martin, C. (2014). Perceptions of Australian emergency staff towards patients presenting with deliberate self-poisoning: A qualitative perspective. *International Emergency Nursing*, **22**(3), 140-145.

Cohen, J.(1992). A power primer.*Psychological Bulletin*, **112**(1): 155-159.

Conlon, M. ve O'tuathail, C. (2012). Measuring emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm using the self-harm antipathy scale. *International EmergencyNursing*, **20**(1), 3-13.

Dahlen, E.R., Canetto, S.S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*, **26**: 99-116.

Demirkiran, F., ve Eskin, M. (2006). Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in turkey to patients who have attempted suicide. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, **34**(8), 891-906.

Demirkol, M. (2013). İntihar olasılığı: kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme, ANKARA Üniversitesi SOSYAL Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Anabilim DALI Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Doğan, T. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, **14** (1):56-64

Draper, B., Krysinska, K., De Leo, D., & Snowden, J. (2014). Health care professional attitudes toward interventions to prevent suicide. *Sucidology Online*, 24.

Duru, G., Özdemir, L. (2019). Yaşlı intiharları, nedenleri ve önleyici uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 34-41

Durkheim, E. (2019). *İntihar*.(Z. İlkelen, Çev). İstanbul: Pozitif Yayınları.

Er, G. (2011). İntihar girişiminde bulunan olgulara yönelik sağlık personelinin tutumları; ölçek geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa

Er, G., Şimşek, Z. ve Aker, A. (2013). İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Sağlık Çalışanlarının Tutumları Ölçeği'nin (İGYTÖ) geliştirilmesi; geçerlik ve güvenirlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **24**:1-7.

Erim, B.R. (2017). Cezaevi nüfusunda intihar davranışı ve müdahale ilkeleri. *Psikiyatride Güncel*, **7**(1):73-81.

Eskin, M. (2012). The role of childhood sexual abuse, childhood gender nonconformity, self-esteem, and parental attachment in predicting suicide ideation and attempts in Turkish young adults. *Suicidology Online*, **3**:114–123.

Eskin, M., Palova, E. ve Krokavcova, M. (2014). Suicidal behavior and attitudes in Slovak and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. *Archives of Suicide Research*, **18**:58–73.

Eskin, M. (2017). Gençler arasında intihar düşüncesi, girişimi ve tutumları, *Türk Psikoloji Dergisi*, **32**(80), 93–111.

Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of web surveys: the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES). *Journal Of Medical Internet Research*, **6**(3):34

Flood, C., Yılmaz, M., Phillips, L., Lindsay, T., Eskin, M., Hiley, J. ve Taşdelen, B. (2018). Nursing students' attitudes to suicide and suicidal persons: A cross-national and cultural comparison between Turkey and the United Kingdom, *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, **25**:369–379.

Freud, S. (2019). *Yas ve melankoli* (L. Uslu, Çev.). İstanbul: Cem Yayınevi (1917).

Fromm, E. (1973). *The Anatomy of Human Destructiveness*, New York Holt, Rinehart and Winston Ltd. Publishing.

Gençlik Destek Hattı (2022). Erişim: 09.01.2022 Kendine zarar verme <https://genclikdestekhatti.org.tr/kendine-zarar-verme22.html>

Gibb, S. J., Beautrais, A. L., Ve Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, **44**(8):713-7

Glass, R., Prichard, J., Lafortune, A. ve Schwab, N. (2013). The influence of personality and facebook use on student academic performance. *Issues in Information Systems*, **14**(2):119-126.

Gökalp, H. (2009). İntihar kültürü ve Ferhad'ın İntiharı'nın divan şiiri aşk anlayışında etkileri. *Turkish Studies International Periodical for the languages, literature and history of Turkish or Turkic*, **4**(2):493-517. Erişim (04.01.2021) https://turkishstudies.net/turkishstudies?mod=tammetin&makaleadi=&makaleurl=1677634937_19g%C3%B6kalp%20halk1.pdf&key=13894

Gündoğmuş, Ü.N., Özbek, V.Ö., Özkara, E., Biçer, Ü. ve Yıldız, M., (2004). İntihar girişimlerinde sağlık personelinin adli ihbar yükümlülüğü. *Adli Tıp Dergisi*, **18**(2), 38-44 .

Güngör, E. (1993). Değerler psikolojisi. Hollanda: Türk Akademisyenler Birliği Yayınları

Güngör, S.K., İlişen, E. (2018).Öğretmenlerin Örgütsel Destek Algıları İle Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkinin Analizi.*KEFAD*, **19** (1):962-977.

Gregory Luke Larkin and Annette L. Beautrais,(2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention, *Crisis*. **31**(1):1- 6.

Hagen, J., Knizek, B. L., ve Hjelmeland, H. (2017). Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: An emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, **31**(1),:31-37.

Hjelmeland, H. ve Knizek, B. (2004). The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes towards suicide. *Archives of Suicide Research*, **8**:345-359.

Horzum, M., Ayas, T., Padır, M.A. (2017). Beş faktör kişilik ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması. *Sakarya University Journal of Education*, **7**(2), 398-408

İnceoğlu M., (2010). *Tutum Algı İletişim*, İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları.

İskender,M., Akgül , Ö. Tura, G.(2016). Ruh sağlığı uzman ve öğrencilerinin kişisel değerlerinin hayat amaçları ve dindarlık eğilimleriyle ilişkisi. *Değerler Eğitimi Dergisi*,**14**(31):135-158

Jensen-Campbell, L.A., Graziano, W.G. (2001). Agreeableness as a moderator of interpersonal conflict. *Journal of Personality*, **69**(2): 323-362.

Jincy, J., Linu, S. G., & Binil, V. (2011). Effectiveness of an informational booklet on care of attempted suicide patients. *International journal of nursing education*, **3**(1).

Kağıtçıbaşı, Ç. ve Cemalcılar Z. (2014). *Dünden Bugüne İnsan Ve İnsanlar Sosyal Psikolojiye Giriş*, İstanbul: Evrim Yayınevi.

Kerby, D.S. (2003). CART analysis with unit-weighted regression to predict suicidal ideation from big five traits. *Personality and Individual Differences*,**35**(2): 249– 261.

Kılıç, R. (2013). Gerçeklik ve kurgu olarak Osmanlı'dan Cumhuriyet'e İstanbul'da intihar. *Modern Türklük Araştırmaları Dergisi*, **10**(4):43-70.

Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K., ve Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, **33**(4):393-397.

Kodaka, M., Inagaki, M., Poštuvan, V. Ve Yamada, M. (2012). Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide, *International Journal of Social Psychiatry*, **0**(0):1–8.

Kulaksızoğlu, A. (2006). *Ergenlik Psikolojisi* (8.Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kutcher, S. ve Chehil, S. (2012). *Suicide Risk Management A Manual for Health Professionals*. 2nd edition. UK: Willey-Blackwell Publishing.

Lee, J.W. (2019). The relationship between personal values and attitudes of the general public towards suicide. *Journal of Health Informatics and Statistics*, **44**(2):134-140.

Leenaars, Antoon A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology Online* ,**1**,5-18.

Lees, J. ve Stimpson, Q. (2002). A psychodynamic approach to suicide: A critical and selective review. *British Journal of Guidance and Counselling*, **30**(4), 341-352.

Letho, Z., Hengudomsab, P., & Deoisres, W. (2017). Knowledge and attitudes towards suicide among nurses of National Referral Hospital in Bhutan. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal-วารสาร ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, **12**(3), 119-128.

Mackay N. ve Barrowclough C. (2005). Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self harm: attributions, emotions and willingness to help. *British Journal of Clinical Psychology* **44**:255–267.

Mann, J.J. (2002). A current perspective os suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*, **136**:302-311.

McCann, R.N., Eileen, C., McConnachie, S., Harvey I. (2006). Accident and emergency nurses attitude towards patients who self harm. *Journal of Accident And Emergency Nursing*, **14**:4-10.

Mccarthy, L., ve Gijbels, H. (2010). An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. *International Emergency Nursing*, **18**(1): 29-35.

Minois, G. (2008). İntiharın Tarihi İstemli Ölüm Karşısında Batı Toplumu. (N. Acar, Çev). Ankara: Dost Kitabevi, 9-374.

Murray, B. L., ve Wright, K. (2006). Integration of a suicide risk assessment and intervention approach: the perspective of youth. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **13**(2): 157-164.

Neville K, Roan N (2013). Suicide in hospitalized medical-surgical patients: Exploring nurses' attitudes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* **51**, 35–43.

Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., ve Hjelmeland, H. (2012). Attitudes of pand nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, **49**(6), 691-700.

Ouzouni F, Eskin M (2006). Therapeutic and nontherapeutic reactions in a group of nurses and doctors in Turkey to patients who have attempted suicide. *Social Behavior and Personality: An International Journal* **34**: 891–905.

Ouzouni, C., ve Nakakis, K. (2012). Doctors' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 6(4).

Öncü, B. (2017). İntihar davranışı: epidemiyoloji ve risk etmenleri. *Psikiyatride Güncel*, **7**(1):1-14.

Özgüven D.H., Alıcı H.Y. (2016). İntiharı önleme (Suicide prevention), *Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics*. **9**(3):71-6.

Özkul, A.S.(2007). Yaşam ve çalışma değerlerini etkileyen faktörler SDÜ öğrencileri üzerine bir araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta

Özmenler, K.N. (2017). Asker intiharları. *Psikiyatride Güncel*, **7**(1):82-88.

Öztürk, A. ve Akın, S. (2018). Üniversite öğrencilerinin intihara ilişkin bilgi düzeyleri ve intihar eden kişilere yönelik damgalama tutumlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **9**(2):96-104.

Palabiyikoğlu R, Karacan E.(2008). İntihar davranışı ve medya. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, **1**(3):43-52

Perroud, N., Baud, P., Ardu, S., Krejci, I., Mouthon, D., Vessaz, M. ve ark. (2013). Temperament personality profiles in suicidal behaviour: An investigation of associated demographic, clinical and genetic factors. *Journal of Affective Disorders*, **146**(2), 246–253.

Robinson J, Cox G, Bailey E, Hetrick S, Rodrigues M, Fisher S, ve ark., (2015). Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry* . **10**:103-121.

Robinson, J., McGorry, P., Harris, M. G., Pirkis, J., Burgess, P., Hickie, I., & Headey, A. (2006). Australia's national suicide prevention strategy: the next chapter. *Australian Health Review*, **30**(3): 271-276

Ruyter, D. J. (2002). The right to meaningful education: the role of values and beliefs. *Journal of Beliefs & Values*, **23**(1): 33-42.

Sağlık Bakanlığı (SB), (2011).TC Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. (2011). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı. Erişim: 20.08.21
<https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/30333/0/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf>

Sağnak, M. (2004). Kişi-örgüt değer uyumunu ölçme çalışmaları ve kullanılan yöntemlerin karşılaştırılması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, **5**, 101-124.

Saunders, KEA, Hawton, K., Fortune, S., Farrell, S. (2011). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord.*, **139**(3), 205–216.

Saxena, S., ve Fleischmann, A. (2014). Who launches the first world suicide report. *Lancet Psychiatry*, **1**(4), 255-256.

Sayıl, I. (2000). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara: Antıp A.Ş.

Sayıl, I. (2008). İntiharı önleme. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, **1**(3), 53.

Schwartz, S. (1992). In *Advances In Experimental Social Psychology* içinde M.P. Zanna (Ed.), *Universals in The Content and Structure of Values:Theoretical Advances and Empirical Test in 20 Countries*. San Diego:Academic Press; 1-65.

Shaw, D. G., ve Sandy, P. T. (2016). Mental health nurses' attitudes toward self-harm: curricular implications. *HealthSaGesondheid*, **21**(1): 406-414.

- Siyez, D.M. (2005). Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **12**(2):92-100.
- Stack, S. ve Kposowa, A.J. (2008). The association of suicide rates with individual-level suicide attitudes: A cross-national analysis, **89**(1), 39-59.
- Stevens, K.P. ve Nies, M.A. (2018) Factors related to nurses' attitudes towards the suicidal patient: An integrative review. *Clinical Research and Trials*, **4**(2): 1-6.
- Stevens, K.P. ve Nies, M.A.(2018) Factors related to nurses' attitudes towards the suicidal patient: An integrative review. *Clinical Research and Trials*, **4**(2): 1-6.
- Suokas, J., Suominen, K., & Lönnqvist, J. (2009). The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: a comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis*, **30**(3), 161-165.
- Suokas, J., Suominen, K., & Lönnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, **62**(2), 144-146.
- Sümer, N. (2016). Antik ve ilkel toplumlarda intihar olgusu, *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, **1** (1) 83-116.
- Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries, *Advances In Experimental Social Psychology*. **25**:1-65
- Şevik, A.E., Özcan, H. Ve Uysal, E. (2012). İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Risk Faktörleri ve Takip. *Klinik Psikiyatri*, **12**, 218-225.
- Tatlılıoğlu, K. (2012). Sosyal bir gerçeklik olarak intihar olgusu:sosyal psikolojik bir değerlendirme. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **12**(2):135-157
- Tavşancıl, E.(2010)., *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Temel, M. (2009). İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12**(2) :78-83.
- Tiwari, R., ve Srivastava, M. (2011). Assessment of the attitudes of clinicians in the emergency setting towards an act of parasuicide. *Public Health Research & Development*, **2**(1), 8.

Townsend, M.C. (2016). Psychiatric Mental Health Nursing Concepts Of Care In Evidence-Based Practice, Philadelphia: F.A.Davis Company, 264-275.

Turecki, G., ve Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387: 1227-1239 Erişim (05.04.2021) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/>

Türk Dil Kurumu (TDK), (2020). İntihar tanımı. Erişim Tarihi (25.12.2020), http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.50e16b36a7fb10.91341378

Türk Dil Kurumu (TDK), (2022). Tutum tanımı. Erişim Tarihi (26..01.2022), <https://sozluk.gov.tr/>.

TÜİK (2018), İntihar istatistikleri, 2018. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 10.10.2019, <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>

TÜİK (2019). İntihar istatistikleri, 2019. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara, Türkiye. Erişim: 03.04.2020 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>

Uğurlu Uludüz, D. Ve Uğur, M. (2001). Bir vaka dolayısıyla intiharın gözden geçirilmesi. *Yeni Symposium*, **39** (1): 19-25.

Uluşahin, A. Ve Öztürk, O. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.ř., 276-278.

Videbeck, SL. (2004). Psychiatric Mental Health Nursing, 2 th Edi., China: Lippincott Williams&Wilkins, 361-369.

Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E.A. ve Joiner Jr. T.E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*, **117**(2):575-600.

Vařnik, A., Kořlves, K., van der Feltz-Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., ve ark. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the ‘‘European Alliance Against Depression’’. *J Epidemiol Community Health*, **62**:545-551. Erişim Tarihi: 14.01.2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569832/>

World Health Organization (WHO), (2000). Preventing suicide a resource for media professionals, Erişim : (01.02.2020), http://www.who.int/mental_health/media/en/426.pdf

World Health Organization (WHO), (2007). Preventing suicide in jails and prisons, 2007:Geneva, Erişim : (15.11.2020), http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf

World Health Organization (WHO), (2012). Public health action for the prevention of suicide; a framework, Erişim: (10.08.2020), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/?sequence=1>

World Health Organization (WHO),(2014). Preventing suicide: a global imperative, Luxembourg, Erişim: (10.08.2020), <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>

World Health Organization (WHO),2019 Erişim Tarihi: (15.10.2019)

www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_2

World Health Organization (WHO),(2019). Suicide in the world: Global health estimates Erişim: (12.08.2020), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948> .

Yavuzer, H., (2010). Çocuğu Tanımak ve Anlamak (8. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yıldırım, Z.C. (2019). Yetişkin acil birimlerinde çalışan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik tutumlarının incelenmesi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Yıldız, M., Dilmaç, B. (2012), Öğretmen adaylarının sahip oldukları değerler ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkilerini incelenmesi, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **8**:122-134.

FORMLAR

EK-1: BİLGİ FORMU

BİLGİ FORMU

Acil servis çalışanları intihar girişimi olguları ile sık karşılaşmaktadır. Bu çalışmanın amacı acil servislerdeki sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan olgulara ilişkin tutumlarını etkileyen bireysel değerleri ve kişilik özelliklerini belirlemektir. Bu nedenle, aşağıdaki soruları ve maddeleri içtenlikle cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Ankete ve ölçeğe ilişkin cevaplar toplu olarak değerlendirileceğinden ad-soyad gibi sizi tanımlayan bilgileri yazmayınız. Çalışmaya katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Hilal SEVİM

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

1.Yaşınız :

2.Cinsiyetiniz:

☐	Kadın
☐	Erkek

3.Medeni durumunuz:

☐	Evli
☐	Bekar
☐	Boşanmış/ dul
☐	Ayrı yaşıyor

4. Mesleğinizi işaretler misiniz?

☐	Hekim
☐	Hemşire
☐	Acil Tıp Teknisyeni

5. En son mezun olduğunuz okulu işaretler misiniz?

☐	Doktora
☐	Yüksek Lisans
☐	Lisans
☐	Önlisans
☐	Sağlık Meslek Lisesi

6. Kaç yıldır mesleğinizi yapıyorsunuz ? (yıl, ay, hafta mı belirtiniz.)

7. Acil serviste ne kadar süredir çalışıyorsunuz? (yıl, ay, hafta mı belirtiniz)

9. Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?

10.Çalışma şekliniz nasıl?

☐	Gündüz
☐	Gece
☐	Hem Gündüz Hem Gece

11. Daha önce psikiyatri servisinde çalıştınız mı?

☐	Evet
☐	Hayır

12.Cevabınız evet ise süresi ne kadardır?(yıl, ay, hafta mı belirtiniz)

EK-1 : BİLGİ FORMU DEVAMI

13.Çalıştığınız acil serviste intihar girişiminde bulunan kişilerin bakımında kullanılabilecek pratik bir rehber var mı?

☐	Evet
☐	Hayır

14. Herhangi bir psikiyatrik bozukluğunuz var mı?

☐	Evet
☐	Hayır

15. Şimdiye kadar bu veya başka bir nedenle psikiyatrik bir yardım aldınız mı?

☐	Evet
☐	Hayır

16. Ailenizde intihar öyküsü/girişimi olan biri var mı?

☐	Evet
☐	Hayır

17.Sizin intihar düşünceniz ya da ihtihar öykünüz var mı?

☐	Evet
☐	Hayır

NOT: Yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsanız iletişim bilgilerinizi aşağıya ekleyebilirsiniz.

.....

EK-2: İGYTÖ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koyunuz.

Maddeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. İntihar bir çözüm yolu değildir.					
2. İntihar girişiminde bulunan kişiyi topluma yeniden kazandırmak gerekir.					
3. İntihar girişiminde bulunan kişiyi sağlık personelinin yanında aile ve yakın çevre de yardımcı olmalıdır.					
4. İntihar girişiminde bulunacağımı asla düşünmem.					
5. İntihar girişiminin önlenmesi psikiyatrik tedavi ile mümkündür.					
6. İntihar girişiminde bulunan kişiyi karşı güçlü bir acıma duygusu hissedirim.					
7. Sık sık intihar girişiminde bulunan kişinin, ileride intihar ederek ölme riskinin yüksek olması nedeniyle yardım ve anlayışa ihtiyacı olduğunu düşünüyorum.					
8. İntihar girişiminde bulunan hastalara yardım etmeyi seviyorum.					
9. Çalıştığım birimde intihar girişiminde bulunan hastalar iyi bir tedavi hizmeti alırlar.					
10. Çalıştığım birimde intihar girişiminde bulunan hastalara şevkatle yaklaşılr.					
11. Çevresini intihar etmekle tehdit eden çoğu kişi, nadiren intihar girişiminde bulunur.					
12. İnsanların kendi canına kıyma gibi bir hakkı yoktur.					
13. İntihar girişiminde bulunan birçok insan yalnızdır ve depresyondadır.					
14. İntihar girişiminde bulunan insanlar hastaneye kaldırıldıkları andan itibaren psikiyatri bölümünde tedavi edilmelidir.					
15. İntihar girişiminde bulunan insanların iç dünyalarını anlamak için tedavi altına alınmaları gereklidir.					
16. İntihar girişiminde bulunan insanların ruhsal bozuklukları vardır.					
17. İntihar girişiminde bulunan hastalar genellikle çevrelerinden ilgi görmeye çalışır.					
18. Kişilik özellikleri intihar girişimini etkiler.					

EK-2: İGYTÖ DEVAMI

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
19 İntihar girişiminde bulunanlar mutsuz insanlardır.					
20 İntihar girişiminde bulunan kişi, onu hayata bağlayan hiçbir şey olmadığını düşünür.					
21 İntihar girişiminde bulunan kişiler, okula gidememe, zorla evlendirilme gibi sosyal sorunlara sahiptir.					
22 İntihar eden kişiler özgüveni zayıf, içine kapanık kişilerdir.					
23 İnsanlar çıkış yolu bulamadıkları için intihar girişiminde bulunurlar.					
24.Sadece psikiyatri eğitimi almış sağlık personelleri intihar girişiminde bulunmuş hastayla ilgilenmelidir.					
25 İntihar girişiminde bulunan kişiye bu konuda özel eğitim almamış ve uzman olmayanlar yardım etmeye çalışmamalıdır.					
26 Hastanede, intihar girişiminde bulunan hastalar için ayrı odalar olmalıdır.					
27. İntihar girişiminde bulunan hastayı tedavi etmek için daha fazla psikiyatri eğitimine ihtiyacım var.					
28 İntihar girişiminde bulunan kişiye sağık çalışanları yardım edebilir.					

EK-3: KİŞİSEL DEĞERLER ENVANTERİ

Aşağıdaki cümlelerin her birine ne derece katıldığınızı, yanındaki kutucuklarda yer alan rakamlardan yalnızca birinin üstüne (X) işareti koyarak gösteriniz.					
		1	2	3	4
		5			
	Kesinlikle katılmıyorum				Kesinlikle katılıyorum
1	Özgür ruhlu olmakla kendini kontrol edebilmek arasında denge kurabilirim.				
2	İşimi yaparken doğru süreçleri takip ederim.				
3	Dürüstlük ve doğruluk başarıyla ilişkilidir.				
4	Özür dilemek bana göre değildir.				
5	Bence paylaşmak iyi ve sağlıklı bir ilişkinin temelidir.				
6	Bir şeyi yapacağını söyleyip de yapmayan insanları affedebilirim.				
7	Diğer insanların katkısına saygı duyarım.				
8	Hiç kimseye güvenemem.				
9	Kendimi kaliteli bir ürün ortaya koymaya adanmışımdır.				
10	Diğer insanların fikirlerini dinlemektense kendimi onlarla karşı karşıya kalmış buluyorum.				
11	Dürüstlük ve bütünleşme ev dışında gerekli değildir.				
12	Dürüstlük benim için en üstün önceliğe sahiptir.				
13	Biri benim duygularımı incittiğinde affedebilirim.				
14	Kendimi disiplinli biri olarak görüyorum.				
15	Birlikte çalıştığım insanlara saygı duyarım.				
16	İşte adil olarak kendime düşen payı yaparım.				
17	Bir hata yaptığımda hatamı kabul ederim.				
18	Başkalarının bakış açılarına saygı duyarım.				
19	Başkalarına güvenmenin eski moda olduğunu düşünüyorum.				
20	Kendi hatalarım hakkında dürüst olabilirim.				
21	Birlikte çalıştığım insanların yorumlarını saldırgan bulursam onlara nasıl hissettiğimi söylerim.				
22	Paylaşmacı biriyimdir.				
23	Dürüstçe fikirlerimi ifade ederim.				

EK-3 KİŞİSEL DEĞERLER ENVANTERİ DEVAMI

24	Geçmişte bana yanlış davranmış olan birini affederim.					
25	İnandığım bir değer vardır.					
26	Bence özür dilemek zayıflık işaretidir.					
27	Geçmiş deneyimlerimden dolayı konuşmayacağım insanlar vardır					
28	Adanmış bir çalışanı.					
29	Kin tutarım.					
30	Biriyle paylaşımda bulununca kendimi iyi hissederim.					
31	Dürüstlüğüne işe yaradığını düşünürüm.					
32	İnsanlar bana güvenir.					
33	Hedeflerim vardır.					
34	"Özür dilerim" demek benim için kolaydır.					
35	Kendimi tümüyle iyi hissetmemde paylaşmanın yeri büyüktür.					
36	Hata yapan insanları affedebilirim.					
37	Kendimi dürüst biri olarak görürüm.					
38	İnsanların itimat ettiği biriyimdir.					
39	Diğer insanlara güvenmek konusunda şüpheliyimdir.					
40	Güvenilir biriyim.					
41	Ulaşmaya çalıştığım amaçlarım var.					
42	"Affedebilir ve unutabilirim."					
43	Nitelikli bir çalışma ortamına kendimi adamaktayım.					
44	Kendimi sadık bir kişi olarak tanımlarım.					
45	Sözüm senedir.					
46	İşverenimin başarılı olduğunu görmeye kendimi adadım.					
47	Sonuçları ne olursa olsun doğrulardan yanayım.					

EK-4 BEŞ FAKTÖRLÜ KİŞİLİK ÖLÇEĞİ (BFKÖ)

	Hiçbir Zaman	Nadire n	Bazen	Sık sık	Her Zaman
Kendimi içine kapanık biri olarak görüyorum.					
Kendimi genellikle güvenilir biri olarak görüyorum.					
Kendimi yavaş hareket etme eğiliminde olan biri olarak görüyorum.					
Kendimi rahat ve stresle başa çıkabilen biri olarak görüyorum.					
Kendimi çok az sanatsal ilgisi olan biri olarak görüyorum.					
Kendimi dışa dönük, sosyal biri olarak görüyorum.					
Kendimi başkalarının hatasını bulma eğiliminde biri olarak görüyorum.					
Kendimi bir işi tam yapacak biri olarak görüyorum.					
Kendimi kolay sinirlenen biri olarak görüyorum.					
Kendimi yaratıcı biri olarak görüyorum.					

EK-5



EK-6



EK-7



ETİK KURUL KARARI

EK-8



EK-8



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Hilal SEVİM-2701170141

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 13	% 6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 2
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
3	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	% 1
4	cdn.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
6	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
9	submission.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	HİLAL	Soyadı	SEVİM
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		TC Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ	2014
Lise	NEVZAT AYAZ ANADOLU LİSESİ	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretim Görevlisi	Haliç Üniversitesi	2018-Halen
2.	Hemşire	Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH	2015-2018
3.	Hemşire	Özel Afiyet Hastanesi	2014-2015

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MC Office	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Doğum Koçluğu Sertifikası/ 40 Saat

Özel İlgi Alanları (Hobileri):