



T.C

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YETİŞKİN ACİL BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN HASTALARA YÖNELİK
TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Zeynep Cansu YILDIRIM

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YETİŞKİN ACİL BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN HASTALARA YÖNELİK
TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Zeynep Cansu YILDIRIM

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Program : Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Öğrenci No :124204011
Öğrenci Adı Soyadı : Zeynep Cansu YILDIRIM

“Yetişkin Acil Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 24.01.2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof Dr Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Danışman : Prof Dr Selma DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye : Dr Öğr Üyesi Gül DİKEÇ
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

İmza 

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

YETİŞKİN ACİL BİRİMLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNAN HASTALARA YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

ÖZET

Bu çalışma, yetişkin acil birimlerinde çalışan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik tutumları bireysel ve çalışma özelliklerinin tutumlara etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma verileri Mayıs-Eylül 2019 tarihleri arasında İstanbul İli Anadolu yakasında bulunan toplam yedi tane Eğitim ve Araştırma Hastanesi yetişkin acil birimlerinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 206 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği' (Attitudes Towards Attempted Suicide Instrument) kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde yüzdellik, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Kolmogorov Smirnov normalite testi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan hemşirelerin %45'i 18-25 yaş grubunda, %61,7'si kadın ve %66,5'inin ise bekar olup, %73,8'inin lisans mezunu olduğu, %50'sinin 1-2 yıldır çalıştığı, %86,4'ünün 40 saat üzeri çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin, %62,6'sı acil serviste intihar vakası ile çok sık karşılaştıklarını, %90,8'i kurumlarında intihara yönelik bir bakım rehberlerinin bulunmadığını ifade etmiş, bakım rehberi kullananlardan ise büyük çoğunluğu nadiren kullandığını ya da hiç kullanmadığını (%42,1 nadiren, %26,4 hiç) belirtmiştir. Hemşirelerin %73,3'ü intihar vakalarına bakım vermekte güçlük çekmediğini, bununla birlikte %53,4'ü intihar vakalarına bakım vermek istemediklerini ifade etmiş, %84,5'i ise intihar ile ilgili mesleki bir eğitim almadığını ve %70,4'ü intihara yönelik eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) genel puan ortalaması $x:100,23 \pm 9,09$ (En düşük puan:28 En yüksek puan:140) bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında ise; önleme ve koruma alt boyutu $x:24 \pm 2,37$; bireysel yardım $x:11,00 \pm 2,46$; kurumsal yardım $x:7,38 \pm 1,82$; tetikleyiciler vepsikopatoloji $x:21,56 \pm 3,27$; nedensel atıflar $x:23,41 \pm 3,86$; ve tıbbi yardım alt boyutu $x:16,63 \pm 2,23$ bulunmuştur.

Hemşirelerin İGYTÖ genel puan ortalamaları bireysel ve çalışma özellikleri ile karşılaştırıldığında, çalışma yılı yönünden gruplar arasında fark olduğu, bir yıldan daha

az süredir çalışanların intihar girişiminde bulunan hastalara karşı diğerlerine göre daha olumlu bir tutum içinde oldukları (x:107,21 p<0,05) belirlenmiş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, haftalık çalışma süresi, çalıştıkları kurum yönünden gruplar arasında fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin İGYTÖ intihar girişimine yönelik hastalara bakım verme özellikleri genel puan ortalamalarına bakıldığında intihar girişiminde bulunan bireylerle çok sık karşılaşan hemşirelerin puan ortalamaları (x:98,69±9,5R) nadiren karşılaşan hemşirelerin puan ortalamalarından (x:102,81±7,62) daha yüksek bulunmuştur. İntihar vakalarına bakım vermek isteyen hemşirelerin puan ortalamaları (x:102,03±7,81) bakım vermek istemeyen hemşirelerin puan ortalamalarına göre (x:8,65±9,85) daha yüksek bulunmuştur. Kurumda intihara yönelik bakım rehberi bulunma, intihar vakalarına bakım vermede güçlük çekme ve intihara ilişkin eğitim alma istekliliğinde gruplar arasında fark bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç olarak hemşirelerin tutumları genellikle olumlu olmakla birlikte bu hastalara bakım vermede istekli olmadıkları ve intihara yönelik eğitime gereksinim duydukları bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: acil servis, hemşire, hasta, intihar, tutum

INVESTIGATION OF THE ATTITUDES OF NURSES WORKING IN ADULT EMERGENCY UNITS TO SUICIDE ATTEMPT.

ABSTRACT

This study was conducted as a descriptive and cross-sectional study in order to determine the attitudes of the nurses working in adult emergency units towards patients who attempted suicide, and the effects of individual and working characteristics on attitudes. Research data were carried out between May and September 2019 with 206 nurses working in adult emergency units of the total seven Education and Research Hospitals located on the Anatolian side of Istanbul Province and who agreed to participate in the study.

Research data was obtained by using 'Personal Information Form' and 'Attitude Scale for Suicide Attempt' (Attitudes Towards Attempted Suicide Instrument). Percentage, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and Kolmogorov Smirnov normality test were used in the analysis of the data.

45% of the nurses included in the study are in the 18-25 age group, 61.7% are women and 66.5% are single, 73.8% are undergraduate graduates and 50% have been working for 1-2 years. It was determined that 86.4% of them worked over 40 hours. 62.6% of the nurses stated that they encountered suicide cases in the emergency room very frequently, 90.8% of them stated that they did not have suicide-oriented care guides in their institutions, and the majority of those using care guides rarely or never used them (42.1% rarely, 26.4% never). 73.3% of the nurses stated that they did not have difficulty in caring for suicide cases, however, 53.4% stated that they did not want to care for suicide cases, 84.5% did not receive a vocational training on suicide and 70.4% They stated that they wanted to get suicidal education.

The overall mean score of the nurses' Attitude Towards Suicide Attempt Scale (İGYTÖ) was $x: 100.23 \pm 9.09$ (lowest score: 28 highest score: 140). When looking at the sub-dimensions; prevention and protection sub-dimension $x: 24 \pm 2.37$; individual assistance $x: 11.00 \pm 2.46$; institutional assistance $x: 7.38 \pm 1.82$; triggers and psychopathology $x: 21.56 \pm 3.27$; causal citations $x: 23.41 \pm 3.86$; and the medical aid sub-dimension $x: 16.63 \pm 2.23$.

Compared to the individual and working characteristics of the nurses' overall scores of the İGYTÖ, there was a difference between the groups in terms of the working year, and those who worked for less than a year had a more positive attitude towards the patients who attempted suicide ($x: 107.21$ $p < 0.05$), there was no difference between the groups in terms of gender, marital status, education level, weekly working time, institution they work in ($p > 0.05$).

When the general mean scores of the nurses to care for patients for İGYTÖ suicide attempt are examined, the mean scores of the nurses who encounter suicide attempts very frequently ($x: 98,69 \pm 9,5R$) are the mean scores of the nurses who rarely encounter ($x: 102,81 \pm 7,62$). It was found higher. The mean scores of the nurses who want to care for suicide cases ($x: 102.03 \pm 7.81$) were higher than the mean scores of the nurses who did not want to care ($x: 8.65 \pm 9.85$). There was no difference between the groups regarding the suicidal care guide, having difficulty in caring for suicide cases and being educated about suicide ($p > 0.05$).

As a result, although the attitudes of the nurses were generally positive, it was found that they were not willing to care for these patients and needed suicide training.

Keywords: attitude, emergency department, nurse, patient, suicide

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve zamanını cömertçe paylaşan ve fikirlerime önem vererek destek olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile hemşirelik mesleğine bakış açımı olumlu yönde değiştirerek üzerimde emeği olan Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümü değerli öğretim üyelerine,

Tez çalışmamın anket uygulama izni için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü yönetici ve çalışanlarına, bu süreçte mesai saatleri içerisinde zaman ayırarak anketleri dolduran ve araştırmaya destek olan değerli meslektaşlarıma, yine çalıştığım kurum olan Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine ve bu süreçte her zaman manevi desteğini esirgemeyen acil servis sorumlu hemşirelerim ve çok değerli mesai arkadaşlarıma,

Yaşamım boyunca maddi, manevi desteğiyle her zamana yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, çok kıymetli aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep Cansu YILDIRIM

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.



Tarih

Zeynep Cansu YILDIRIM

İmzası

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| ÖZET | i |
| ABSTRACT | iii |
| TEŞEKKÜR | v |
| BEYAN FORMU | vi |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 7 |
| 2.1. İntihar ve İntihar Girişimi..... | 7 |
| 2.2. İntihar ve İntihar Girişimi Yaygınlığı..... | 7 |
| 2.3. İntihar ve İntihar Girişimindeki Risk Etmenleri..... | 8 |
| 2.4. İntiharın Toplum ve Aile Üzerine Etkisi..... | 10 |
| 2.5. Acil Servislerde İntihar Davranışı Görülme Yaygınlığı..... | 11 |
| 2.6. Sağlık Çalışanlarının İntihar Girişimi Vakalarına Yönelik Tutumları ve Tutumları Etkileyen Faktörler..... | 12 |
| 2.7. İntihar Girişiminde Bulunan Bireylere Genel Yaklaşımlar ve Önleme..... | 15 |
| 2.8. Psikiyatri Hemşiresinin ve Konsültasyon Liyezyon Psikiyatri Hemşiresinin İntiharı Önlemede Önemi..... | 19 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 22 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 22 |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 22 |
| 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 22 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme..... | 23 |
| 3.5. Örnekleme Alınma Ölçütleri..... | 23 |
| 3.6. Verilerin Toplanması..... | 24 |
| 3.7. Verilerin Analizi | 26 |
| 3.8. Araştırmanın Değişkenleri | 26 |
| 3.9. Araştırmanın Etik Boyutu | 27 |
| 3.10. Araştırmanın Sınırları | 27 |
| 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 4. BULGULAR | 28 |
| 5. TARTIŞMA | 35 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 48 |
| 6.1. Sonuç | 48 |
| 6.2. Öneriler | 50 |
| 7. KAYNAKLAR | 51 |
| 8. EKLER | 66 |
| EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu | 66 |
| EK 2. Kişisel Bilgi Formu | 67 |
| EK 3. İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği | 69 |
| EK 4. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul İzni | 71 |
| EK 5. Sağlık Bakanlığı Çalışma Onay İzni..... | 73 |



TABLULAR DİZİNİ

Sayfa

| | |
|---|----|
| Tablo 3.2: İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) Tanılama Tablosu..... | 25 |
| Tablo 4.1: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (n=206) | 28 |
| Tablo 4.2: Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=206) | 29 |
| Tablo 4.3: Hemşirelerin İGYTÖ Genel Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=206) | 30 |
| Tablo 4.4: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre İGYTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=206) | 32 |
| Tablo 4.5: Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Bakım Verme Özelliklerine Göre İGYTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=206) | 34 |

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

DoH: National Suicide Prevention Strategy (Ulusal İntihar Önleme Stratejisi)

SPSS : Statistical Pack age for the Social Sciences

APA : American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği)

NRSA: National Research Service Award (US National Institutes of Health) Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık Enstitüleri

NICE : National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü)

N: Sayı Değeri

P:Anlamlılık Düzeyi

Vb.: ve Benzeri

% : Yüzde Değeri

Ark.: Arkadaşları

Max.: Maksimum

Min.: Minimum

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İntihar, biyolojik, genetik, psikolojik, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan dünya genelinde yaygın ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Knox ve Caine,2005; WHO, 2014). Dünya Sağlık Örgütü intiharı, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki şekilde gruplandırmaktadır. İntihar eylemi, bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesidir. İntihar girişimi ise (kasıtlı kendine zarar verme) bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, intiharlardünyadaki ölümlerin önde gelen 16 nedenden birisi olarak sayılmaktadır. Yaklaşık olarak 10 milyon kişi intihar girişiminde bulunurken bu girişimlerin bir milyonu ölümlerle sonuçlanmaktadır. Bu değer ise her 40 saniyede bir kişinin intihar ederek ölmesi, her üç saniyede bir kişinin kendine zarar verme davranışında bulunması anlamına gelmektedir (WHO, 2014). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 2015 yılında tüm dünyada 788.000 kişi intihar yoluyla yaşamını yitirmiştir ve 2020 yılında bu sayının 1,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2015). Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir çalışma sonucuna göre intihar girişiminde bulunan kayıtlı hastalardan en az %5'i daha önce intihar girişiminde bulunmuş, %32'si en az iki kez intihar girişiminde bulunmuş ve %29 hasta bir yıllık izleminde tekrar intihar girişiminde bulunmuştur (WHO, 2014). İntihar vakaları üzerine yapılmış 90 çalışmanın gözden geçirilmesinde ise intihar eyleminden bir yıl sonra, genel olarak bireylerin %16'sı intihar davranışını tekrarlamış ve yaklaşık olarak %2'si ölmüştür (Owens ve ark.,2002).

Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerine göre, intihar sayısı 2018 yılı için 3161 olarak bildirilmektedir. Türkiye genelinde intihar girişimi rakamlarını net olarak veren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Şahin ve Batıgün' ün yapmış olduğu çalışmada intihar girişim oranınının 15-24 yaş grubunda düzenli olarak artış gösterdiği belirtilmektedir (Batıgün ve Şahin, 2003; TÜİK, 2018).

İntihar girişiminde bulunan kişiler en fazla hastanelerin acil birimlerine başvurmakta ve acil serviste sık karşılaşılan gruplardan birini oluşturmaktadırlar (Sayıl, 2000). Dünyada her yıl yaklaşık 420.000 kişinin intihar ile acil servislere başvurduğu bildirilmektedir (Ting, 2012). Ülkemizde yapılan çalışmada ise 2008-2012 yılları arasında acil

servislerden Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ Ruh Sağlığı Şubesine bildirimini yapılan toplam intihar sayısı 5286 olarak bulunmuştur (Çatak ve ark., 2015). NRSA (National Research Service Award) ise kendine zarar veren t¼m hastaların %45'inin acil servislerde tedavi edildiğini belirtmektedir (NRSA, 2006 akt. Conlon ve O'Tuathail, 2010).

İntihar girişiminde bulunan hastalarla ilk teması sağlayan sağlık profesyonellerinin başında ise hemşireler gelmektedir (Broadhurst ve Gill, 2007). Çalışmacılar, acil servis hemşirelerinin her vardiyada en az bir intihar olayıyla karşılaştığını ifade etmektedir (Holdsworth ve ark., 2001; Uçan,2006).

Hasta ve hasta yakınları ile daha çok temas halinde bulunan acil servis hemşirelerinin, intihar davranışında bulunan bireylere uygulayacağı hemşirelik uygulamaları, fiziksel hasarı önlemek, çevrelerini daha güvenli hale getirmek, potansiyel risk faktörlerini belirlemek, yardım kaynaklarını belirlemek, bireyin intihar d¼ř¼ncelerini tanıma ve bunlarla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak, psikiyatrik tedavi alması için gerekli birimlere veya diğer yardım kaynaklarına yönlendirmek için yeterli değerlendirme ve m¼dahaleleri içermektedir (Betz ve ark.,2013; Chan ve ark., 2008; Brim ve ark., 2012; Menon, 2013; Özg¼ven ve ark., 2003). Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hasta ile güvene dayalı bir ilişki kurarak onları intihar d¼ř¼ncesini ve davranışını paylaşması yön¼nde cesaretlendirmesi, psikolojik, sosyal ve aile desteği alması için yardım kaynaklarına yönlendirmesi, böylece hastanın yaşama dönmesini sağlayarak uzun vadeli tedavi için motivasyonunun arttırılmasına katkı vermesi önemlidir (Brim ve ark., 2012; Özg¼ven,2003; Sun, 2006; Büy¼kkaya ve Alacahan, 2013). Hemşirelik Yönetmeliği'nde (2011) belirtildiği gibi acil servis hemşireleri için 'Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.' Şeklinde görev tanımı bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Hemşirelerin olumlu tutum içinde bulunması hastanın motive olması, uzun sürecek olan tedavi için uyumunun artması ve hastaneden taburcu olduktan sonraki takips¼recinde hasta ile iletişimde kalınması açasından oldukça önemlidir (Gökçen ve Köyl¼, 2011).

Bununla birlikte yapılan çalışmalar acil servis gibi yoğunluğun fazla olduğu birimlerde hemşire ve hekimlerin daha çok fiziksel hastalık ve travma ile başvuran hastalara öncelik verdiklerini, intihar girişimi ile gelen hastalarda daha çok tıbbi m¼dahaleye

odaklanılırken psikososyal bakımın göz ardı edildiğini, hastalara yetersiz müdahale sonucu hastaların tedaviyi reddettiğini ve kısa süreli takip sonrası taburcu edildiğini göstermiştir (Beyhan ve ark., 2005; Büyükbayram ve ark., 2014; Büyükkaya ve ark., 2013; Clarke ve ark., 2007; Hansson, 2013; McAllister, 2009). İntihar girişiminde bulunan bireylerin tedavilerinde tıbbi tedavi tek başına yeterli olmayıp tıbbi tedavi ile birlikte psikososyal müdahalelerinin de yerine getirilmesi gerekmektedir (Goldsmith, 2002). Çalışmacılar hastanın bedensel sorunlarının yanı sıra duygusal sorunlarına da ilgi gösterme ve buna yönelik girişimlerde bulunmanın acil birimlerde çalışan hemşire ve hekimlerin önemli sorumlulukları arasında olduğunu belirtmektedirler (Coonlon ve O'tuathall, 2012; McAllister ve ark., 2002; McCarthy ve Gijbels, 2010).

Hastaların yaşadığı sıkıntılara yol açan önemli bir etken ise sağlık çalışanlarının, özellikle de hasta bakımında kilit konumda olan hemşirelerin tutumlarıdır. İntihar girişiminde bulunan hastalara karşı hemşirelerin olumsuz tutumları, hastaların tedaviden kaçınması ve tedaviyi reddetmesine, hastanın damgalanma yaşayarak ruh sağlığı hizmetine erişiminden kaçınmasına, özgüveninin zedelenecek toplumdan uzaklaşmasına, kaliteli bakım alma haklarının engellenmesine ve intiharların yinelenmesine yol açmaktadır (Antai ve Oton, 2001; Büyükbayram ve ark., 2014; Broadbent, 2002; Clarke ve ark., 2007; Wand ve Happell., 2001).

Literatür incelendiğinde, intihar girişiminde bulunan bireylere karşı sağlık çalışanlarının tutumlarını irdeleyen uluslararası çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yurt dışındaki bu çalışmaların bazılarında olumlu tutumlar görülürken bazılarında tutumların olumsuz olduğu bulgular görülmektedir. Çalışmalardan bazılarında hekim, hemşireler, psikologlar ile ruh sağlığı hemşireleri ve hemşirelik öğrencilerinin kendine zarar veren hastalara karşı tutumları ve deneyimleri incelenirken (Anderson ve ark., 2000; Osafo ve ark., 2012; Kishi ve ark., 2011; Scheckel ve ark., 2014), bazı çalışmalarda ise acil bakım personelinin kendine zarar veren gençlere ve hastalara yönelik tutumları (Cleaver, 2014; Martin ve ark., 2014), kaza ve acil hemşirelerinin kendine zarar veren hastalara karşı tutumları (Chapman ve ark., 2014; Conlon ve ark. 2012; McCann ve ark., 2006; McCarthy ve ark., 2010; Perboell ve ark., 2015) incelenmektedir. Danimarkalı acil servis hemşirelerinin kendine zarar veren hastalara karşı davranışlarını irdeleyen bir çalışmada, acil servis hemşirelerinin kendine zarar veren hastalara karşı pozitif bir tutumda olduğu görülmüştür (Perboell ve ark., 2015). Kaza ve acil servis hemşirelerinin kasıtlı kendine zarar veren hastalara yönelik tutumlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışma sonucunda ise bazı hemşirelerin kararsız ve bazılarının ise bu hastaları

destekleyici bir tutum sergiledikleri bulunmuştur (McCann ve ark., 2006). Acil servis hemşirelerinin bir İrlanda eğitim hastanesinde kasıtlı kendine zarar verme konusundaki tutumlarının incelenmesi adlı nicel bir çalışmada ise acil servislerde çalışan hemşirelerin tutumları olumlu bulunmuştur (McCarthy ve Gijbels., 2010). Diğer çalışmalarda da genel olarak acil servislerde intihar davranışı olan hastalara karşı hemşirelerin tutum ve deneyimlerinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında tutumlar olumlu yönde bulunmuştur (Conlon ve O'Tuathail, 2012; McCarthy ve Gijbels, 2010; Sun ve ark., 2007; Suokas ve ark., 2008).

Tutumların olumlu olduğunu gösteren çalışmaların yanısıra olumsuz sonuçlar ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Carmona ve Martinez, 2012; Hawton ve ark., 2013; Nebhinani ve ark., 2013). Hekim ve hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutumlarına bakılan bir çalışmada hekimlerin hemşirelere göre daha olumsuz bir tutum sergileme eğiliminde oldukları görülmektedir (Martin ve Chapman, 2014).

Literatür çalışmalarından acil serviste çalışan hemşirelerin intihar girişimi ile gelen hastalara yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla yurt dışı literatüründe çalışmalar bulunmuştur. Ülkemizde ise bu konuyla benzer acil servis hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan hastalara karşı deneyimlerini inceleyen kalitatif bir çalışma ile bizim çalışmamızla aynı ölçeğin kullanıldığı hemşireleri de kapsayan acil sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarının araştırıldığı iki adet çalışma olduğu görülmüştür (Alan ve ark., 2016; Boğahan, 2018).

Hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik deneyimler adlı kalitatif çalışmada; hemşirelerin intihar girişimiyle gelen bireylerin daha çok dikkat çekmek ve manipülatif amaçla intihar girişiminde bulduklarını ifade ettikleri ve bu bireylere karşı öfke, kızgınlık gibi duygular yaşadıkları ve bakım vermek istemedikleri saptanmıştır (Boğahan, 2018). Alan ve arkadaşlarının 2016 yılında bizim çalışmamızla aynı ölçeğin kullanıldığı diğer çalışmada ise acil sağlık çalışanlarının (tüm hekim, hemşire, acil tıp teknikeri ve sağlık memurları) intihar girişiminde bulunan bireylere karşı tutumları daha olumlu olarak bulunmuştur. Bu çalışmada çalışanların (hemşire, doktor, acil tıp teknikeri ve sağlık memurlarının) puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Alan ve ark., 2016).

Acil servis hemşirelerinin psikososyal bakım vermede etkisiz olmaları noktasında konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Hasta ve ailesiyle terapötik ilişki kurabilmeyi, duygularını ifade etmeleri için teşvik etmeyi ve yaşadıkları streslerle baş etme yeteneğini arttırmayı sağlayarak psikososyal bakımın

sağlanmasında önemli bir konumdadır (Tunmoreve ark., 1990; Aktaran, Kocaman, 2006). Acil servisler gibi kritik hasta bakımının yapıldığı birimlerde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin yaygınlaştırılması, hemşirelerin psikososyal bakım ile ilgili bilgi ve becerilerinin artırılmasında veditger sağlık personelleriyle iletişime geçerek hasta bakımının kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır (Kocaman, 2006). National Institute for Health and Care Excellence (NICE)'nin intihar önleme raporunda, intihar girişimiyle acil servise gelen bireylere yapılan ilk müdahalelerin, ölüm oranını yılda %20 oranında azaltabileceğini vurgulanmaktadır (NICE,2014). Bu nedenle tutumlar ve onları etkileyen faktörleri iyi anlamak amacıyla sağlık çalışanlarının bilgisi, inançları, duyguları, tepkileri, tutum ve deneyimleri hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Nebhinani ve ark., 2013; Talseth ve Gilje, 2007).

Bu çalışmadan elde edilecek bulguların hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireye yönelik tutumlarının belirlenerek bu konuya yönelik eğitimlerin planlaması, bakımın niteliğinin artırılmasında, intihara yönelik farkındalıklarının artırılmasında ve önlenmesinde neler yapılabileceğine karşı fikir sahibi olunmasında, bu konu hakkında politikalar ve konu ile ilgili boşlukların nerede bulunduğunu belirlemek açısından bu konunun kurumsal düzeyde önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, hastanelerin yetişkin acil biriminde çalışan hemşirelerin intihar girişimi nedeniyle başvuran hastalara karşı tutumlarını belirlemek ve bireysel ve mesleki özelliklerinin tutumlara etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Acil birimlerde çalışan hemşirelerin İGYTÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları nasıldır?
2. Hemşirelerin bireysel özellikleri yönünden İGYTÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Hemşirelerin alışma özellikleri yönünden İGYTÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan bireylere bakımverme ile ilgili özellikleri yönünden İGYTÖ genel ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

GENEL BİLGİLER

1.İntihar ve İntihar Girişimi

İntihar kavramı bireyin kendi yaşamını sonlandırma yönündeki düşüncelerini, bu doğrultudaki girişimlerini ve kişinin yaşamını sonlandırmasını kapsayan psikolojik, sosyolojik, kültürel, dini, ekonomik ve çevresel gibi birçok boyutu olan karmaşık bir durumdur(CarmonaveMartinez, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 'ne göre intihar, intihar eylemi ve intihar girişimi olarak iki şekilde gruplandırılmaktadır. İntihar eylemi, bireyin bilinçli olarak ve kendi isteği ile yaşamına son vermesidir. İntihar girişimi (kasıtlı kendine zarar verme) ise bireyin kendisini yok etmek, zarar vermek, zehirlemek amacıyla gerçekleştirdiği intihara yönelik ölümcül olmayan tüm istemli girişimleri içermektedir (WHO, 2014).

American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Derneği (APA))'a göre intihar ise, çoğunlukla depresyon veya diğer akıl hastalıklarının bir sonucu olarak kendinizi öldürme eylemidir (APA). İntiharla ilgili yapılan birçok tanıma bakıldığında önemli olan eylemin sonucudur. Ölümle sonuçlanan intihar eylemleri tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmayan ise 'intihar girişimi' olarak ele alınmaktadır.

2.İntihar ve İntihar Girişimi Yaygınlığı

İntihar tüm dünyada yaygın olan önemli bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütüne göre, dünya geneline her yıl neredeyse bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Dünyada 2000 yılı itibariyle 815.000 kişi intihar ederek yaşamına son vermiştir. Bir başka deyişle her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. İntihar girişimleri ise bu oranın 10-20 katı olarak ifade edilmektedir (WHO, 2015). Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyadaki tüm ölümlerin %1,4'ü intihardan kaynaklanmakta ve 2015 yılında intihar 17. ölüm nedeni olarak yer almaktadır. 15-29 yaşları arasında ise intihardünyadaki en büyük ikinci ölüm nedeni arasında bulunmaktadır. Bununla beraber intihardan ölenlerin 20 katı kadar intihar teşebbüsü olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2015, 2018).

İntihar yönünden Türkiye'deki duruma bakıldığında; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de 2017 yılında 425.781 kişi intihar etmiştir. Bu intiharlardan ölümle sonuçlanan intihar sayısı 2016 yılında 3193 iken 2017 yılında %3,9 azalarak

3069 kişidir. İntihar edenlerin %72,7'sini erkekler, %27,3'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır. TÜİK 2018 verilerine göre ise kaba intihar hızı %0.0388 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2017,2018).

3.İntihar ve İntihar Girişimindeki Risk Etmenleri

İntihar düşüncesini doğuranpsikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan pek çok faktör bulunmaktadır. İnsanlar çeşitli sorunlara bağlı olarak dayanılmaz duygusal acılardan kurtulmak için başka seçenekleri göremez ve çözüm olarak intihara başvurabilir. İntihar girişiminde bulunan kişi gerçekten ölme arzusunda olabileceği gibi bu davranışı acısını, çaresizliğini ve umutsuzluğunu dile getirmek için kullanmış olabilir. Ya da ölme isteğinde bulunmayıp intihar davranışlarını bir yardım çığılığı ve iletişim kurma çabası olarak kullanmış olabilir (Büyükkaya ve ark., 2013; Demirkıran ve Eskin, 2006; Özgüven ve ark., 2003).

Çalışmacılar intiharla ilgili risk faktörleri olarak ruhsal bozukluklar, fizyolojik hastalıklar, alkol ve madde bağımlılığı, ailesel etmenler, genetik yatkınlık, stresli yaşam olayları, düşük sosyoekonomik durum, daha önceki intihar girişimleri gibi birçok etmenin intihar etme riskini arttırdığını belirtmektedirler. Fakat intihar riski açısından en önemli faktörlerden biri ruhsal bozukluklardır. İngiltere'de genel bir hastaneye başvuran intihar hastalarının en az bir ruhsal bozukluk tanısı olduğu görülürken en yaygın ruhsal bozukluk tanısı olarak depresyon görülmüş, ardından madde bağımlılığı ve anksiyete bozuklukları takip etmiştir (Haw ve ark., 2001). Türkiye'de de benzer şekilde intiharların en önemli nedeni ruhsal bir hastalığın bulunmasıdır. Yapılan çalışmalarda tamamlanmış intiharlarda %90-95 oranında, intihar girişimlerinde ise %30-60 oranında en az bir veya birden fazla ruhsal bozukluk tanısı görüldüğü, ruhsal bozukluk tanısı olmayanlara göre intihar riskinin ise 3 ila 12 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Oto ve ark., 2004; Sayıl ve ark., 2000). İntihar riskinin yüksek olduğu ağır ruhsal bozukluklardan bir diğeri bozuklukta şizofrenidir. Şizofreni hastalarında intihar riskinin %5-%10 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Şizofreni hastalarında intiharın sık görülen nedenlerinden, hastalığa bağlı görülen halüsinasyonlar, emredici varsanılar ve madde kötüye kullanımı ile birlikte depresif bulguların ve umutsuzluğun varlığı, hastalığın başında olmak, yeni hastaneye yatmış olmak, hastalığın sık tekrarlayan ve ağır seyirli olması, yüksek bilişsel işlevler ve iç görü kaybı, iyi bir sosyal desteğin olmamasıintihar için yüksek risk faktörleridir (Bulut ve ark., 2012; Eskin, 2014; Horve

Taylor, 2010; Yüksel ve Taşkın., 2005). Cinsiyet ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasındaki ilişkiye bakıldığında depresyon, duygu durum bozuklukları ve sınırda kişilik bozukluklarının kadınlarda daha sık görülmekle beraber kadınların aile içi şiddet, fiziksel ve cinsel istismara erkeklerden daha fazla maruz kalmaları gibi durumlar kadınların intihar girişimi açısından daha yüksek risk taşıdığını ortaya çıkarmaktadır (Baca Garcia ve ark., 2008; *The Psychiatric Clinic of North America Journal*, 2008 (31)).

Psikiyatrik hastalıkların yanı sıra kronik hastalıklarda intiharı arttırandiğerönemli bir risk faktörüdür. Kanser, epilepsi, kalp hastalığı, bunama, AIDS gibi önemli hastalığa yakalanan, ağırlı, fiziksel kısıtlılığa, nörogelişimsel bozukluğa ve strese neden olan tıbbi rahatsızlığı olan kişilerde intihar riski sağlıklı bireylere oranla 2-3 kat daha yüksektir. İntihar oranlarının altı ay içinde tıbbi tedavi alanlarda 100 binde 32'ye kadar yükseldiği belirtilmektedir (Saxena ve Fleischmann, 2014).

İntihar riskini arttıran diğerk önemli risk faktörleri ise sosyoekonomik durum, eğitim durumu ve ailesel etmenlerdir. İntiharların genellikle düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olduğu görülmektedir (Topbaş, 2007). İntihara eğilimli bireylerin, yoğun çaresizlik, mutsuzluk ve gerginlik duyguları sebebi ile düşünme yeteneklerinin azaldığı ve bunun sonucunda da mevcut çıkış yollarını, alternatifleri yararsız düşündükleri hesaba katıldığında eğitim düzeylerinin de önemli bir etkisinin olduğu düşünülmektedir (Eskin, 2004). TÜİK 2018 verilerinde, ülkemizde intihar edenlerin %23,5'inin ilkökul, %18,7'sinin ilköğretim, %22,5'inin lise ve %12,5'inin ise yüksek öğretim mezunu olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2018). Sayıl ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunanların %93'ünün eğitim düzeylerinin lise ve altında olduğunu, eğitim durumları yükseldikçe intihar sebeplerinin değiştiğini ve ilkökul ile lise eğitimi olan kişilerde intihar eğilimlerinde de farklılık olduğunu göstermişlerdir (Sayıl ve ark., 2002). Ayrıca aile bağlarının zayıf olması, aile bütünlüğünün bozulması, ölüm, aileyi derinden etkileyen ekonomik iflaslar, aile bireylerinden birinde ortaya çıkan bir hastalık ya da sakatlık durumu, şiddet ve ayrılıklar, annenin eğitim düzeyinin düşük olması ve yaşı genç olması durumunda, ebeveynlerdeki psikopatolojik durumlarda intihar girişimi riskinin arttığını göstermektedir (Aktepe ve ark., 2006; Eskin, 2004; Moscicki, 2001; Skegg, 2005).

İntihar riskinin en yüksek olduğu diğer gruplardan birisi de daha önce intihar girişiminde bulunan bireylerdir. İntihar girişiminden bir yıl sonra bile, intihardan ölme riski başka nedenlerden ölme riskinden daha yüksektir (Saxena ve Fleischmann., 2014). İntihar girişiminden sonraki ilk 12 ay, özellikle de 3 ile 6. aylar intihar riskinin en yüksek olduğu dönemlerdir (Owens ve ark., 2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir çalışma sonucuna göre intihar girişiminde bulunan kayıtlı hastalardan en az %5'i daha önce intihar girişiminde bulunmuş , %32'si en az iki kez intihar girişiminde bulunmuş ve %29 hasta bir yıllık izleminde tekrar intihar girişiminde bulunmuştur (WHO, 2014). İntihar vakaları üzerine yapılmış 90 çalışmanın gözden geçirilmesinde ise intihar eyleminden bir yıl sonra, genel olarak bireylerin %16'sı intihar davranışını tekrarlamış ve yaklaşık olarak %2'si ölmüştür (Owens ve ark., 2002).

4.İntiharın Toplum ve Aile Üzerine Etkisi

İntihar ya da intihar girişimi sadece bireyi değil onun ailesini, arkadaş çevresini ve tüm toplumu etkileyen travmatik bir durumdur. Her intihar için otuzdan daha fazla kişi etkilenirken altı kişinin ise derinden etkilendiği tahmin edilmektedir (Özgüven ve ark., 2016). İntihar girişiminde bulunan bireyin yakınları bireyin intihar girişimi kararından dolayı kendilerini suçlamakta, yas sürecinde yoğun üzüntü, öfke, keder, kızgınlık, pişmanlık ve etiketlenme gibi çeşitli duygular yaşamaktadırlar (Khazem ve Anestis, 2016).

İntihar girişimleri ve yaralanma durumunda tedavi olmak için sağlık hizmetlerinde etiketlenme korkusunun birey ve yakınları üzerindeki ruhsal ve sosyal etkileri, nadiren de olsa uzun vadede sorunlara neden olmasıyla toplum için önemli bir sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır (WHO, 2014). Acil servise başvuran hasta ve yakınları mevcut duruma genellikle hazırlıksız yakalanırlar ve durumun ne olacağına ilişkin belirsizlik içindedirler. Akut durumlar, birey ve aile üyeleri için stresli bir durumdur ve hasta yakınlarının hastalıkla baş edebilme mekanizmalarında önemli oranda yetersizliğe neden olur. Bunun sonucu olarak hasta yakınlarının, ortama alışmasını, çalışanlarla iletişimi geliştirmesini ve mevcut durum ile baş etmesini olumsuz yönde etkiler (WHO, 2014). Acil serviste bu hasta grubu ve yakınlarının yaşadıkları kaygı, davranış ve tepkilerine yansiyarak acil servis çalışanlarıyla olan iletişimlerini ve bundan sonra gösterecekleri uyumu etkiler. Bu sebeple aile üyelerini bakımın bir parçası olarak

düşünmek, hasta ve yakınlarının işlevlerini korumaya ve sürdürmeye yönelik girişimleri uygulamak vebütüncül hasta bakımını sağlamak tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir (WHO, 2017).

5.Acil Servislerde İntihar Davranışı Görülme Yaygınlığı

İntihar girişiminde bulunan hastalar ilk olarak hastanelerin acil servislerine başvurumaktadırlar. İntihar girişimi olan hastalar multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve günümüzde tanı ve takipleri genellikle acil servislerde yapılmakta ve hastaların büyük bir kısmı acil servisten taburcu edilmektedir. Her yıl yaklaşık 420.000 kişinin intihar ile acile başvurduğu bildirilmektedir (Owens ve ark., 2002). Acil servisler hastaların yaşamsal ve tıbbi tedavilerinin yanında psikiyatrik tedavininde başladığı ilk değerlendirme ve yönlendirmenin yapıldığı, intihar girişimi olan hastaların takibi için önemli birimlerdir (Joubert ve ark., 2012; Kweon ve ark.,2012). Çalışmalar ilk yaklaşım ve bakımın hasta ve hasta yakını için çok kritik olduğu acil servislerde yapılan kayıtların %10 ila %30'u intihar girişiminden kaynaklanmakta olup tamamlanan her intihar için yaklaşık 10-20 kişinin de intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir (Sethi ve Shipra, 2006).

Amerika'da yapılan bir çalışmada 2006 ile 2013 arasında, yetişkinler arasında intihar düşüncesi ile ilgili acil ziyaretlerinin oranı yıllık ortalama %12 arttığını göstermiştir. 2006 yılında, intihar düşüncesi ile ilgili yetişkin acil ziyaretleri, yetişkinler arasındaki tüm acil ziyaretlerinin yüzde 0,4'ü (93,6 milyon ziyaretin 388.100'ü) iken 2013 yılına kadar bu ziyaretler tüm yetişkin acil ziyaretlerinin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır (108,3 milyon ziyaretin 903.400'ü) (Owensve ark.,2002). İngiltere ve Galler'deki intiharlara ilişkin yapılan bir çalışmada intihardan önceki yıllar acil servislere başvuran 85 kişiden 26'sının (%31) kendine zarar verme, 20'sinin kendini zehirleme ve 6'sının tamamlanmış intihar şeklinde başvurduğu görülmüştür. Bu retrospektif olan çalışma ölümden önceki yıllar içerisinde acil servislere başvuru oranı oldukça yüksek (%39) olduğunu ve intihar girişimi ile intihar arasında güçlü bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Gairin ve ark., 2003). Yunanistan'da genel bir hastanenin acil servisine intihar girişimi ile gelen hastaların demografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, Ocak 2014-Aralık 2014 tarihleri arasında toplam 203 kişi intihar girişimi nedeniyle acil servise başvurmuştur (Filippatos ve Karasi, 2017). Kuzey Batı İngiltere'deki (2003–2005) 12 ay içinde ölen 286 kişinin ölümden önceki yıllar da

acil servislere yaptıkları başvurular değerlendirilmiş 124 (%43) kişi ölümünden önce en az yılda bir kez acil servise başvurmuş ve bunlardan 35'i (%28) üçten fazla kez başvuruda bulunmuştur. Bu sık başvuruda bulunan hastalar diğer başvuruda bulunanlardan çok daha erken bir sürede intihar sonucunda öldüğü görülmüştür (Dearden ve ark., 2005). Yine başka bir çalışmaya bakıldığında intihar eden 219 kişiden ölümle sonuçlanan 85 intihar vakasının bir yıl önce en az bir defa acil servise geldiği görülmüştür (Gairin ve ark., 2003).

Ülkemizde yapılan çalışmada ise acil servislerinden Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Şubesine bildiri yapılan toplam intihar sayısını 5286 olarak bulunmuştur. İntihar girişim sıklığı 2008 yılında yüz binde 40,3 iken 2012 yılı için yüz binde 46,5 olarak hesaplanmıştır. Bunlardan %78,8'ini (4153 kişi) kadınlar, %21,2'sini (1120 kişi) erkekler oluşturmaktadır (Çatak ve ark., 2015). Başka bir çalışmada 2008 ile 2011 yılları arasında intihar girişimi ile acile başvuran kişi sayısı 304 olarak bulunmuştur (Saritemur ve ark., 2013). Ankara'da 2010 yılının ilk altı ayı içinde tüm hastanelerin acil servislerine intihar girişimi nedeniyle toplam 1943 başvuru yapılmıştır (Ercan ve ark.,2016). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine 1995 ile 2001 yılları arasında çoklu ilaç zehirlenmeleri ile başvuran hastaların %93,8'inin intihar amaçlı olduğu görülmüş %63,2'si ise ilk beş saatte acil servise başvurmuştur (Kekeç ve ark., 2005).

Uluslararası ve ulusal çalışmalarda intihar girişiminde bulunanların ve intihar sonucu ölenlerin önemli bir kısmının intihardan önceki bir dönemde tıbbi yardım için doktora gittikleri ve çoğunun acil servislerde bakım gördükleri saptanmıştır (Ahmedani ve ark., 2014; Cruz ve ark., 2011; Sayıl ve ark., 2000).

6.Sağlık Çalışanlarının İntihar Girişimi Vakalarına Yönelik Tutumları ve Tutumları Etkileyen Faktörler

Tutum, Türk Dil Kurumu'na göre, tutulan yol, tavır, kişinin kendine ve çevresindeki konu, nesne ya da olaylara karşı deneyimleri ve görüşleri doğrultusundaki olumlu veya olumsuz olabilecek duygusal ve bilişsel eğilimlerdir (TDK).

İntihar toplum tarafından kabullenilmesi kolay olmayan, bireysel, kültürel, spiritüel yönden farklı anlamlar içeren karmaşıktır. İntihara yönelik tutumlar bu nedenle kültürden kültüre farklılık gösterebilmektedir. Sağlık çalışanlarının intihara yönelik tutumları incelendiğinde cinsiyet, yaş, dini inanç, çalışma deneyimi, eğitim düzeyi, ruh

sağlığı alanında çalışma ve intihar deneyimi gibi faktörlerin tutumlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Eskin, 2012).

Tutumlar bireylerin davranışlarında etkilidirler. Toplumlar arasında intihar hızlarının farklı olmasının sebeplerinden biri de yaşanan toplumda intihara yönelik tutumların kabullenici, reddedici, yasaklayıcı veya cezalandırıcı olmasıdır (Eskin, 2012; Öncü ve ark., 2008; Stack ve Kposowa, 2008). Sağlık çalışanlarının intihar davranışına karşı olumlu tutumları, empati, anlama ve yardım etme davranışı iken olumsuz tutumları ise reddedici olma, yargılayıcı ve damgalayıcı olmaktır (Demirkıran ve Eskin, 2006; Tiwari ve Srivastava, 2011). İntihar yönetiminde etkili olan ön saf sağlık çalışanlarından doktorlar, hemşireler ve psikologlarla çeşitli ülkelerde intihara yönelik tutumların belirlenmesi amacıyla araştırmalar yapılmış ve tutumların toplumlar arasında sağlık çalışanları açısından da farklı olduğu vurgulanmıştır (Brunero ve ark. 2008; Demirkıran ve Eskin 2006; Gagnon ve Hasking, 2012; Hagen ve ark., 2017; Şimşek ve ark., 2013; Osafo ve ark., 2012; Ouzouni ve Nakakis, 2012). Psikiyatri hemşirelerinin intihara yönelik tutumları incelendiğinde, ruh sağlığı alanında çalışmayan hemşirelere göre daha empatik, anlamaya ve yardım etmeye yönelik tutum gösterdikleri bulunmuştur (Samuelssonve ark., 1997; Herronve ark., 2001; Patterson ve ark., 2007; Kishi ve ark., 2011; Carmona ve Martinez, 2012). Sağlık çalışanları intihar davranışının gerçekleştirilmesinin altında yatan sebepleri psikiyatrik hastalık, dikkat çekme çabası, içsel kişisel nedenler, impulsif davranışlar ve yardım çığılığı olarak değerlendirmiş, bu sebeplere göre tutumları değişmiştir (Osafo ve ark., 2012; Shaw ve Sandy, 2016; Norheim ve ark., 2013). Avustralya Acil Sağlık Çalışanlarının Kasıtlı Kendine Zarar veren hastalara yönelik tutumlarının ölçüldüğü çalışmada tutumların genellikle olumlu ve hastanın durumuna göre değişkenlik gösterebilir şeklinde bulunmuştur. Sağlık çalışanlarından hemşireler tutumlarının hastaya ve duruma göre değiştiğini, dikkat arayan ve tekrar eden davranışlara karşı hayal kırıklığı ya da gerçek intiharlara karşı empati ve merhamet gibi tutumlar göstermişlerdir. Hemşirelerin %18'i ise herkese aynı şekilde davranılması gerektiğini ifade etmişlerdir (Chapman ve Martin, 2014).

Sağlık çalışanlarının tutumları incelendiğinde üzerinde durulan diğer önemli konuda kişinin kendisini öldürme hakkının olup olmadığıdır. İntihar eden kişilerde ölümcül bir hastalık varlığı ölüm hakkını daha kabul edici kılmaktadır (Anderson ve ark., 2000; Kavalidou 2013; Nebhianive ark. 2013). Ancak, dini nedenlerle kişinin ölüm hakkının olmadığı yönünde de araştırmalar literatürde mevcuttur (Botega ve ark. 2005; Karadeniz

ve ark. 2008). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Değerler Araştırması (World Values Survey)'nın 31 ülkeden 40873 yetişkin bireye ait verilerini kullanarak yaptıkları araştırmada intihar hızlarının daha yüksek olduğu ülkelerde yaşayan bireylerin intihara karşı daha onaylayıcı bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Araştırmacılar belirli bir ülke için intiharın kabul edilebilirlik düzeyinin o ülkenin intihar hızı ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (Stack ve Kposowa, 2011). Yine Dünya Değerler Araştırması (World Values Survey) ve Avrupa Değerler Araştırmasının (European Values Survey) 56 ülkeden 50547 bireye ait verilerini kullanarak yaptıkları bir başka çalışmada ise dört büyük dini inanca mensup dinsel değerlere sahip olan milletlerde yaşayan bireylerde intiharın kabul edilebilirlik düzeylerinin çok daha düşük olduğunu ve özellikle İslam dininde daha belirgin bir düzeyde düşük olduğunu bulmuşlardır (Stack ve Kposowa, 2011). Sağlık çalışanlarının intihara karşı tutumlarında dini inançların etkisinin olduğu ve birçok dinde intiharın yasak olması sebebiyle intihar eden bireylere yönelik reddedici ve olumsuz tutumlar gösterdikleri görülmüştür (Botega ve ark., 2005; Demirkıran ve Eskin 2006; Herron ve ark., 2001; Kavalidou, 2013; Osafo ve ark., 2012).

Tutumları etkileyen bir diğer faktör ise kişinin kendisinde ya da aile ve arkadaş çevresinde intihar deneyimi yaşaması ile ilgilidir. Kendisi ya da çevresinde intiharı deneyimleyen kişilerde intihara yönelik tutumların daha kabul edici olduğu görülmüştür (Eskin ve ark., 2006; OuzoniveNakakis, 2012).

Conlon ve Outhail'in (2012) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin tutumlarını etkileyen üç ana başlık ortaya çıkmıştır. Bunlar: Eğitim eksikliği, acillerde ortamın uygun olmaması, empati-antipatidir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin çoğu intihar vakası ile gelen hastalara bakım sağlamada yeterli donanıma sahip olmadıklarını, iletişim ve bakımı geliştirmek için eğitim ihtiyacı duyduklarını bildirmişlerdir. Hemşireler acil servislerde intihar girişimi ile gelen bireylere yönelik psikolojik değerlendirme ve müdahalelerden ziyade tıbbi yardım odaklı yaklaşıldığını ve verdikleri bakımın öncelikli olarak hastanın fiziksel ihtiyaçlarına cevap vermek olduğunu, mahremiyet, aşırı kalabalık ve zaman eksikliği sebebiyle acillerin bu hasta bakımına uygun bir ortam olmadığını ifade etmişlerdir. Hemşireler kendine zarar verilmesi sebebiyle defalarca acillere başvuran hastalara karşı hayal kırıklığı ve güçsüzlük yaşadıklarını, zamanlarını boşa harcadığını düşünmekte yardım etmede ve merhamet etmede zorluk yaşadıklarını söylemişlerdir (Conlon ve Outhail, 2012).

İntihara karşı tutumların belirlenmesinde, sağlık çalışanlarının intihar ve intihar girişiminde bulunan kişilere yardım etme konusunda, kendilerini yetersiz hissettikleri ve eğitime ihtiyaçlarının olduğu tespit edilmiştir (Samuelsson ve Asberg, 2002; Keoghve ark.,2007; McAllisterve ark., 2009). Bu sebeple intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik nitelikli, etkin ve terapötik bakımın verilebilmesi için intihara yönelik tutumlar belirlenmeli ve olumsuz tutumlar belirlenerek tutum değişimi sağlanmalıdır (Aish ve ark. 2002; Patterson ve ark. 2007).

7.İntihar Girişiminde Bulunan Bireylere Genel Yaklaşımlar ve İntiharı Önleme

İntihar önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur (WHO, 2014). İntiharı önleme kişiler veya kurumlar tarafından değil devletin koordinasyonu ile aile, okul, hastane, işyeri ve ilgili kuruluşlar düzeyinde multidisipliner ve planlı bir şekilde, çok yönlü olarak gerçekleştirilmelidir (Alptekin ve Duyan,2009; Sayıl,2008). İntiharı önleme çalışmaları tedavi kadar önem arz etmektedir (Sayıl ve ark., 2000). Dünyada ve ülkemizde intihar ve intihar girişimlerini önlemeye yönelik çeşitli planlamalar yapılmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı bunlardan birisi olup2011-2016 arası hedeflerinden biri ülkelerdeki intihar oranlarını 2020 yılına kadar %10 azaltmaktır (WHO, 2016). Dünyada pek çok ülke intiharı önleme konusunda strateji oluşturmaktadırlar. Bu ulusal intihar önleme stratejileri; halk eğitimi, sorumlu medya raporları, okul temelli programlar, depresyon ve diğer ruhsal bozuklukların tespiti ve tedavisi, alkol vematde kullananlara dikkat, bedensel hastalığı olan kişilere dikkat, ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla erişim, intihar girişimi değerlendirmede iyileştirme, kriz müdahalesi, iş ve işsizlik politikası, sağlık profesyonellerinin eğitimi ve ölümcül araçlara erişimin azaltılması gibi konular çerçevesinde oluşturulmaktadır (Anderson veJenkins, 2005). İngiltere için Ulusal İntihar Önleme Stratejisi ((DoH) National Suicide Prevention Strategy for England (2002)), intiharı azaltmak için altı temel hedef açıklamışlardır. Bunlar: yüksek risk gruplarındaki riski azaltmak, daha geniş nüfusta zihinsel refahı teşvik etmek, intihar yöntemlerinin kullanılabilirliğini ve ölümcüllüğünü azaltmak, medyada intihar davranışının raporlanmasını iyileştirmek, intihar ve intiharı önleme araştırmalarını teşvik etmek, intiharı azaltmak için Kurtarıcı Hayatlar/Daha SağlıklıUlus hedeflerindeki ilerlemenin izlenmesini iyileştirmektir (DoH, 2002).

Türkiye’de ise intihar önleme çalışmalarının istenen düzeyde olmamakla beraber halen bir ulusal intihar önleme programı oluşturulmamıştır. Ülkemizde bu alanda yapılan

örnek bir uygulama Ankara Üniversitesi bünyesinde 1994-2011 yılları arasında faaliyet gösteren Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu merkezde intihar davranışı için risk grubu olarak görülen ergenlere, hükümlülere, şizofreni tanılı hastalara ve kriz vakalarına yönelik ikincil düzey önleme çalışmaları, intihar girişiminde bulunmuş bireylere yönelik üçüncül önleme çalışmaları yapılmıştır (Özgüven ve ark., 2016). Daha sonra Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi ve Sağlık Bakanlığı bir iş birliği yapmış, Türkiye'de pilot hastanelerin acil servislerinde kriz merkezleri kurulmuş ve bu merkezlerde intihar girişiminde bulunmuş bireylere yönelik üçüncül önleme yaklaşımı gerçekleştirilmektedir. Merkezin amacı özel olarak bu alanda uzmanlaşmış psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşirelerden oluşan ekibin bireysel, çevresel ve sosyal tüm kaynakları kullanarak kriz içerisindeki bireylerin sorunların acil bir şekilde çözüme kavuşturabilmek için müdahalede bulunmaktır (Alptekin ve Duyan., 2009; Özgüven ve ark., 2016).

İntihar girişiminde bulunan çok sayıda hasta acil servislere başvurur. Acil servisler, klinik müdahalelere erişim, taburculuk sonrası bakım sürekliliğinin sağlanması ve bireyin taburculuk sonrası bakımı planlayarak intihar girişiminde bulunan bireyin güvenli şekilde taburcu olmasını sağlamada oldukça önemli bir konumdadır (Capoccia ve Labre, 2015). İntihar girişimi sonrası acil serviste alınan bakımın kalitesi kişilerin gelecekte kendine zarar verme riskini azaltarak intiharı önleme ve iyileşme sürecinde önemli bir adımdır (Hill ve ark., 2019). İntihar girişiminde bulunmuş bireyler, değerlendirme ve psikiyatriye yatış beklerken genellikle uzun süre acil serviste kalırlar. Acil serviste yapılan kısa süreli müdahaleler, gelecekte bireyin kendisine zarar vermesini önleyebilir, özellikle taburcu edilen bireyler için bu oldukça önemlidir (Betzve ark., 2013; Boudreaux ve ark., 2013) Psikiyatri servisine yapılan yatışların gittikçe azalması ve taburculuk sonrası bireylerin psikiyatri polikliniklerine gitmemesi nedeniyle intihar girişiminde bulunmuş bireylerin acil serviste aldıkları bakım tek müdahale olabilir (Stanley, 2015). Bu sebeple intihar girişimi sonrasında sağlanan sağlık hizmeti kalitesi hayat kurtarmak ve yineleyici intiharları önlemek için büyük önem taşımaktadır (WHO, 2014; Menon, 2013; Yip ve ark., 2012). Acil serviste yapılan müdahalelerin intihara bağlı ölümleri yıllık %20 azaltabileceğini bildirilmektedir (Capoccia ve Labre, 2015).

Acil servislere başvuran hastalar sadece ilaç desteğine ihtiyaç duymaz, tıbbi destekle beraber ruhsal desteğe de ihtiyaç duyarlar. Fakat acil servislere genellikle hastanın hayati tehlikesi olup olmadığı ve yaşamsal sorunları ele alınırken psikososyal bakım göz ardı edilip hastanın ümitsiz, korkuları olan, endişeli biri olabileceği dikkate alınmamaktadır (Büyükkaya ve ark., 2013). Hem genel hem de psikiyatri hastanelerindeki sağlık profesyonelleri intiharı önlemekten sorumludur (Chan ve ark., 2009).

İntihar girişiminde bulunan bireylerin bakımında görev alan sağlık profesyonelleri arasında hastalarla ilk teması sağlayan ise hemşirelerdir. Hemşirelerin acilde görevleri çok yönlüdür. Acil Servislerde hemşireler intihar riski taşıyanları tespit etmeleri, intiharı önlemelerine hastaları psikiyatrik tedavi veya uygunsa diğer yardım kaynakları için yönlendirmelerini sağlayan kilit bir konumdadırlar (Chan ve ark., 2009; Temel, 2009). Ulusal strateji, bu konuda pratik (bireysel, grup ve nüfus temelli) müdahalelere odaklanır. Bu müdahaleler: intihar davranışının değerlendirilmesi; bakım ve tedaviye psikoterapötik müdahaleler, akıl sağlığı bakımında farmakolojik yaklaşımlar; intihar, alkol ve madde kötüye kullanım araçlarına erişim, akıl sağlığının teşvikini içermektedir (Anderson ve Jenkins, 2006). İntihar davranışı olan kişiler için hemşirelik uygulamaları ilk olarak durum yatışıncaya kadar fiziksel hasarı önlemek, hastaneye yatış ve ilaç kapsamında tedavi, gözlem ve yakın takip yapmak, sağlığı veya yaşam kalitesini arttırmak, hastanın intihar dışında alternatif çözümlere yönlendirilmesi için yeterli değerlendirme ve müdahaleleri içerir (Chan ve ark., 2008 ; Yılmaz, 2015, Brim ve ark., 2012).

İntiharı önleme çalışmalarında birincil düzey için, intihar eğilimini artıran etkenlerin ortadan kaldırılmaya çalışılması ve intihar riskinin azaltılması; ikincil düzey için risk gruplarının ve risk etkenlerinin belirlenmesi; üçüncül düzey için intiharın tedavisi ve intihar davranışının yinelenmesini önlemeye çalışılması gerekmektedir (Alptekin ve Duyan, 2009). Hemşirelik değerlendirmesinin ilk amacı ise, risk ve koruyucu faktörleri değerlendirmektir. Hemşire hastadaki intihar riskini değerlendirirken; hastanın psikiyatrik öyküsünü, daha önce veya şu anda kendini öldürme düşüncesinin veya planının olup olmadığını, varsa planın içeriğini, depresif, impulsif, hostile, duygu ve davranışların varlığını, stres faktörlerini, yaşam ve gelecek hakkındaki duygu ve düşüncelerinin ne olduğunu sorgulamalıdır. Bu hastalarla konuşurken yargılamadan ve küçümsemeden konuşulmalı, hastaya ahlaki dersler vermekten kaçınılmalıdır. Bu gibi durumlarda, güven oluşturmak ve hassas bilgilerin açıklanmasını kolaylaştırmak için

sakin ve yargılayıcı olmamak önemlidir (NICE, 2003; Sun ve ark., 2006). Hastanın kişilerarası ilişkilerdeki zorlanmalarının sebeplerini anlamasına, uygun baş etme yöntemleri geliştirmesine, öfke, yalnızlık ve ümitsizlik gibi duyguları sözelleştirebilmesine, hastanın kişisel gücü ve aile, arkadaş gibi destek sistemleri harekete geçirilerek hayata bağlılığının artması konusunda gayretlendirilmesi gerekir (Okanlı, 2006; Murray ve Wright, 2006; Kapur ve ark., 2013). Bu etkileşimler sırasında, hastayı karar verme ve problem çözme konusunda yönlendiren terapötik bir ilişki oluşturmak ve sürdürmek önemlidir (Kapur ve ark., 2013). Ayrıca, hemşirenin kendi sözel veya sözel olmayan ifadelerine dikkat etmesi, sorunsuz veya tüm sorunları çözebilen bir insan figürü çizmemesi ve kişisel açıklamaları ancak güven temeli oluşturulduktan sonra yapması gerekir (Okanlı 2006, Sun ve ark., 2006). Hasta odası mümkünse monitör ile gözlenmeli bu sağlanamıyor ise 10 dk. aralarla kontrol edilmelidir. Hasta uzun süre yalnız bırakılmamalı, servis dışına çıkarılmamalı, çıkması gerekirse bir personelin eşlik etmesi sağlanmalı, kaçarsa polise bildirilmelidir. Hastanın intihar etme riski konusunda tüm personel haberdar edilmeli, bu hastaları gözlemek için yeter sayıda hemşire bulundurulmalıdır (Sun ve ark., 2006). Bir hastada intihar riskinin ne kadar yüksek olduğu konusunda bir değerlendirme yapmak oldukça zor ve sorumluluk isteyen bir iştir. Bu nedenle her türlü intihar düşünce ve girişimi ciddiye alınmalı, hastaların sözel, davranışsal, duygusal ve somatik içerikli ipuçları değerlendirilmeli, kapalı ve gizli duyguların da farkında olunmalıdır (Sun ve ark., 2006).

İntihar girişimden sonra yeniden girişimleri önlemeye yardımcı olabilecek bazı koruyucu faktörler vardır. Bu koruyucu faktörler arasında, pozitif başa çıkma stratejileri geliştirmek, spor faaliyetlerine katılmak, sağlıklı aile ilişkileri geliştirmek, destekleyici okul ortamları sağlamak, sosyal destek ağlarına erişmek genel nüfus, sağlıklı kültürel ve dini inançları teşvik etmek, istihdam etmek, sağlık profesyonellerinin, bireylerin ve ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak için bütüncül sağlık müdahaleleri ve bakım hizmetleri sağlamak üzere eğitimde bulunmaktadır (Fang ve ark., 2011; McLean ve ark., 2008; Sun ve ark., 2006, 2007).

NICE'nin ise kendine zarar verme tedavisinde temel amaç ve hedefler şunları içermektedir: Fiziksel ve psikolojik ihtiyacın hızlı değerlendirilmesi (triyaaj), aile ve bakıcıların etkili katılımı, ağrı ve rahatsızlığı en aza indirmek için etkili önlemler, kendine zarar verme nedenine bakılmaksızın zamanında tedavinin başlatılması, hasar

azaltma (yaralanma ve tedaviden; kısa süreli ve uzun süreli), hızlı ve destekleyici psikososyal değerlendirme (risk değerlendirmesi ve komorbidite dahil), gerektiğinde daha fazla ruhsal ve sosyal değerlendirme ile birlikte tedavi istemi, gerektiğinde hızlı ve etkili psikolojik ve psikiyatrik tedavi, birinci ve ikinci basamak bakım, ruh sağlığı personeli ve ruh sağlığı hizmetleri ile uygun gönüllü kuruluşları içeren, kendine zarar veren insanların sorunlarına entegre ve planlı bir yaklaşım, çocuklara zarar verme, gizlilik, rıza ve yeterlilik gibi kendine zarar veren çocuklar ve gençler için geçerli olan özel sorunların doğru bir şekilde ele alınmasını sağlamaktır (NICE, 2004).

Hemşireler intiharların önlenmesinde sadece hastane bünyesinde değil, toplumsal alanda da hizmet sunmaktadır. Pek çok ülkede intiharları önlemek için kapsamlı projeler uygulanmaktadır. Bu programlar intihar risk taramasının yapıldığı, risk taşıyan bireylerin tedavisi için gerekli birimlere yönlendirildiği, düzenli takip ve rehabilitasyonunun sağlandığı hemşirelerin aktif olarak görev yaptığı programlardır. Amerika Birleşik Devletleri Ruh Sağlığı Merkezi tarafından yürütülen ‘Signs of Suicide- SOS’ (Aseltine ve Demartino 2004; Siyez, 2005), Kanada’da Gençlik Ruh Sağlığı Merkezince uygulanan ‘Applied Suicide Intervention Skills Training-ASIST’ (Murray ve Wright 2006), Avustralya’da ‘National Suicide Prevention Strategy-NSPS’ (Robinson ve ark., 2006) bu programlarından bir kaçıdır. Ülkemizde ise herhangi bir program henüz bulunmamaktadır.

8.Psikiyatri Hemşiresinin ve Konsültasyon Liyezyon Hemşiresinin İntiharı Önlemede Önemi

Ruhsal bozukluk sebebiyle acile başvurular yaklaşık %3-%12 arasında değişmektedir (Kerrison ve ark., 2007; Kısa ve ark., 2001). Acil psikiyatrik durumlar, psikiyatrik semptomlara neden olan tıbbi hastalıklar, zehirlenmeler, madde kullanımı, aşırı doz ilaç alımı, ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleri sonrasında da gelişebilmektedir (Kocaman, 2007; Şahingöz ve ark., 2014). Ruhsal sıkıntıları nedeniyle acil psikiyatrik bakım alma gereksinimi olan hasta ve yakınları acil psikiyatri birimlerinin yanı sıra sıklıkla genel hastanelerin acil servislerine başvurmaktadır (Clarke ve ark., 2006; Şahingöz ve ark., 2014). Acil servise başvuran bu hasta ve hasta yakınlarına kaliteli bakım hizmeti sunmak, hastalığın maddi ve manevi yüklerini azaltabilmek ve koruyucu psikiyatri hizmetlerinin etkinliğini artırabilmek açısından çok önemlidir (Aker ve ark., 2004;

Morphet ve ark., 2012). Hastaların ve ailelerinin uygun bakımı almaları ve tanımlanan gereksinimlerinin karşılanması için multidisipliner ekip yaklaşımının uygulanması gereklidir. Acil servislerde hastaların fiziksel sağlık problemlerini yönetmede daha etkin olan hemşireler, psikososyal problemleri yönetmede daha az hazırlıklı olabilmektedir (Gorman ve ark., 2007). Tıbbi kliniklerden görevli hekimlerin ve hemşirelerin psikiyatrik ve psikososyal sorunlarla ilgili bilgilerinin ve isteklerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir (Groves ve ark., 2011). Sonuçta sağlık elemanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyişine kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar bakımın psikososyal boyutunun ihmal edilmesine neden olabilmektedir (Özkan, 1993; Ramirez, 1997; Akt. Kocaman, 2005). Hastalığın ve tıbbi bakımın stresine adapte olamayan birey emosyonel, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını uygun düzeylerde sürdürmekte zorlanır. Duygularını gizleyen, bastıran ya da içe atan, acıya dayanmayı pasifçe kabul eden, etkisiz ya da zarar verebilecek yöntemlerle gerilimi azaltmaya çalışan, kendini suçlayan, geçmişte ruhsal hastalık öyküsü olan, sosyal desteği yetersiz olan hastalara dikkat edilmelidir. Bu hastalar intihar açısından riskli gruptadır ve psikososyal bakımının etkili bir şekilde verilmesi gereklidir (Maguire ve ark., 1996; akt. Kocaman, 2006).

Acil servis hemşirelerinin psikososyal bakım vermede etkisiz olmaları noktasında konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi önemli bir boşluğu doldurmakta, hasta ve ailesiyle terapötik ilişki kurabilmeyi, duygularını ifade etmeleri için teşvik etmeyi ve yaşadıkları streslerle baş etme yeteneğini arttırmayı sağlayarak psikososyal bakımın sağlanmasında önemli bir konumdadır (Tunmore ve ark., 1990; Aktaran, Kocaman, 2006). Yapılan çalışmalar incelendiğinde ruhsal sorunu nedeniyle hastanelerin acil servisine başvuran hastalarda hizmet kalitesini artırabilmek için yapılan uygulamalardan biri de acil serviste konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşiresinin bulunmasıdır (Morphet ve ark., 2012; Marynowski-Traczyk ve ark., 2011; Wynaden ve ark., 2003; Wand ve White, 2007).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği; gerçek veya potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin, primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyona kadar uzanan “emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal” tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını ele alan, tedavi ve bakımında rol alıp hastaları izleyen, hemşirelerin psikiyatri alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst

uzmanlığıdır (Cristopher, 1995; Gerety, 1991; Luna-Raines, 1989; Nelson and Schilke, 1976; Robinson, 1991; Stuart and Sundeen, 1987; akt. Kocaman, 2005).

KLP hemşirelerinin görevleri, hasta ve aile ile sağlıklı bir iletişim kurabilme, hastanın gösterdiği tepkileri tanıyabilme ve bakımının psikolojik boyutlarıyla beraber bütüncül bir şekilde ele alabilmeyi içermektedir. Ayrıca bir çok konuda hemşirelere aydınlatıcı bilgiler verilmesi, klinik uygulamada ruh sağlığı kavramlarının ve uygulamalarının öğretilmesi, uygun psikiyatrik ve hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi, hemşirelik bakımı sağlama ve sürdürmede hemşirelerin desteklenmesi, bakım sorunlarıyla etkin baş etmeyi cesaretlendirme ve hemşirelik müdahalelerinin uygulanmasını sağlama gibi görevleri de bulunmaktadır (Cristopher 1995, Gerety 1991, LevyandLewis 1993, Nelson andSchilke 1976, Strain 1982, StuartandSundeen 1987, Lehmann 1991 akt Kocaman 2005).

KLP hemşiresinin hizmetlerinin sonuçlarını değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalarda; hasta ve aile için; psikiyatrik semptomların azaldığı, tedavi uyumunun arttığı, sağlık elemanlarıyla pozitif iletişim sağladığı, konsültasyon isteklerinin nitelik ve niceliğinin arttığı, hasta bakım sürecinin ve sonucunun iyileştiği, psikososyal hasta bakım standartlarının yükseldiği, hastanın ve ailenin duygusal rahatlığı ve problemleriyle etkin baş etmelerinin arttığı, tedavi edilmemiş psikiyatrik sorunlarla ilişkili hastanede kalış süresini azalttığı, hasta ve aile memnuniyetine katkıda bulunduğu, hastalarla ilişkilerin iyileştiği psikiyatri bilgisinin arttığı, hemşirelerin hastaların psikiyatrik durumlarıyla ilgili farkındalığının arttığı, hemşirelerin, hastaların gereksinimlerini karşılamada becerilerinin arttığı, hemşirelerin yaşadığı emosyonel gerginliğin azaldığı, iş memnuniyetinin arttığı, kurum için; hastanede kalma süresinin azaldığı, psikiyatrik komorbiditeyle ilişkili tıbbi komplikasyonların önlendiği, tekrarlı yatışların azaldığı, maliyet etkinliğinin sağlandığı belirtilmiştir (Robinette, 1996; akt. Kocaman, 2005; Sharrock ve Happell, 2001; Chase ve ark., 2000; Lipowski, 1970; akt. Kocaman, 2005; Mac Donald ve Latimer, 2006; Yakimo, 2006). Acil servisler gibi kritik hasta bakımının yapıldığı birimlerde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin yaygınlaştırılması, hemşirelerin psikososyal bakım ile ilgili bilgi ve becerilerinin artırılmasında ve diğer sağlık personelleriyle iletişime geçerek hasta bakımının kalitesinin artırılmasında katkı sağlayacağı bildirilmiştir (Kocaman, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hastanelerin acil servisine intihar girişimi ile başvuran hastalara karşı hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerinin tutumlara etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri Mayıs 2019 – Eylül 2019 tarihleri arasında İstanbul Anadolu yakasında bulunan yedi tane Eğitim ve Araştırma Hastanesi yetişkin acil servislerinde gerçekleştirildi.

Bunlar:

1. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
6. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Anadolu yakasında bulunan yedi tane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil Servislerinde gerçekleştirildi. Acil servislerde hastaların durumu ve hastalıklarının ciddiyetine göre yönlendirildikleri, ilk ayaktan başvurunun yapıldığı Triaaj bölümü vardır. Triaaj bölümünde ihtiyaca göre bir veya iki hemşire çalışmakta ve gelen hastaları karşılayarak ilgili bölüme yönlendirmektedirler. Acile başvuran hastaların durumu kritik değilse, subakut veya kronik, hayatı veya ekstremiteleri tehdit etmeyen, morbiditeden korunmak için 24 saat içinde değerlendirme ve yaklaşım gerektirmeyen yakınma, hastalık veya yaralanması olmayan ayaktan muayene hastaları Yeşil alan birimine yönlendirilmektedir. Yeşil alan birimlerinde enjeksiyon ve kan alma odası bulunmakta ve bu odalarda iki hemşire çalışmaktadır. Akut ve potansiyel olarak hayatı veya ekstremiteleri tehdit eden, mortalite veya morbiditeden korunmak için birkaç saat içinde değerlendirme veya tedavi gerektiren yakınma, hastalık veya yaralanma gibi

durumu acil olanlar sarı alan birimlerinde muayene olmaktadır. Hastanelerin yoğunluk derecesine göre bu alanlarda iki ila altı arasında hemşire görev yapmaktadır. Akut ve potansiyel olarak hayatı veya ekstremitayı tehdit eden, durumu çok kritik, mortaliteveya morbiditeden korunmak için acil değerlendirme veya tedavi gerektiren yakınma, hastalık veya ağır yaralanma gerektiren hastalar ise kırmızı alan bölümüne alınmaktadır.

Sarı alan ve kırmızı alanda müdahale edildikten sonra durumu stabilleşen fakat gözlem gerektiren hastalar ise gözlem alanlarına alınarak tedavilerine orada devam edilmektedir. Bu alanlarda hastanelerin büyüklük ve yoğunluğuna göre üç ila dört hemşire görev yapmaktadır.

Ayaktan ailesi ve yakınları ile başvuran fazla ilaç alımı sonucu zehirlenme şikayeti olan bireyler triajda sağlık personelleri tarafından değerlendirildikten sonra hastanın genel durumuna göre sarı alan veya kırmızı alana alınmaktadır. Fakat intihar şekli asi, kesi, yanık veya yüksekten atlama gibi kritik durumda olan hastalar ise acil kırmızı alana alınarak hayati riski sona erene kadar bu alanda müdahale edilmektedir. Kırmızı alanda hastaların durumu ağırlaşır ise yoğun bakım ünitelerine sevk edilmektedirler. Kırmızı alanda durumu stabilleşen hastalar ve sarı alanda müdahalesi yapılan hastalar ilk 24 saat gözlem gerektiği için gözlem alanlarına alınmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde yapıldığı tarihlerde hastanelerin acil birimlerinde toplam 382 hemşire görev yapmaktaydı. Araştırma da örneklem seçimine gidilmeyip, çalışmanın yapıldığı tarihlerde kurumlarda görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hemşirelerin tamamının çalışma kapsamına alınması planlandı. Bununla birlikte bu süre içinde hemşirelerin çoğunun uzun süreli izinli olması, fazla yoğun olmaları vesoru formunun uygun doldurulmaması nedenleriyle çalışma 206 kişiyle tamamlandı.

3.5. Örneklem Alınma Ölçütleri

- Erişkin Acil servisinde çalışıyor olmak
- En az bir hafta süreyle acilde çalışıyor olmak

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler iki ayrı form aracılığıyla elde edildi. Bunlar;

1. Kişisel Bilgi Formu
2. İntihar Girişiminde Yönelik Tutum Ölçeği

1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, hemşirelerin bireysel, çalışma ve intiharla ilgili eğitim ve bakım verme yönünden özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanan 16 maddelik bir soru formudur (Er, 2011; Ouzouni ve Nakakis, 2009). Ankette yer alan ilk sekiz soru hemşirelerin bireysel ve çalışma özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı, haftalık çalışma saati), geriye kalan sekiz soru ise intiharla ilgili eğitim ve bakım ile ilgili özelliklerini (intihar vakaları ile ilgili karşılaşma sıklığı, bakım verme istekliliği, bakımda güçlük çekme durumu, intiharla ilgili bir eğitime katılma durumu) ortaya koymaktadır.

2.İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ);

Orijinal adı Attitudes Towards Attempted Suicide-Questionnaire (İntihar Girişimine Yönelik Tutum Soru Formu) olan ölçek, Ouzouni ve Nakakis tarafından Yunanistan’da 2009 yılında intihar girişimine yönelik sağlık personellerinin tutumları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 80 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gülistan Er tarafından 2011 yılında yapılmıştır. İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) 28 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları “önleme ve koruma, “bireysel yardım, “kurumsal yardım, “tetikleyiciler vepsikopatoloji”, “nedensel atıflar ve tıbbi yardım”dır (Er,2011). Bu doğrultuda alt gruplara ait bilgiler tabloda verilmiştir.

Tablo 3.2: İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) Tanılama Tablosu

| Alt Ölçekler | Madde Sayısı | Min-Max Puanlar | Maddeler |
|---------------------------------|--------------|-----------------|----------------------|
| Önleme ve Koruma | 5 | 5-25 | 1,2,3,4,5 |
| Bireysel Yardım | 3 | 3-15 | 6,7,8 |
| Kurumsal Yardım | 2 | 2-10 | 9,10 |
| Tetikleyiciler ve Psikopatoloji | 7 | 7-35 | 11,12,13,14,15,16,17 |
| Nedensel Atıflar | 6 | 6-30 | 18,19,20,21,22,23 |
| Tıbbi Yardım | 5 | 5-25 | 24,25,26,27,28 |
| İGYTÖ Genel | 28 | 28-140 | 28 madde |

Alt Boyutların Tanımı

1.Önleme ve Koruma alt boyutu intiharın önlenmesi, intihar eden bireylerin intihardan korunmasıdır.

2.Bireysel Yardım alt boyutu intihar girişiminde bulunan bireylere yardım etme gereği ve isteğini taşımaktır.

3.Kurumsal Yardım alt boyutu çalışılan kurumda intihara verilen kaliteli hizmet, iyi bir bakım ve olumlu yaklaşımlardır.

4.Tetikleyiciler ve Psikopatoloji alt boyutu intiharın psikopatolojik olarak görülmesi ve tetikleyici faktörlerin değerlendirilerek tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görülmesidir.

5.Nedensel Atıflar alt boyutu intiharın nedenlerinin kişilik, olumsuz düşünce, kötü yaşam olayları gibi nedenlerden kaynaklanmasıdır.

6.Tıbbi Yardım alt boyutu intihara karşı yapılan tıbbi bakım ve yardımlardır.

Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Puanlardaki artış, intihar girişimine yönelik tutumun olumlu, puanlardaki azalma ise tutumun olumsuz olduğunu göstermektedir. Ölçekteki 4., 11., 12., 17., 24. ve 26. maddeler negatif maddeler olup ters puanlanmıştır. Derecelendirme beşli Likert şeklinde (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum, 5- Tamamen

katılıyorum) yapılmıştır. Ölçeğin, ülkemizde Gülistan Er tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucu, genel Cronbach alfa değeri 0.84 bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda ise genel Cronbach alfa değeri 0.65 olarak bulunmuştur.

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri Mayıs-Eylül 2019 tarihlerinde hemşirelerin mesai saatleri içerisinde sabah saat 08:00 de ve akşam nöbet teslim saati 17:00'de toplandı. Öncelikle hemşirelere araştırma hakkında bilgi verildi ve sözel olarak her birinden izin alındı. Ardından çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatılarak yazılı onam alındı. Veri toplama araçları olan 'Kişisel Bilgi Formu'nun ve 'İntihara Karşı Tutum Ölçeği'nin, hemşireler tarafından bireysel olarak cevaplanması süre tanınarak beklenildi.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versiyon 25.0.0; SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı ile yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak belirtilmiştir. Ölçeğin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnovnormalite testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İleri seviye analiz için Bonferroni testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık değeri için tip 1 hata değeri 0,05'in altında olan ($p < 0,05$) olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; hemşirelerin intihar girişimine yönelik tutum, genel ve alt grup puanları, bağımsız değişkenleri ise; hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri ve intihara yönelik bakım özellikleridir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 1), kurum izni için ise İstanbul İl sağlık Müdürlüğü'nden (EK 2) izin alındı. Araştırmaya katılan hemşirelerden ise araştırmaya katılım için sözel ve yazılı onam alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırları

Örneklem kapsamına alınan hemşireler yalnızca intihar hastalarına bakım veren acil kliniklerde çalışan hemşirelerle sınırlandırılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki hemşirelerin öz bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) kullanılarak cronbach alfa değeri 0,65 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yordayıcılık özelliği zayıftır. Bu durum çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Bu bölümünde çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri ile intihar girişiminde bulunan hastaların bakımı ve bu hastalara yönelik tutumlarına ilişkili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (n=206)

| Bireysel ve Çalışma Özellikleri | N | % |
|---|----------|----------|
| Yaş ($\bar{x}=27,30\pm 5,90$; min-max: 18-48) | | |
| 18-25 yaş | 94 | 45,6 |
| 26-30 yaş | 74 | 35, |
| 31 yaş ve üzeri | 38 | 18,5 |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 127 | 61,7 |
| Erkek | 79 | 38,3 |
| Medeni durum | | |
| Evli | 69 | 33,5 |
| Bekâr | 137 | 66,5 |
| Eğitim düzeyi | | |
| Sağlık Meslek Lisesi | 25 | 12,1 |
| Ön lisans | 15 | 7,3 |
| Lisans | 152 | 73,8 |
| Yüksek lisans | 14 | 6,8 |
| Çalışma süresi ($\bar{x}=4,68\pm 6,02$; min-max: 0,5-30) | | |
| 1 yıldan az | 14 | 6,8 |
| 1-2 yıl | 103 | 50,0 |
| 3-4 yıl | 31 | 15,0 |
| 5 yıl ve üzeri | 58 | 28,2 |
| Haftalık çalışma süresi | | |
| 40 saat ve altı | 28 | 13,6 |
| 40 saat üstü | 178 | 86,4 |
| Daha önce psikiyatri servisinde çalışma deneyimi | | |
| Evet | 34 | 16,5 |
| Hayır | 172 | 83,5 |
| Çalışılan Hastane | | |
| 1 nolu Hastane | 39 | 18,9 |
| 2 nolu Hastane | 25 | 12,1 |
| 3 nolu Hastane | 16 | 7,8 |
| 4 nolu Hastane | 15 | 7,3 |
| 5 nolu Hastane | 21 | 10,2 |
| 6 nolu Hastane | 22 | 10,7 |
| 7 nolu Hastane | 68 | 33 |

Tablo 4.1'e göre hemşirelerin %45'i 18-25 yaş grubunda, %61,7'sinin kadınlardan oluşmakta ve %66,5'inin bekar olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %73,8'inin lisans mezunu olduğu, yüksek lisans mezunu olanların sayısının ise %6,8 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yarısının çalışma sürelerinin 1-2 yıl arasında olduğu (%50) az bir grupta (%6,8) 1 yıldan daha az deneyimi olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %86,4'ü 40 saat üzeri çalışırken %83,5'inin ise daha önce bir psikiyatri servisinde çalışma tecrübesi bulunmamaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Bakım Verme ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n:206)

| Bakım Verme ile İlgili Özellikleri | N | % |
|---|-----|------|
| Acil Serviste İntihar vakası ile karşılaşma sıklığı | | |
| Çok Sık | 129 | 62,6 |
| Nadiren-Ara sıra | 77 | 37,4 |
| Acil serviste intihara yönelik bakım rehberi | | |
| Var | 19 | 9,2 |
| Yok | 187 | 90,8 |
| Hemşirelerin intihara yönelik bakım rehberini kullanma sıklığı (n=19) | | |
| Çoğu zaman | 6 | 31,5 |
| Nadiren | 8 | 42,1 |
| Hiç | 5 | 26,4 |
| İntihar vakalarına bakım vermekte güçlük çekme | | |
| Evet | 55 | 26,7 |
| Hayır | 151 | 73,3 |
| İntihar vakalarına bakım vermekte çekilen güçlükler n=55* | | |
| Hastanın tedaviyi reddetmesi | 44 | 80 |
| Agresif davranışlar göstermesi | 33 | 60 |
| İntihar konusunda eğitim eksikliğine bağlı nasıl davranacağını bilememe | 4 | 7,27 |
| Diğer (Psikiyatri servisi ve doktorunun olmayışı, hasta tecrit ve kısıtlamasının yetersiz oluşu, hastanenin yoğun olması, yatak sayısının yetersiz oluşu) | 7 | 12,7 |
| İntihar vakalarına bakım vermede isteklilik | | |
| Evet | 96 | 46,6 |
| Hayır | 110 | 53,4 |
| İntihar ile ilgili mesleki bir eğitim alma durumu | | |
| Evet | 32 | 15,5 |
| Hayır | 174 | 84,5 |
| İntihar konusunda eğitim almayı isteme durumu | | |
| Evet | 145 | 70,4 |
| Hayır | 61 | 29,6 |

* Birden fazla ifade bulunmaktadır.

Tablo 4.2'ye bakıldığında, hemşirelerin %62,6'sının intihar vakası ile çok sık karşılaştığı, %37,4'ünün ise nadiren karşılaştığı saptanmıştır. Hemşirelerin %90,8'i kurumlarında intihara yönelik bir bakım rehberlerinin bulunmadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin yalnızca %9,2'si bakım rehberi olduğunu ifade etmiştir. Bakım rehberi kullananlardan ise %31,5'i çoğunlukla kullandıklarını belirtirken, büyük çoğunluğu nadiren kullandığını ya da hiç kullanmadığını (%42,1 nadiren, %26,4 hiç) ifade etmiştir. Hemşirelerin %73,3'ü intihar vakalarına bakım vermekte güçlük çekmediğini ifade ederken %26,7'si güçlük çektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin güçlük çektiği konularağırlıklı olarak (%80) hastaların tedaviyi reddetmesi ve (%60) hasta ve yakınlarının agresif davranışlar sergilemeleridir. Çok az oranda (%7,27) hemşire ise intihar konusunda eğitim eksikliğine bağlı olarak ne yapacağını bilemediğini söylerken %12,7'si ise diğer (psikiyatri servisi ve doktorunun olmayışı, hasta tecrit ve kısıtlamasının yetersiz oluşu, hastanenin yoğun olması, yatak sayısının yetersiz oluşu) sebeplerden ötürü güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin %53,4'ü intihar vakalarına bakım vermek istemediklerini ifade ederken %46,6'sı bakım vermek istediğini söylemiştir. Hemşirelerin %84,5 ise intihar ile ilgili mesleki bir eğitim almadığını belirtmiş, bununla birlikte %70,4'ü intihara yönelik eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3: Hemşirelerin İGYTÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=206)

| İGYTÖ Genel ve Alt Boyutları | İGYTÖ Genel ve Alt Boyut Min-Max Puanları | Ölçekten Alınan Min. Puanlar | Ölçekten Alınan Max. Puanlar | Ortalama X | Standart Sapma |
|---|---|------------------------------|------------------------------|------------|----------------|
| Genel | 28-140 | 65,00 | 131,00 | 100,23 | 9,09 |
| Önleme ve Koruma | 5-25 | 8,00 | 25,00 | 20,24 | 2,37 |
| Bireysel Yardım | 3-15 | 3,00 | 15,00 | 11,00 | 2,46 |
| Kurumsal Yardım | 2-10 | 2,00 | 10,00 | 7,38 | 1,82 |
| Tetikleyiciler ve Psikopatoloji Nedenler | 7-35 | 14,00 | 32,00 | 21,56 | 3,27 |
| | 6-30 | 14,00 | 30,00 | 23,41 | 3,86 |
| Tıbbi Yardım | 5-25 | 11,00 | 25,00 | 16,63 | 2,23 |

Tablo 5'te hemşirelerin İGYTÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı görölmektedir. Hemşirelerin İGYTÖ genel puan ortalaması $100,23 \pm 9,09$ bulunmuştur. Alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında; önleme ve koruma alt boyutu için $x:24 \pm 2,37$; bireysel yardım alt boyutu için $x:11,00 \pm 2,46$; kurumsal yardım alt boyutu için $x:7,38 \pm 1,82$; tetikleyiciler ve psikopatolojik alt boyutu için $x:21,56 \pm 3,27$; nedenler alt boyutu için $x:23,41 \pm 3,86$; tıbbi yardım alt boyutu için ise $x:16,63 \pm 2,23$ olarak bulunmuştur.



Tablo 4.4: Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özelliklerine Göre İGYTÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=206)

| Hemşirelerin Bireysel ve Çalışma Özellikleri | N | İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) | |
|--|-----|---|--------------------|
| | | İGYTÖ Genel | |
| | | Ort±SS | P |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 127 | 99,87±9,60 | 0.336 ^b |
| Erkek | 79 | 100,81±8,32 | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 69 | 99,33±10,07 | 0.061 ^b |
| Bekâr | 137 | 101,18±8,44 | |
| Eğitim düzeyi | | | |
| Sağlık M. Lisesi | 25 | 100,08±7,76 | 0.108 ^a |
| Ön lisans | 15 | 103,20±9,65 | |
| Lisans | 152 | 99,64±9,39 | |
| Yüksek lisans | 14 | 103,71±6,87 | |
| Çalışma yılı | | | |
| 1 yıldan az | 14 | 107,21±8,54 | 0,015 |
| 1-2 yıl arası | 103 | 99,90±7,71 | |
| 3-4 yıl arası | 31 | 97,00±12,57 | |
| 5 yıl ve üzeri | 58 | 100,84±8,55 | |
| Haftalık Çalışma süresi | | | |
| 40 saat ve altı | 28 | 100,29±4,71 | 0.989 ^b |
| 40 saat üzeri | 178 | 100,22±9,61 | |
| Psikiyatri servisinde çalışma | | | |
| Evet | 34 | 99,68±10,36 | 0.777 ^b |
| Hayır | 172 | 100,34±8,85 | |

^a Kruskal Wallis H testi, ^b Mann-Whitney U tes

Hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri incelendiğinde İGYTÖ genel puanlarına göre cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyinde fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri incelendiğinde İGYTÖ genel puanlarına göre çalışmayılında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.013$). İleri seviye analiz için Bonferroni testi kullanılmıştır. Bu test sonucuna göre çalışma yıllı bir yıldan az olan hemşireler ($x:107,00\pm8,27$), 1-2 yıl arası ($x: 99,90\pm7,71$) ve 3-4 yıl arası ($x: 97,00\pm12,57$) çalışan hemşirelerden daha yüksek puan almışlardır. Hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri incelendiğinde, İGYTÖ genel puanlarına göre haftalık çalışma süresi, çalışılan kurum, psikiyatride çalışma deneyimi, çalışılan hastane yönünden İGYTÖ genel puanlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.5: Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Bakım Verme Özelliklerine Göre İGYTÖ Genel Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=206)

| Hemşirelerin İntihara Yönelik Bakım Verme ile İlgili Özellikler | N | İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) | |
|---|-----|---|--------------------------|
| | | İGYTÖ Genel | |
| | | Ort±SS | P |
| İntihar vakası ile karşılaşma sıklığı | | | |
| Nadiren-Ara sıra | 77 | 102,81±7,62 | 0.002^b |
| Çok sık | 129 | 98,69±9,57 | |
| İntihar ile ilgili mesleki eğitime katılma | | | |
| Evet | 32 | 101,25±10,05 | 0.300 ^b |
| Hayır | 174 | 100,04±8,93 | |
| İntihara ilişkin eğitim alma istekliliği | | | |
| Evet | 145 | 100,99±7,69 | 0.124 ^b |
| Hayır | 61 | 98,41±11,66 | |
| İntihar vakalarına bakım vermede güçlük çekme | | | |
| Evet | 55 | 99,15±9,03 | 0.153 ^b |
| Hayır | 151 | 100,62±9,12 | |
| Kurumda İntihara yönelik bakım rehberi bulunma | | | |
| Evet | 19 | 99,16±14,57 | 0.766 ^b |
| Hayır | 187 | 100,34±8,40 | |

^a Kruskal Wallis H testi, ^b Mann-Whitney U testi

Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme özellikleri incelendiğinde, İGYTÖ genel puanlarına göre intihar vakası ile karşılaşma sıklığında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,02$). İntihar vakaları ile nadiren karşılaşan hemşireler ($x:102,81 \pm 7,62$), çok sık karşılaşan hemşirelerden ($x:98,69 \pm 9,57$) daha yüksek puan almışlardır. Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme özellikleri incelendiğinde, İGYTÖ genel puanlarına göre kurumda intihara yönelik bakım rehberi bulunma ve intihar ile ilgili mesleki eğitime katılma durumunda anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme özellikleri incelendiğinde, İGYTÖ genel puanlarına göre intihar vakalarına bakım vermede güçlük çekme durumunda anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme özellikleri incelendiğinde, İGYTÖ genel puanlarına göre intihar vakalarına bakım verme isteğinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme ile ilgili özellikleri incelendiğinde, İGYTÖ genel puanlarına göre intihara ilişkin eğitim alma istekliliğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde yetişkin acil biriminde çalışan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik tutumları ve bunları etkileyebilecek bireysel, çalışmavebakımverme özelliklerinin ortaya konulması amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalar ışığında tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin bireysel ve çalışma özelliklerine bakıldığında; 18-25 yaş grubunda (%45), %61,7'sini kadınların oluşturduğu, çoğunluğunun (%66,5) bekar ve %73,8'inin lisans mezunu olduğu, çoğunun (%55,8), ağırlıklı 1 ile 2 yıl arasında çalıştığı, %86,4'ünün de 40 saat üzeri çalışmakta olup %83,5'inin daha önce bir psikiyatri servisinde çalışma tecrübesi olmadığı görülmektedir (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin intihar vakalarına bakım verme özelliklerine bakıldığında; hemşirelerin çoğunluğunun (%62,6) çok sık intihar girişiminde bulunan bireyler ile karşılaştığı görülmektedir (Tablo 4.2). Ülkemizde ve dünyada intihar vakalarının çoğunlukla hastanelerin acil birimlerine başvurmakta olduğu ve acil servis hemşiresinin her vardiyada bir intihar vakası ile karşılaştığı ifade edilmektedir (Holdsworth ve ark., 2001; Sinclair ve ark., 2006; Uçan, 2006).

Çalışmaya katılan hemşirelerin %53,4'ünün intihar vakalarına bakım vermek istemediği bununla birlikte hemşirelerin %26,7'sinin ise bakım güçlük çektiği, güçlük çekenlerin ise %26,3 oranında hastaların tedaviyi reddetmesi, %16,0 oranında hastaların agresif tutum ve davranışlarda bulunması nedenleriyle güçlük çektikleri belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin acil servisin yoğun olması, intihar girişiminde bulunan hastalara nasıl yaklaşılacağını bilememe, hastaların agresif davranışları vb. nedenlerle bu hastalara bakım vermeyi istemedikleri tespit edilmiştir (Anderson ve ark., 2003; Conlon ve O'Tuathail, 2012; Rees ve ark., 2014; Boğahan, 2018). Hemşirelerin acil servis gibi yoğun ortamlarda intihar eden bireyler ve yakınları ile iletişim konusunda yaşadığı güçlüklerin bakımlarını etkilediği söylenebilir. Hemşirelere intihar girişimi ile gelen hasta ve hasta yakınlarına yaklaşım konusunda eğitim verilerek bu hastalara bakım verme istekliliği artırılabilir.

Çalışmadaki hemşirelerin çoğunluğu (%84,5) intihar ile ilgili bir eğitim almadıklarını %70,4'ü ise intihara ilişkin konuda eğitim almak istediklerini ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda bu sonuçlarla benzer şekilde servis hemşiresi olarak görev yapan

hemşirelerin büyük çoğunluğunun intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katılmadığı görülmüştür (Chapman ve Martin, 2014; McCann ve ark., 2006; Patterson ve ark., 2007; Timson ve ark., 2012; Crawford ve ark., 2003; Carmona ve Martinez, 2012; McCarthy ve Gijbels, 2010; McAllister ve ark., 2008). Acil servis hemşireleriyle yapılan bir çalışmada intihar ile ilgili herhangi bir hizmet içi eğitime yalnızca sekiz kişinin (%18,6) katıldığı görülmüştür (McCann ve ark., 2006). Yine Danimarka'da acil serviste 125 hemşire ile yapılan çalışmada ise hemşirelerin sadece %19'unun intihar ile ilgili bir eğitim aldığı saptanmıştır (Patterson ve ark., 2007). Acil servis gibi intihar vakalarının çok sık geldiği birimlerde hemşirelerin hastalara etkili bir biçimde müdahale etmede yetersiz kaldıkları ve eğitime gereksinimlerinin olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin %90,8'i çalıştıkları kurumda intihara yönelik bir bakım rehberi bulunmadığını belirtmiş, bakım rehberi bulunan birimlerde ise hemşirelerin çoğunluğu bu rehberleri kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Bu çalışmaya benzer şekilde yapılan bir araştırmada da acil biriminde çalışanların intihar vakalarına yönelik bakım ile ilgili bir rehberin varlığını bilmedikleri saptanmış, rehberlerin varlığını bilen hemşirelerden ise onları okumadığı tespit edilmiştir (McCann ve ark., 2006). Acil servislerde intihar girişimi ile gelen bireylere yönelik bir bakım rehberinin olmayışı ve hemşirelerin varsa bile bunu bilmemeleri hemşirelerin bu konuda farkındalığının yetersiz olduğunu ve farkındalığının artırılması noktasında eğitime ihtiyaçlar duydukları söylenebilir.

5.1. Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Bireylere Karşı Tutum Ölçeği Genel ve Alt Puanlarının Tartışılması

Hemşirelerin İGYTÖ genel puan ortalaması $100,23 \pm 9,09$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak en yüksek puan ise 140'tır. Buna göre intihar girişimi ile gelen bireylere yönelik yapılan bu çalışmaya katılan hemşirelerin tutumlarının ortanın üzerinde olumlu olduğu görülmektedir. Literatürde bu konuyla ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Ülkemizde bu çalışmaya benzer şekilde Alan ve arkadaşlarının (2016) acil sağlık çalışanlarının intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarını ve bunu etkileyen etmenleri belirlemek amacı ile aynı ölçeğin kullanılarak yapılmış olduğu

çalışmada bir ilçenin devlet hastanesinin acil servisinde çalışan tüm hemşire, doktor, acil tıp teknikeri ve sağlık memurlarından oluşan grubun İGYTÖ genel puan ortalaması $106,57 \pm 21,14$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızla benzer olarak hemşireler ve sağlık personellerinin tutumlarının ortalamasının üzerinde olumlu olduğu görülmektedir. Hemşireler ve diğer sağlık personelleri de (doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personelleri) dahil olmak üzere gruplar arasında meslek yönünden fark olmadığı tespit edilmiş, tutum puanları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır (Alan ve ark., 2016). Buna karşılık ülkemizde yapılan bizim çalışmamızla benzer şekilde üç kamu hastanesinin yetişkin acil servislerinde çalışan hemşirelerin intihar girişimi ile acil servise başvuran bireylere doğru yaklaşım gösterip göstermedikleri, yaklaşımda karşılaştıkları sorunlar, baş etme yolları ve çözüm önerilerinin belirlenmesi amacıyla kalitatif olarak yapılan hemşirelerin acil servise intihar girişimi ile gelen bireylere yönelik deneyimleri adlı çalışmada ise hemşirelerin tutumları bizim ve Alan ve arkadaşlarının çalışmasının aksine daha olumsuz olarak bulunmuştur. Belirtilen çalışmada hemşireler intihar girişiminde bulunan bireylerin davranışlarını dikkat çekmek, sekonder kazanç elde etmek, çözüm yolu ya da kaçış yolu olarak nitelendirirken, bu kişilerin zayıf karakterli, ruhsal sorunu olan ve dini değer yargıları zayıflamış bireyler olduklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler bu hastalara yönelik olarak öfke, kızgınlık duygular yaşadıkları, bireylere bakım vermek istemedikleri ve tedavi edici olmayan yaklaşımlar sergiledikleri belirlenmiştir (Boğahan, 2018).

Yurt dışında yapılan benzer çalışmalarda ise benzer çalışmalarda da acil servislerde hemşireler ve diğer çalışanların intihar girişiminde bulunan bireyelere yönelik tutumları farklılık göstermiştir. Ulusal Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü'nün yayınladığı kılavuzda sağlık personellerinin, intihar hastalarına karşı empati hissetmelerine rağmen, hastaların manipülatif veya dikkat çekmek için intihar ettiğini düşünen bireylere karşı tutumlarının olumsuz olarak etkilendiğini, bu hastalara bakım vermektен uzak durduklarını ve bu hastalara karşı olumsuz tutumlar gösterdikleri belirtilmektedir (NICE, 2004).

Yurt dışında bu çalışmayla benzer olarak acil servis hemşirelerinin kendine zarar veren bireylere karşı tutumlarını araştıran çalışmalarda da tutumların olumlu olduğu saptanmıştır (Conlon ve O'Tuathail, 2012; McCann ve ark., 2006; McCann ve ark., 2007; Perboell ve ark., 2015; McCarthy ve Gijbels, 2010).

İrlanda dört acil servisteki hemşire Kendine Zararlı Antipati Ölçeği kullanılarak yapılan nicel çalışmada hemşirelerin genel olarak kendilerine zarar veren hastalara karşı olumlu tutumlar gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada üç ana başlık ortaya çıkmıştır. Bunlar

eğitim eksikliği, acil servislerin uygun ortam olmaması ve intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik empati ve antipati hissetme konularıdır. Bu çalışmadaki hemşireler, hemşireler, acil servislerde psikolojik değerlendirme ve müdahaleden ziyade büyük ölçüde medikal odaklanma eğiliminde olduklarını ve sağladıkları bakımın öncelikle hastanın fiziksel ihtiyaçlarına odaklandığını bildirmişlerdir. Hemşireler, mahremiyet eksikliği, aşırı kalabalıklaşma ve genel kaynak yetersizliği nedeniyle acil serviste bu hasta grubunun bakımı için uygun bir ortam olmadığını, mesleki desteğin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Bu hasta grubuna bakmak için en uygun ortamın psikiyatri servisleri olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşireler psikiyatri konusunda eğitim ve bilgi eksikliklerinin olduğunu, bu hasta grubunun zorluklarıyla başa çıkmak için yeterli donanım ve becerilere sahip olmadıklarını ve bu hasta grubuyla iletişimi ve bakımı geliştirmek için eğitim ve öğretime ihtiyaç duyduklarına ifade etmişlerdir. Sürekli olarak kendine zarar verme sonucu acil servislere gelen hastalara yönelik bazı hemşirelerde hayal kırıklığı ve güçsüzlük duyguları yaşadıkları ve kendine zarar veren hastaların genellikle hemşireler tarafından göz ardı edildiğini veya marjinalleştirildiğini ifade etmişlerdir (Conlon ve O'Tuathail, 2012).

Danimarka'da bir bölgedeki yedi acil serviste görev yapan acil servis hemşirelerinin zehirlenerek intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarının yaş, cinsiyet ve kendine zarar verme eğitimi gibi faktörlerle arasındaki ilişkinin incelendiği Kasıtlı Kendine Zarar Verme Anketi (ADSHQ) kullanılarak yapılan kesitsel çalışmada hemşirelerin tutumları olumlu olarak bulunmuştur (Perboell ve ark., 2015).

Avustralya acil bakım personelinin kendini zehirleme ile başvuran hastalara yönelik algılarını irdeleyen bir araştırmada bu çalışmaya benzer olarak çalışanlar zehirlenme ile başvuran hastalara karşı karışık duygular hissettiklerini, empati veya hayal kırıklığı yaşadıklarını ifade etmişler ve bu hastalara karşı olumlu tutum gösterdikleri saptanmıştır (Chapman ve Martin, 2014).

Yine uluslararası literatürde konuyla benzer olarak yapılan çalışmalarda ise mevcut çalışmamızdan farklı olarak acil bakım personelinin intihar girişiminde bulunan hastalara yönelik tutumları olumsuz olarak bulunmuştur (Karman ve ark.,2015; McCann ve ark., 2007; McAllister ve ark., 2008; Pompili ve ark., 2005).

Pompili ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada acil servislerde görev yapan sağlık personellerinin intihar ya da kendine zarar veren kişilere karşı olumsuz duygular hissettikleri ya da kararsız kaldıkları sonucu grlmştr. Hemşirelerin olumsuz yaklaşımları sonucu hastalar damgalanma ve empati eksikliğine maruz kalırken, bakım

kalitesinin düştüğü görülmüştür. Ayrıca, bu çalışmada acil servis personeli için protokoller, uygun rehberler ve eğitim revizyon ve uygulama gerektiği saptanmıştır (Pompili ve ark., 2005). McCann ve arkadaşlarının (2007) Avustralya'da büyük bir hastanenin acil servisinde görev yapan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmada acil servis hemşirelerinin kasıtlı kendine zarar veren hastalara karşı tutumlarını araştırılmıştır. Acil servis hemşirelerinin bazen kendine zarar veren hastalara karşı olumsuz tutumlar sergiledikleri ve bu tutumların bakımı olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu çalışmada da literatürle uyumlu olarak çoğu hemşirenin kendine zarar veren hastalara bakım vermeye yönelik herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür (McCann ve ark., 2007).

Karman ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada acil serviste görev yapan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarının olumsuz olduğu bu bireylere bakım verirken kendilerini sinirli, kızgın hissettikleri; bu hastaların karmaşık ihtiyaçları nedeniyle sistem ve hasta sirkülasyonunda onları bir engel olarak gördükleri ve dikkat çekmek amacıyla intihar ettiklerini düşündükleri saptanmıştır (Karman ve ark., 2015). Yine Avustralya'da, kendine zarar verenlere yönelik acil servislerde hemşirelerin kendine zarar veren bireylere yönelik yaklaşımlarının araştırıldığı çalışma sonucunda hemşirelerin genellikle intihar ile gelen bireylerin ihtiyaçlarını belirlemek ve karşılamak için özel bir eğitim almadığını, kendilerini hazırlıksız hissettiklerini, bu bireylerin bakıma yönelik güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir (McCallister ve ark., 2008)

Bu çalışmalara göre intihar girişimiyle gelen hastalara yönelik hemşireler ve diğer çalışanların tutumlarının kurumdan kuruma farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Hemşirelerin tutumlarının intihar etme sebepleriyle değiştiği görülmektedir. Hemşireler manipülatif ve sekonder kazanç elde etmek için intihar eden bireylere karşı daha olumsuz duygular hissederken gerçekten ölmek amacıyla intihar ettiğini düşünen bireylere yönelik daha olumlu tutumda oldukları söylenebilir. Hemşirelerin bilgi eksikliği, acil servislerin yoğun olması gibi sebeplerde tutumlarının etkilendiği görülmüştür. Acil servislerin yoğun olması sebebiyle hastaların genelde medikal bakım aldığı psikososyal bakımın gözardı edildiği görülmektedir. Oysa acil servise gelen hastaların psikososyal bakım almaları önemlidir. Bu hastaların risk faktörlerinin erken tanınması, tedavi ve bakım için gerekli birimlerle iş birliği yapılması ve yinelenen intiharın önlenmesi için psikososyal bakım almaları gerekmektedir. Hemşirelerin tutumlarının bu nednele olumlu olması önemlidir. İntihar girişimi ile gelen bireylere

karşı tutumların olumsuz olması, bakımın yetersiz olması ve ilk intihar girişiminde önlem alınmaması bireylerin tekrar intihar etmesine ve ölümlerle sonuçlanmasına sebep olabilir. Bu nedenle tutumların olumlu olması önemlidir.

Çalışmada İGYTÖ alt gruplarına bakıldığında ise önleme ve koruma ($x:24\pm2,37$); bireysel yardım ($x:11,00\pm2,46$), kurumsal yardım ($x:7,38\pm1,82$), tetikleyiciler ve psikopatoloji ($x:21,56\pm3,27$); nedensel atıflar ($x:23,41\pm3,86$) ve tıbbi yardım ($x:16,63\pm2,23$) olup çalışmaya katılan hemşirelerin tüm gruplarda puanları ortanın üzerinde olumludur.

Hemşirelerin İGYTÖ alt boyutlarından 'önleme ve koruma' alt boyutu intiharın önlenmesi, intihar eden bireylerin intihardan korunmasını ifade etmektedir. Hemşirelerin İGYTÖ önleme ve koruma puan ortalamasının $x=20,24$ olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin ölçeğin maksimum-minimum puan ortalaması 15'tir. Buna göre; hemşirelerin, 'intiharın önlenmesi ve korunması' alt boyutunda olumlu tutumları ortalamanın üzerinde yüksektir. Hemşireler intiharın önlenebilir olduğunu, intihar eden kişilere karşı kendilerinin, ailesinin ve yakınlarının yardım ederek bireyin yeniden topluma kazandırılarak tekrar bir intihara karşı korunmanın mümkün olduğunu düşünmektedirler.

Hemşirelerin İGYTÖ alt boyutlarından 'bireysel yardım' alt boyutu intihar girişiminde bulunan bireylere yardım etme gereği ve isteğini taşımaz. Bireysel yardım alt boyutu puan ortalamasının $x=11$ olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin ölçeğin maksimum-minimum puan ortalaması 9'dur; Buna göre, hemşirelerin intihar ile gelen hastaya karşı bireysel yardım alt boyutunda olumlu tutumlar görülmüştür. Hemşireler intihar eden kişilerin anlayış ve yardıma ihtiyacı olduğunu düşünerek intihar eden bireylere yardım etmeyi istemektedirler.

Hemşirelerin İGYTÖ alt boyutlarından 'kurumsal yardım' alt boyutu çalışılan kurumda intihara verilen kaliteli hizmet, iyi bir bakım ve olumlu yaklaşımlardır. Kurumsal yardım alt boyutu puan ortalamasının $x=7,38$ olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin ölçeğin maksimum-minimum puan ortalaması 6'dır; Buna göre; hemşirelerin intihar ile gelen hastaya karşı kurumsal yardım alt boyutunda tutumlar olumludur. Hemşireler çalıştığı kurumlarda intihar girişiminde bulunan hastalara şefkatle yaklaşıp iyi bir tedavi hizmeti aldığını düşünmektedirler.

Hemşirelerin İGYTÖ alt boyutlarından ‘tetikleyiciler ve psikopatoloji’ alt boyutu intiharın psikopatolojik olarak görülmesi ve tetikleyici faktörlerin değerlendirilerek tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görülmesidir. Tetikleyiciler ve psikopatoloji boyutu puan ortalamasının $x=21,56$ olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin ölçeğin maksimum-minimum puan ortalaması 21’dir; Buna göre, hemşirelerin intihar ile gelen hastaya karşı tetikleyiciler ve psikopatoloji alt boyutunda tutumlar ortaya yakındır. Hemşireler intihar girişiminde bulunan hastaların ruhsal bozuklukları bir bozuklukları olduğunu, bu hastaların iç dünyalarını anlamak için tedavi altına alınmaları gerektiğini ve tedavilerinin psikiyatri bölümünde yapılması gerektiğini düşünmektedirler. Ayrıca intihar girişiminde bulunan birçok insanın yalnız ve depresyonda olduğunu düşünmektedirler.

Hemşirelerin İGYTÖ alt boyutlarından ‘nesel atıflar’ alt boyutu intiharın nedenlerinin kişilik, olumsuz düşünce, kötü yaşam olayları gibi nedenlerden kaynaklanmasıdır. Nedensel atıflar alt boyutu puan ortalamasının $x=23,41$ olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin ölçeğin maksimum-minimum puan ortalaması 18’dir; Buna göre, hemşireler intihar ile gelen hastanın intihara başvurmasının nedenleri arasında kişilik özelliklerinin etkili olduğunu, bu kişilerin özgüvenin zayıf, içine kapanık ve sosyal sorunlara sahip mutsuz insanlar olduklarını düşünmektedirler. Ayrıca İntihar girişiminde bulunan kişinin onu hayata bağlayan hiçbir şey olmadığını ve çıkış yolu bulamadıkları için intihar girişiminde bulduklarını düşünmektedirler.

Hemşirelerin İGYTÖ alt boyutlarından ‘tıbbi yardım’ alt boyutu intihara karşı yapılan tıbbi bakım ve yardımlardır. Tıbbi yardım alt boyutu puan ortalamasının $x=16,63$ olduğu görülmektedir. Bu alt boyuta ilişkin ölçeğin maksimum-minimum puan ortalaması 15’tir. Buna göre, hemşirelerin intihar ile gelen hastaya karşı tıbbi yardım alt boyutunda olumlu tutumlar görülmektedir. Hemşirelerintihar girişiminde bulunan hastalara sağlık çalışanlarının yardımcı olabileceği fakat bu konuda bir psikiyatri eğitimine ihtiyacı olduğunu düşünmektedirler. İntihar girişiminde bulunan kişiye tıbbi yardımın bu konuda psikiyatri eğitimi almış sağlık personelleri ve uzman kişiler tarafından yapılması gerektiğini düşünmektedirler.

5.2.Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve İntiharlarla İlgili Bakım Verme Özellikleri Yönünden İGYTÖ Genel Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada acil servis hemşirelerinin intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik tutumlarında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, haftalık çalışma süresi, çalışılan kurum, psikiyatride çalışma durumu yönünden anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Aynı ölçek kullanılarak yapılan hemşireler ve diğer sağlık personellerinin tutumlarının incelendiği ülkemizde yapılan bir çalışmada, benzer olarak cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma süresinin çalışanların intihara yönelik tutumlarında etkisinin olmadığı bulunmuştur (Alan ve ark., 2016) Yurt dışında Yeni Zelandalı yapılan Gibbve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da benzer şekilde sağlık personelinin kendine zarar veren hastalara karşı tutumlarında bireysel özelliklerinin ve çalışma deneyimlerinin etkili olmadığı tespit edilmiştir (Gibb ve ark., 2010).

Bu çalışmada eğitim durumuna göre hastalara yönelik tutumlarında bir fark belirlenmemiştir. Hemşirelerin eğitimi yönünden tutum puanı yönünden fark çıkmaması özellikle lisans eğitiminde bu konuya yeterince vurgu yapılamaması ile ilgili olabileceği gibi hemşirelerin zaman içinde bilgileri unutmasından da kaynaklanabilir. Yüksek lisans eğitimi alan hemşirelerin anlamlı fark olmasa da puanlarının diğerlerinden yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum hemşirelerin tutumları üzerinde etkili olduğunu gösterebilir; ancak fark çıkmaması bu grubun sayısının az olmasına bağlı olabilir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada bu çalışmayla benzer olarak aynı sonuçlar elde edilmiştir (Alan ve ark., 2016). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise eğitim düzeyi arttıkça tutumların daha olumlu olduğu görülmüştür (Sun ve ark., 2007; McCarthy ve Gijbels., 2010).

Çalışmada hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışma deneyimi yönünden tutumlarının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda bu çalışmanın aksine psikiyatri servisinde çalışma geçmişi olan hemşirelerinin daha olumlu tutumlar gösterdiği tespit edilmiştir (Patterson ve ark., 2007; Kishi ve ark., 2011). Japon hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutum çalışmasında psikiyatri servisinde çalışan veya psikiyatri hemşireliği deneyimine sahip olan hemşireler , intihar hastalarına karşı daha olumlu tutumlara sahipken acil servis ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin intihar hastalarına karşı daha olumsuz tutum gösterdikleri bulunmuş ve bu hastalarla sözel olarak etkileşim kurma becerilerinin daha düşük olduğu

çıkıştır (Kishi ve ark., 2011). Bu çalışmada fark çıkmamasının sebebi kişi sayısında dengeli bir dağılım olmamasına veya psikiyatri servislerinde bakım odaklı değil de iş odaklı çalışmalarına bağlı olabilir.

Çalışmada hemşirelerin çalışma yıllarına göre tutumlara bakıldığında bir yıldan az süredir çalışan hemşirelerin tutum puanları (x:107,21), daha uzun süre çalışan hemşirelerden daha yüksek bulunmuşvetutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışma süresi ile tutum arasında çelişkili sonuçlar bulunan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmayla benzer şekilde yapılan çalışmada kendine zarar veren bireylerle çalıştıkça tutumların daha olumsuz hale geldiği ve daha fazla deneyimi olan hemşirelerin intihar vakalarına karşı daha yüksek düzeyde öfke duyduklarını ifade etmişlerdir (Dickinson ve ark.,2009; Friedmanve ark., 2006). Bu çalışmaların tam aksine ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda ise çalışma süresi ve deneyim arttıkça tutumların daha olumlu olduğu görülmüştür (Alan ve ark., 2016; Conlon ve O'Tuathail ,2012; McCarthy ve Gijbels, 2010). Bununla beraber hemşirelerin deneyimi ile tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalarda mevcuttur (McAllister ve ark., 2002; Wheatley ve Payne, 2009). Bu çalışmada yeni mezun hemşirelerin bilgilerinin taze olması ve daha pozitif olmasından dolayı böyle çıkmış olabilir. Çalışma süresi arttıkça tutumların olumsuz olmasının sebebi hemşirelerin eğitimle desteklenmemesi, yorgunluk, tükenmişlik gibi duygular hissetmeleri ve rutin çalışmaya alışması gibi sebeplerden dolayı olabilir.

Hemşirelerin bakım verme özelliklerinden intihar vakaları ile karşılaşma sıklığına göre tutumlara bakıldığında nadiren intihar vakası ile karşılaşan hemşirelerin tutum puanlarının (x:102,81) sık sık intihar vakaları ile karşılaşan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Yoğun ve stresli bir ortam olan acil servislere bazı intihar vakaları sık sık başvurmaktadırlar. Literatür sık sık intihar girişimi nedeniyle hastaneye gelen hastalara karşı hemşirelerde öfke, kaçınma, hayal kırıklığı gibi olumsuz duygular hissettiklerinibunun sonucu olarak hastaya yönelik olumsuz tutumlar gösterdikleri görülmüştür (Conlon ve O'Tuathail, 2012; Friedman ve ark., 2006; Heyerdahl ve ark., 2009; McAllister ve ark., 2008; NICE, 2004; Sun ve ark., 2007). Daha önce yapılan çalışmalar acile başvuran bu hastalara karşı benzer bir tutum olduğunu ortaya koymuştur (Conlon ve O'Tuathail, 2012; Palmer ve ark., 2007). İrlanda' da yapılan bir diğer çalışmada ise acildeki sağlık personellerine sorulan açık uçlu sorulardan elde edilen verilere göre sağlık

personellerinin acilin intihar vakalarına uygun olmayan bir ortam olduğu, hastalara karşı empati veya antipati gibi çeşitli duygular içerdiklerini ve eğitim eksikliği hissetmeleri gibi sebeplerden ötürü hastalara verilen bakımlarının değiştiği görölmüştür (Friedman ve ark., 2006). Bu sonuçlara bakıldığında intihar vakalarının acile sık gelmesi hemşirelerde manipölatifve dikkat arayışı olarak algılanıp intiharın ciddiye alınmasını önlemekte, hastalara karşı daha duyarsız ve daha mekanik davranılmasına yol açmaktadır. Bu durumda tutumların daha olumsuz olmasına sebep olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerinintihar vakalarına bakım vermeyi isteme durumuna bakıldığında; intihar vakalarına bakım vermek isteyen hemşirelerin tutum puanlarının (x:102,03) intihar vakalarına bakım vermeyi bakım vermeyi istemeyen hemşirelere göre daha yüksek bulunmuş vetutumlarının daha olumlu olduğu görölmüştür. Literatüre bakıldığında intihar vakalarına bakım verirken hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarının olumsuz tutumları, zaman baskısı, iletişim sorunları gibi güçlükler yaşadıklarını ve bunun sonucunda bakım vermektan kaçındıkları görölmüştür (Anderson ve ark., 2003). Acil servis gibi akutve stresli ortamlarda çalışan sağlıkpersonellerininıyoğun iş yüküvezamanlarının kısıtlı olması ile bağlantılı olarak bakım vermede etkili olamadıkları veolumsuz duygular yaşadıkları görölmektedir (Rees ve ark., 2014). Bu sonuçlar doğrultusunda acil servis gibi yoğun ortamlarda, sağlık personellerinin desteklenmesi, kriz ve stres yönetimi konularında eğitimlerinin verilmesi bakım istekliliğini artabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin intihara ilişkin konuda mesleki bir eğitime katılma durumu ve eğitim almayı isteme durumu ile İGYTÖ genel puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında ölkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmada büyük çoğunluğu servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin çoğunun intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katılmadığı görölmüştür (McCann ve ark., 2006., Boğahan, 2018). Danimarka'da acil serviste 125 hemşire ile yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin sadece %19'u intihar ile ilgili bir eğitim almıştır (Patterson ve ark., 2007). Bu çalışmalar sonucunda intihar ile ilgili hemşirelerin çoğunlukla eğitim eksikliği yaşadıkları, hastaya nasıl müdahale etmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu görölmektedir. Bir çalışma eğitimin, hemşirelerin hastalara yönelik anlayışını ve bakım vermede istekliliğini arttırdığı görölürken bu hemşirelerin intihar eden bireylere yönelik bakım becerilerinin daha yüksek olduğu ve tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Samuelsson veAsberg, 2002). Diğer çalışmalarda

intihar eğitimi ve olumlu tutumlar arasında aynı pozitif ilişkiyi bulmuş eğitim ile hemşirelerin empatikürmave yardım etme isteğinin arttığı görülmüştür (Gibb ve ark., 2010; McAllister ve ark., 2008; McCann ve ark., 2006; Patterson ve ark., 2007; Ramberg ve Wasserman, 2003; Sun ve ark., 2007; Samuelsson ve Asberg, 2002).

Çalışmaya katılan hemşirelerin bakım verme özelliklerinden intihar vakalarına bakım vermede güçlük çekme yönünden tutum puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde, birçok acil hemşiresi, intihar girişiminde bulunan bireylere bakım vermekte güçlük çektiklerini, bakım konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıklarını, bakım verme becerilerini geliştirme konusunda çok az veya hiç fırsat bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Birçok hemşire kendine zarar veren hastalara bakmak için gerekli becerilere sahip olmadıklarına ve bakımı geliştirmek için eğitime ihtiyaç duyduklarına belirtmişlerdir. Bununla beraber hemşireler, eğitimin kendilerine olan güvenlerini arttırdığını ve intihar girişimi ile gelen bireylerin ihtiyaçlarına yönelik daha kaliteli bakım sağlayabileceklerini belirtmişlerdir (Conlon ve O'Tuathail, 2012). Başka bir çalışma da eğitim eksikliğinin tutumları etkilediği, sağlık personelinin bilgisi arttıkça olumsuz tutumlarda azalma olduğu ve hastaların bakımını etkilediği görülmüştür (Timson ve ark., 2012; Samuelsson ve Asberg, 2002). Literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olarak sağlık personellerinin eğitime ihtiyacı olduğu görülmektedir. Çalışmada, neredeyse tüm personel intihar eğitiminin önemli olduğunu belirtmiştir. Önemli olarak, yalnızca eğitim görmemiş personelde, yıllar süren deneyim ve daha fazla olumsuz tutum arasında bir ilişki vardı. Diğer çalışmalarda, daha az olumsuz davranışa sahip personel, kendilerini daha etkili olarak değerlendirmektedir (Crawford ve ark., 2003). Bu çalışmada, hemşirelik uzmanlarının %75'i, bu faaliyetin süresine bakılmaksızın, ruh sağlığı alanında herhangi bir eğitim almadığını bildirmiştir. Bu, intiharın önlenmesindeki rolünün önemini göz önüne alarak endişe vericidir (Carmona ve Martinez, 2012). Bu çalışmada acilde çalışan hemşirelerin sadece %19'unun intihar konusunda eğitim aldığını ve bu hemşirelerin genel olarak daha olumlu tutumlara sahip olduklarını ve aynı zamanda, bu hasta grubuyla başa çıkma becerilerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalarda intihar eğitimi ile olumlu tutumlar arasında aynı pozitif ilişkiyi bulmuşlardır (Gibb ve ark., 2010; McCann ve ark., 2006; Ramberg, ve ark., 2003; Sun ve ark., 2007; Samuelsson ve Asberg, 2002). Çalışmaların çoğu kendine zarar veren kişilere bakan sağlık çalışanlarının intihara yönelik %75 ile %90 herhangi bir eğitim almadığını ve intihar konusunda eğitim eksikliği olduğunu

göstermektedir (McCarthy ve Gijbels, 2010; McAllister ve ark., 2008). Bu sonuçlara göre intihar girişiminde bulunan bireylere bakım vermede eğitim eksikliği dikkati çekerken eğitim almayı isteyen hemşirelerin kendilerinin bilgi eksikliğinin farkında olarak bu hastalara karşı daha fazla yardım için istekli oluşunun tutumlarını etkilediği görülebilir. Bu çalışmalar sonucunda intihar ile ilgili hemşirelerin çoğunlukla eğitim eksikliği yaşadıkları, hastaya nasıl müdahale etmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu görülmektedir. Literatürde hemşirelerin intihar bakımı konusunda bir eksiklik olduğunu ve hem kendine zarar verme hem de psikiyatrik hastaya bakım becerilerini geliştirme konusunda çok az veya hiç fırsat olmadığını bildirmişlerdir (Crawford ve ark., 2003; Timson ve ark., 2012). Yurtdışında bu çalışmayla benzer olarak acil servis hemşirelerinin kendine zarar veren bireylere karşı tutumlarını araştıran bir çalışmada olumlu tutumların gelişimini etkileyen üç ana faktör saptanmıştır. Bu faktörler artan yaş, uzun deneyim ve kasıtlı kendine zararlı ilgili hizmet içi eğitime katılımdır. İntihar girişimi ile gelen bireylere karşı olumlu tutumların geliştirilmesinde rol oynamaktadır (McCann ve ark., 2006). Yine bu çalışmaya benzer acil servis hemşirelerinin kasıtlı kendine zarar verme konusundaki tutumlarının ölçüldüğü bir çalışmada hemşirelerin olumlu tutum içinde oldukları bulunmuş ve hemşireler üç nokta üzerinde durmuşlardır. Bunlar eğitim eksikliği, acillerin bu vakalar için uygun ortam olmaması ve bu hastalara karşı empati veya sempati göstermeleridir. Bu çalışmadaki hemşireler hem ruh sağlığı alanında hem de intihar konusunda bilgilerinin sınırlı olduklarını, mesleki desteğin eksik olduğunu ve bu hasta grubunun zorluklarıyla başa çıkmak için yeterli donanıma sahip olmadıklarını ifade etmiştir. Birçok hemşire, kendine zarar veren hastalara bakmak için gerekli becerilere sahip olmadıklarını ve iletişim ve bakımı geliştirmek için eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin psikososyal bakımdan ziyade büyük ölçüde tıbbi bakıma odaklanma eğiliminde olduklarını ve sağladıkları bakımın öncelikle hastanın fiziksel ihtiyaçlarına odaklandığını, sürekli olarak kendine zarar verme sonucu acile başvuran hastaların kendilerinde hayal kırıklığı ve güçsüzlük duyguları uyandırdığını ve dikkat ve yardım arayan kendine zarar veren hastaların genellikle hemşireler tarafından göz ardı edildiğini veya marjinalleştirildiğini söylemişlerdir (Conlon ve O'Tuathail, 2012). Diğer acil hemşireleri ile yapılan çalışmalarda yine aynı şekilde eğitim eksikliği konusu öne çıkmıştır (McCann ve ark., 2007; McCarthy ve Gijbels, 2010; Perboell ve ark., 2015).

Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan bireylere bakım vermekte güçlük çekme durumu ile İGYTÖ puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum hemşirelerin tıbbi bakıma yönelip psikososyal bakımı göz ardı etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Literatürdeki çalışmalarda çoğu hemşire intihar hastalarına bakmak için yeterince donanıma sahip olmadıkları için bakım vermekte güçlük çektiklerini dile getirmiştir. Veriler, kendine zarar verme ile uğraşırken hemşirelerin yaşadıkları zorlukların çoğunlukla kendine zarar verme konusunda eğitim almamalarının bir sonucu olduğunu açıkça ortaya koymuş ve bu bilgi açığının bazen yetersiz bakım sağlama ile sonuçlandığını göstermiştir. Eğitimden sonra ise hemşirelerin intihar vakalarına bakım vermenin daha kolay olduğunu dile getirmişlerdir (Shaw ve Sandy, 2016). Bir diğer çalışmada hemşireler yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmadıkları için intihar ile gelen hastalara yardım edemeyeceklerine inanarak bakım vermekte güçlük çektiklerini bildirdikleri görülmüştür. Ancak, daha önce intihar hastaları ile çalışan tecrübeli hemşirelerin, çalışmayanlara göre intihar hastalarına karşı daha düşük antipati beslediği görülmektedir (Conlon ve O'Tuathail, 2012).

Çalışmada intihara yönelik bakım rehberi bulunması ve kullanım durumuna göre tutum puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür, hemşirelik uygulamalarında zaman ve kaynak eksikliğinin yaygın olduğu ve bunun hemşirelerin kendine zarar veren bireylere sağladığı bakım üzerinde olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir (Conlon ve O'Tuathail, 2012; McAllister, 2002; McCann ve ark., 2006). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin %20'sinin, acil serviste kendine zarar verme konusunda herhangi bir uygulama kılavuzu olmadığını ya da eğer varsa hemşirelerin varlığından habersiz olduklarını iddia ederken çoğu hemşire de kılavuzu sık kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (McCann ve ark., 2006). Yine başka bir çalışmaya katılanların %46'sı kendine zarar verenleri yönetmek için ne resmi ne de resmi olmayan prosedürlerin mevcut olmadığını belirtmiş, %82'si intihar girişimi değerlendirilmesi için herhangi bir yönerge bulunmadığını bildirmiştir (McAllister, 2002). Bu sonuca göre acil servislerin çoğunda bakım rehberinin bulunmaması, hemşirelerin var ise de bundan haberlerinin olmaması veya etkin kullanmaması sonucu intihar girişiminde bulunan bireylere yönelik bakımlarını ve tutumlarını olumsuz etkileyebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu bölümünde hemşirelerin intihar girişimine yönelik tutum, önleme ve koruma, bireysel yardım, kurumsal yardım, tetikleyiciler ve psikopatoloji, nedenselatıflarve tıbbi yardım düzeylerini etkileyebilecek bireysel ve çalışma özellikleri ile ilgili bulguların sonuçları yer almaktadır.

Çalışma grubunu oluşturan hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri incelendiğinde;

1. Hemşirelerin; %61,7'si kadın, yaş ortalamaları $27,30 \pm 5,90$, %45,6'sı 18-25 yaş aralığında, %65,5'i bekar, %73,8'i lisans mezunudur,
2. Hemşirelerin; çalışma yılları ortalaması $4,68 \pm 6,02$ olup %50'si 1-2 yıldır çalışmakta %86,4'ü ise haftalık ortalama 40 saatten fazla çalışmaktadır,
3. Hemşirelerin;%84,5'inin intihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitim almadığını, %90,8'inin çalıştığı acil serviste intihar girişiminde bulunan kişilerin bakımı ile ilgili yararlanacakları bakım rehberinin olmadığını, bakım rehberi olduğunu belirtenlerin ise çoğunlukla bu rehberi kullanmadıklarını ve haberdar olmadıkları ifade etmişlerdir,
4. Hemşirelerin %56,8'inin intihar vakaları ile sık karşılaştıklarını, %73,3'ünün intihar vakalarına bakım vermekte güçlük çekmediklerini ifade etmişlerdir,
5. Hemşirelerin %53,4'ünün intihar vakalarına bakım vermek istemezken %70,4'ünün intihara ilişkin konuda eğitim almak istediği saptanmıştır,
6. Hemşirelerin İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) genel puan ortalaması $x:100,23 \pm 9,09$ bulunmuştur. İGYTÖ alt boyut puan ortalaması; önleme ve koruma alt boyutu için $x:24 \pm 2,37$; bireysel yardım alt boyutu için $x:11,00 \pm 2,46$; kurumsal yardım alt boyutu için $x:7,38 \pm 1,82$; tetikleyiciler ve psikopatoloji alt boyutu için $x:21,56 \pm 3,27$; nedensel atıflar alt boyutu için $x:23,41 \pm 3,86$; tıbbi yardım alt boyutu için ise $x:16,63 \pm 2,23$ olarak bulunmuştur,
7. Hemşirelerin İGYTÖ genel puan ortalamaları bireysel ve çalışma özelliklerine göre değerlendirildiğinde çalışma yılı yönünden gruplar arasında fark olduğu, bir yıldan daha az süredir çalışanların intihar girişiminde bulunan hastalara karşı diğerlerine göre daha olumlu bir tutum içinde oldukları ($x:107,21$ $p < 0,05$) belirlenmiş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, haftalık çalışma

süresi,psikiyatride çalışma deneyimive çalıştıkları kurum yönünden gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$),

8. Hemşirelerinintihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme özelliklerivermeözellikleri İGYTÖ genel puan ortalamalarına göre intihar vakası ile çok sık karşılaşan hemşirelerin puan ortalamaları ($x:98,69\pm9,57$) nadiren karşılaşan hemşirelerin puan ortalamalarından ($x:102,81\pm7,62$) daha yüksek bulunmuş, intihar girişiminde olan bireylere yönelik daha olumlu tutumda oldukları saptanmıştır,
9. Hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara bakım verme özellikleri İGYTÖ genel puan ortalamalarına göre, intihar vakalarına bakım verme isteğinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). İntihar vakalarına bakım vermek isteyen hemşirelerin puan ortalamaları ($x:102,03\pm7,81$) bakım vermek istemeyen hemşirelere göre ($x:8,65\pm9,85$) daha yüksek bulunmuş, intihar girişiminde olan bireylere yönelik daha olumlu tutumda oldukları belirlenmiştir. İntihar ile ilgili mesleki eğitime katılma durumu, intihar vakalarına bakım verme isteği, intihar vakalarına bakım verirken güçlük çekmedurumuve kurumda intihara yönelik bakım rehberi kullanma durumlarında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

1. Çalışmada hemşirelerin sık sık intihar vakası ile karşılaştığı saptanmıştır. Özellikle acil servis gibi hemşirelerin çok sık intihar vakası ile karşılaştığı birimlerde hemşirelere intihar konusunda eğitim verilerek farkındalıklarını arttıracak, yine bu hastalarla iletişim ve baş etme becerilerini güçlendirecek programların düzenlenmesi,
2. Çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun intihar girişiminde bulunan bireylere yaklaşım ve müdahale konusunda herhangi bir eğitim almadığı ve bu konuda eğitim almak istedikleri saptanmıştır. Bu doğrultuda acil servis hemşirelerine yapılacak hizmet içi eğitim programlarında bu konuya ağırlık verilmesi ve bu eğitimlerin etkin bir şekilde sürekliliğinin ve güncelliğinin sağlanarak devam ettirilmesi,
3. Çalışmada hemşirelerin yarıdan fazlasının intihar ile gelen hastaya bakım vermek istemediği saptanmıştır. Bu doğrultuda hemşirelerin bakım vermeyi istememe nedenlerinin ortaya konulması amacıyla nedenlere yönelik derinlemesine çalışmalar yapılması,
4. Araştırmada çalışma süresi uzun olan hemşirelerin intihar girişiminde bulunan hastalara karşı tutumları kısa süredir çalışanlara göre daha olumsuz bulunmuştur. Bu doğrultuda hemşirelere olumlu tutum geliştirmeye yönelik eğitimler yapılması ve yapılacak eğitimlerde bu gruptaki hemşirelere öncelik verilmesi,
5. Çalışmada hemşirelerin çoğunun çalıştığı birimlerinde intihara yönelik bakım rehberinin bulunmaması sebebiyle sağlık personellerinin bu hastalara yaklaşım ve bakımı ile ilgili bakım rehberlerinin oluşturulması ve rehberlerin etkili kullanımının sağlanması,
6. Bu konuda ülkemizde sınırlı çalışma olması nedeniyle hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanların intihara karşı tutumlarının ve bu tutumları etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışma yapılması,
7. Acil servise intihar girişimi ile gelen hasta ve hasta yakınlarının sağlık personellerinden beklentilerini inceleyen çalışmalar yapılması,
8. Ölçeğin Cronbach alpha değerinin düşük çıkması sebebiyle ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yinelenmesi ve yeniden standartize edilmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Aish, A. M., Ramberg, I. L., & Wasserman, D. (2002). Measuring Attitudes of Mental Health Care Staff Toward Suicidal Patients. *Archives Of Suicide Research*, 6(4), 309-323
- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., & Operskalski, B. H. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal medicine*, 29(6), 870-877.
- Aseltine Jr, R. H., & De Martino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451.
- APA. American Psychological Association. (<https://www.apa.org/topics/suicide/>)
- Alan, N., Telli, S., & Khorshid, L. (2016). Bir Devlet Hastanesinde İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Acil Çalışanlarının Tutumlarının Belirlenmesi Öz. *Medical Sciences*, 11(4), 9-17.
- Aktepe, E., Kandil, S., Göker, Z., Sarp, K., Topbaş, M., & Özkorumak, E. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Çocuk ve Ergenlerde Sosyodemografik ve Psikiyatrik Özelliklerin Değerlendirilmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 5(6).
- Alptekin, K., & Duyan, V. (2009). *İntihar Ve İntiharı Önleme*. Yeni İnsan.
- Anderson, M., Standen, P., Nazir, S., & Noon, J. P. (2000). Nurses' And Doctors' Attitudes Towards Suicidal Behaviour In Young People. *International Journal of Nursing Studies*, 37(1), 1-11.
- Anderson, M., Standen, P., & Noon, J. (2003). Nurses' And Doctors' Perceptions Of Young People Who Engage in Suicidal Behaviour: A Contemporary Grounded Theory Analysis. *International Journal Of Nursing Studies*, 40(6), 587-597.
- Anderson, M., & Jenkins, R. (2005). The Challenge Of Suicide Prevention. *Disease Management & Health Outcomes*, 13(4), 245-253.
- Anderson, M., & Jenkins, R. (2006). The National Suicide Prevention Strategy for England: The Reality of A National Strategy for the Nursing Profession. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 641-650.
- Antai-Otong, D. (2001). *Psychiatric emergencies -How to accurately assess and manage the patient in crisis*. Wisconsin: Pesi Healthcare; 2001.
- Antai-Otong, D. (2016). What Every Ed Nurse Should Know About Suicide Risk Assessment. *Journal Of Emergency Nursing*, 42(1), 31-36.

- Aker, S., Böke, Ö., & Peksen, Y. (2004). 112 Acil Sağlık Hizmetine Başvurulardaki Psikiyatrik Olguların Değerlendirilmesi. Samsun 2004/Evaluation of Psychiatric Disorders Among Admittances to 112 Emergency Services in Samsun-2004. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(4), 211.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Mann, J. J., & Oquendo, M. A. (2008). Suicidal Behavior in Young Women. *Psychiatric Clinics Of North America*, 31(2), 317-331.
- Betz, M. E., Sullivan, A. F., Manton, A. P., Espinola, J. A., Miller, I., Camargo Jr, C. A., & Ed-Safe Investigators. (2013). Knowledge, Attitudes, and Practices of Emergency Department Providers in the Care of Suicidal Patients. *Depression And Anxiety*, 30(10), 1005-1012.
- Batıgün, A. D., & Şahin, N. H. (2003). Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik Gençlik İntiharlarının Habercisi Olabilir Mi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 18(51), 37-52.
- Boğahan, M., Türkleş, S., (2018). Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerin Ergenlik Dönemindeki Çocuklarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar, Poster Sunumu, II. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi, 4-5 Mayıs 2018, Adana, Türkiye.
- Broadhurst, M., ve Gill, P. (2007). Repeated Self-İnjury From A Liaison Psychiatry Perspective. *Advances İn Psychiatric Treatment*, 13(3), 228-235.
- Bulut, E., Küçükler, H., & Bulut, N. (2012). İntiharın Kısa Tarihçesinden Sebep ve Yöntemlerine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Medical Journal*, 34(1), 128-137.
- Büyükkaya, E., Alacahan, Y., & Soylu, B. (2013). Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı, 2006.
- Beyhan, B. A. Ğ., & Ekinci, M. (2005). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(11).
- Brim, C., CEN, C., Halpern, J., Storer, A. A., Barnason, F. S., APRN-CNS, C. E. N., & Brecher, D. (2012). Clinical practice guideline: suicide risk assessment. *Emergency Nurses Association*.
- Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Başoğul C, Kaval M., (2014). Acil Hemşirelerinin Empati Düzeylerinin Ruhsal Hastalara Yönelik Sosyal Mesafe ve Tutumlarına Etkisi ve Bunları Etkileyen Faktörler. III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara: 2014
- Botega, N. J., Silva, S. V., Reginato, D. G., Rapeli, C. B., Cais, C. F., Mauro, M. L., ve Cecconi, J. P. (2007). Maintained Attitudinal Changes in Nursing Personnel After A Brief Training On Suicide Prevention. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 37(2), 145-153.
- Botega N. J., Reginato D. G., da Silva S. V., Cais C. F. (2005). Nursing Personnel Attitudes Towards Suicide: The Development of A Measurescale. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:315-8

- Boudreaux, E. D., Miller, I., Goldstein, A. B., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Manton, A. P., Ve Camargo Jr, C. A. (2013). The Emergency Department Safety Assessment and Follow-Up Evaluation (Ed-Safe): Method and Design Considerations. *Contemporary Clinical Trials*, 36(1), 14-24.
- Broadbent, M., Jarman, H., Ve Berk, M. (2002). Improving Competence in Emergency Mental Health Triage. *Accident and Emergency Nursing*, 10(3), 155-162.
- 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.
- Capoccia, L., ve Labre, M. (2015). Caring for Adult Patients with Suicide Risk: A Consensus-Based Guide For Emergency Departments. *Education Development Center, Inc, Suicide Resource Prevention Center, Waltham, Ma.*
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., & Simonoff, E. (2003). Staff Knowledge and Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Adolescents. *Journal Of Adolescence*, 26(5), 619-629.
- Clarke, D. E., Dusome, D., ve Hughes, L. (2007). Emergency Department From the Mental Health Client's Perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131.
- Clarke, D. E., Brown, A. M., Hughes, L., & Motluk, L. (2006). Education to Improve the Triage of Mental Health Patients in General Hospital Emergency Departments. *Accident and Emergency Nursing*, 14(4), 210-218.
- Carmona-Navarro, M., & Pichardo-Martínez, M. (2012). Attitudes of Nursing Professionals Towards Suicidal Behavior: Influence of Emotional Intelligence. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(6), 1161-1168.
- Cleaver, K. (2014). Attitudes of Emergency Care Staff Towards Young People Who Self-Harm: A Scoping Review. *International Emergency Nursing*, 22(1), 52-61.
- Conlon, M. ve O'tuathail, C. (2012). Measuring Emergency Department Nurses' Attitudes Towards Deliberate Self-Harm Using The Self-Harm Antipathy Scale. *International Emergency Nursing*, 20(1), 3-13.
- Chase, P., Gage, J., Stanley, K. M., ve Bonadonna, J. R. (2000). The Psychiatric Consultation/Liaison Nurse Role in Case Management. *Nursing Case Management: Managing The Process Of Patient Care*, 5(2), 73-77.

- Cristopher Mb (1995). The Role of Liaison Psychiatry. Psychiatric Aspects of Physical Disease. Editör: House A, Mayou R, Mallinson C, Royal College of Physicians And Royal College of Psychiatrists, London. GeretyFk (1991).
- Chan, S. W. C., Chien, W. T., Ve Tso, S. (2009). Evaluating Nurses' Knowledge, Attitude and Competency After An Education Programme On Suicide Prevention. *Nurse Education Today*, 29(7), 763-769.
- Chan, S. W. C., Chien, W. T., ve Tso, S. (2008). The Qualitative Evaluation of A Suicide Prevention and Management Programme By General Nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(21), 2884-2894.
- Cruz, D., Pearson, A., Saini, P., Miles, C., While, D., Swinson, N., & Kapur, N. (2011). Emergency Department Contact Prior to Suicide İn Mental Health Patients. *Emergency Medicine Journal*, 28(6), 467-471.
- Çatak, B., Öner, C., Baştürk, S., Karaali, O., Oğuz, İ., Ve Özbek, R. (2015). İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları Acil Servislerine İntihar Girişimi Nedeniyle Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi.
- 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 İnternational Journal*, 34(8), 891-906.
- DOH. (2002). Department of Health National Suicide Prevention Strategy for England. Hmso, London
- Dearden, K. A., De La Cruz, N. G., Crookston, B. T., Novilla, M. L. B., ve Clark, M. (2005). Adolescents at Risk: Depression, Low Academic Performance, Violence, and Alcohol Increase Bolivian Teenagers' Risk of Attempted Suicide. *International Electronic Journal Of Health Education*, 8, 104-119.
- Dickinson, T., Wright, K. M., ve Harrison, J. (2009). The Attitudes of Nursing Staff in Secure Environments to Young People Who Self-Harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 947-951.
- Er, G. (2011). *İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları; Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Attitudes Of Health Professionals Towards Patients Who Have Attempted Suicide; The Development An İnstrument, Validitation and Reliability Study* (Doctoral Dissertation).
- Ercan, S., Aksoy, M., Yalçın, A., Şimşek, A. Ç., Acar, R. S., Ve Erçin Şahin, T. (2016). Ankara'da Acil Servislere Başvuran İntihar Girişim Olgularının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.
- Eskin, M. (2004). Effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 536-542.

- 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. & Krokavcova, M. (2014). Suicidal behavior and attitudes in Slovak and Turkish.
- Fang, C. K., Lu, H. C., Liu, S. I., Ve Sun, Y. W. (2011). Religious Beliefs Along the Suicidal Path in Northern Taiwan. *Omega-Journal of Death and Dying*, 63(3), 255-269.
- Flood, C., Yilmaz, M., Phillips, L., Lindsay, T., Eskin, M., Hiley, J., Ve Tasdelen, B. (2018). Nursing Students' Attitudes to Suicide and Suicidal Persons: A Cross-National and Cultural Comparison Between Turkey and The United Kingdom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(7), 369-379.
- Friedman, T., Newton, C., Coggan, C., Hooley, S., Patel, R., Pickard, M., Ve Mitchell, A. J. (2006). Predictors Of A&E Staff Attitudes To Self-Harm Patients Who Use Self-Laceration: Influence of Previous Training and Experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(3), 273-277.
- Filippatos, G., ve Karasi, E. (2017). Characteristics of Attempted Suicide Patients Presenting to A Greek Emergency Department. *Health Science eJournal*, 11(3), 1.
- Gairin, I., House, A., ve Owens, D. (2003). Attendance At The Accident and Emergency Department in The Year Before Suicide: Retrospective Study. *The British Journal Of Psychiatry*, 183(1), 28-33.
- Gerety Fk (1991). *Psychiatric Consultation liaison Nursing. Psychiatric Mental Health Nursing*. Editör: Mcfarland Gk, Thomas Md, With 87 Contributors From The U.S. and Canada J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Gorman, L. M., ve Sultan, D. F. (2007). *Psychosocial Nursing for General Patient Care*. Fa Davis.
- Groves, M., ve Muskin, P. R. (2011). Psychological Responses to Illness. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of The Medically Ill*, 2, 45-67.
- Gagnon, J., ve Hasking, P. A. (2012). Australian Psychologists' Attitudes Towards Suicide and Self-Harm. *Australian Journal Of Psychology*, 64(2), 75-82.
- 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), 713-720.
- Gökçen, C., & Köylü, R. (2011). Acil Servisten Intihar Girişimi Nedeniyle Psikososyal Destek Birimine Yönlendirilen 18 Yaş Altı Olguların Değerlendirilmesi / Evaluation of Cases Under 18 Years

Admitted for Attempted Suicide to The Emergency Service and Transferred to The Psychosocial Support Unit. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 10(1), 18.

- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., Ve Bunney, W. E. (2002). *Reducing Suicide: A National Imperative*. National Academies Press. <http://www.site.ebrary.com/lib/metu/doc?>
- Hawton, K., Comabella, C. C., Haw, C., Ve Saunders, K. (2013). Risk Factors for Suicide in Individuals with Depression: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., Ve Townsend, E. (2001). Psychiatric and Personality Disorders in Deliberate Self-Harm Patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., ve Svensson, B. (2013). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Mental Illness: Do They Differ From Attitudes Held By People with Mental Illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A., Ve Cordingley, L. (2001). Attitudes Toward Suicide Prevention in Front-Line Health Staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 342-347.
- Hill, N. T., Shand, F., Torok, M., Halliday, L., ve Reavley, N. J. (2019). Development of Best Practice Guidelines for Suicide-Related Crisis Response and Aftercare in The Emergency Department or Other Acute Settings: A Delphi Expert Consensus Study. *Bmc Psychiatry*, 19(1), 6.
- Hor, K., ve Taylor, M. (2010). Suicide and Schizophrenia: A Systematic Review of Rates and Risk Factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24(4_Suppl), 81-90.
- Holdsworth, N., Belshaw, D., Ve Murray, S. (2001). Developing A&E Nursing Responses to People Who Deliberately Self-Harm: The Provision and Evaluation of A Series of Reflective Workshops. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 449-458.
- Heyerdahl, F., Bjornaas, M. A., Dahl, R., Hovda, K. E., Nore, A. K., Ekeberg, O., & Jacobsen, D. (2009). Repetition of Acute Poisoning in Oslo: 1-Year Prospective Study. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 73-79.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
- 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.
- Joubert, L., Petrakis, M., & Cementon, E. (2012). Suicide Attempt Presentations at The Emergency Department: Outcomes From A Pilot Study Examining Precipitating Factors in Deliberate Self-

- Harm and Issues in Primary Care Physician Management. *Social Work in Health Care*, 51(1), 66-76.
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E., ve Van Meijel, B. (2015). Nurses' Attitudes Towards Self-Harm: A Literature Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 65-75.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury Attempted suicide: new diagnosis or falsedichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326-328.
- Karadeniz, G., Yanikkerem, E., Pirinçci, E., Erdem, R., Esen, A., & Kitapçioğlu, G. (2008). Turkish health professional's attitude toward euthanasia. *Omega-Journal of DeathandDying*, 57(1), 93-112.
- Keogh, B., Doyle, L., Ve Morrisey, J. (2007). Suicidal Behaviour: A Study of Emergency Nurses' Educational Needs When Caring for This Patient Group: Emergency Department Nurses in The Republic of Ireland Need Specific Training to Treat People Who Present with Suicidal Behaviour. *Emergency Nurse*, 15(3), 30-36.
- Kavalidou, K. (2013). Suicidal Thoughts and Attitudes Towards Suicide Among Medical and Psychology Students in Greece. *Suicidology Online*, 4.
- Kekeç, Z., Sözüer, E. M., Duymaz, H., Ve Ökkan, S. (2005). Acil Servise Başvuran Çoklu İlaç Zehirlenmelerinin Yedi Yıllık Analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(2), 69-72.
- Kishi, Y., Kurosawa, H., Morimura, H., Hatta, K., ve Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese Nursing Personnel Toward Patients Who Have Attempted Suicide. *General HospitalPsychiatry*, 33(4), 393-397.
- Khazem, L. R., ve Anestis, M. D. (2016). Thinking or Doing? An Examination of Well-Established Suicide Correlates Within The İdeation-To-Action Framework. *Psychiatry Research*, 245, 321-326.
- Knox, K. L., ve Caine, E. D. (2005). Establishing Priorities for Reducing Suicide and İts Antecedents in The United States. *American Journal of Public Health*, 95(11), 1898-1903.
- Kısa, C., Aydın, O. D., Cebeci, S., Aydemir, Ç., & Göka, A. (2001). Acil Psikiyatrik Başvuruların ve Acil Psikiyatrik Hizmetlerin Değerlendirilmesi. In *New/Yeni SymposiumJournal* (Vol. 39, No. 4, Pp. 174-80).
- Kerrison, S. A., ve Chapman, R. (2007). What General Emergency Nurses Want to Know About Mental Health Patients Presenting to Their Emergency Department. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), 48-55.

- Kocaman, N. (2005). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Rolü Nedir? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 107-118.
- Kocaman, H. N. (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği ve Genel Hastanede Psikososyal Bakım. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(47), 97.
- Kocaman, H. N. (2007). Emergency Psychiatric Nurse. *Turkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences Emergency Medicine*, 3(42), 61.
- Kweon, Y. S., Hwang, S., Yeon, B., Choi, K. H., Oh, Y., Lee, H. K., ve Lee, K. U. (2012). Characteristics of Drug Overdose in Young Suicide Attempters. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 10(3), 180.
- Lipowski, Z. J. (1970). Physical İllness, The İndividual and The Coping Processes. *Psychiatry in Medicine*, 1(2), 91-102.
- Luna-Raines M (1989). Psychiatric Liaison Nursing. Psychiatric Mental Health Nursing. Editör: Birckhead Lm., J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Martin, C., ve Chapman, R. (2014). A Mixed Method Study to Determine The Attitude of Australian Emergency Health Professionals Towards Patients Who Present with Deliberate Self-Poisoning. *International Emergency Nursing*, 22(2), 98-104.
- Mcallister, M., Creedy, D., Moyle, W., ve Farrugia, C. (2002). Nurses' Attitudes Towards Clients Who Self-Harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), 578-586.
- McAllister, M., Zimmer-Gembeck, M., Moyle, W., & Billett, S. (2008). Working effectively with clients who self-injure using a solution focused approach. *International emergency nursing*, 16(4), 272-279.
- Mcallister, M., Moyle, W., Billett, S., ve Zimmer-Gembeck, M. (2009). 'I Can Actually Talk to Them Now': Qualitative Results of An Educational İntervention for Emergency Nurses Caring for Clients Who Self-İnjure. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2838-2845.
- Mccann, T. V., Clark, E., Mcconnachie, S., ve Harvey, I. (2007). Deliberate Self-Harm: Emergency Department Nurses' Attitudes, Triage and Care İntentions. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1704-1711.
- 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.

- Mccann, T., Clark, E., Mcconnachie, S., & Harvey, I. (2006). Accident and Emergency Nurses' Attitudes Towards Patients Who Self-Harm. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 4-10.
- Morphet J, Innes K, Munro I, O'brien A, Gaskin C.j., ve Reed F., (2012). Managing People with Mental Health Presentations In Emergency Departments--A Service Exploration of The Issues Surrounding Responsiveness From A Mental Health Care Consumer and Carer Perspective. *Australas Emerg Nurs J* 2012;15:148-55.
- Mclean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. M., ve Jepson, R. (2008). *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review*. Scottish Government.
- Macdonald, K., Latimer, M., Ve Drisdelle, N. (2006). Determining The Impact Of A Surgical Liaison Nurse Role In The Paediatric Operating Room. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 24(1).
- Marynowski-Traczyk D, Broadbent M. (2011). What Are The Experiences of Emergency Department Nurses in Caring for Clients with A Mental Illness in The Emergency Department? *Australas Emerg Nurs J* 2011;14:172-9.
- Maguire P, Haddad P. (1996) Psychological Reactions to Physical Illness. in: Guthrie E, Creed F, Eds. *Seminars in Liaison Psychiatry*. North America: American Psychiatric Press, Inc; 1996. P.157-91.
- Menon, V. (2013). Suicide Risk Assessment and Formulation: An Update. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 430-435.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of Completed and Attempted Suicide: Toward A Framework for Prevention. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 310-323.
- 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.
- Mchale, J., ve Felton, A. (2010). Self-Harm: What's the Problem? A Literature Review of The Factors Affecting Attitudes Towards Self-Harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 732-740.
- Nebhinani, M., Nebhinani, N., Tamphasana, L., ve Gaikwad, A. D. (2013). Nursing Students' Attitude Towards Suicide Attempters: A Study From Rural Part of Northern India. *Journal of Neurosciences In Rural Practice*, 4(4), 400.
- Nelson, J. K., ve Schilke, D. A. (1976). The Evolution of Psychiatric Liaison Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*.

- NICE (2004). *National Collaborating Centre For Mental Health Uk. (2004). Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. British Psychological Society. Nice ,2004*
- NICE (2004). Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence
Clinical guideline [CG16] Published date: July 2004
- NICE (2013). National Institute for Health and Care Excellence **Self harm. Quality standard no. 34.**
Nice, London (2013)
- National Action Alliance for Suicide Prevention: Research Prioritization Task Force. (2014). A
Prioritized Research Agenda for Suicide Prevention: An Action Plan to Save Lives. Rockville:
National Institute Mental Health and the Research Prioritization Task Force.
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., ve Ekeberg. (2013). Attitudes Towards Suicidal Behaviour in Outpatient
Clinics Among Mental Health Professionals in Oslo. *BmcPsychiatry*, 13(1), 90.
- Oto, R., Özkan, M., Ve Altındağ, A. (2004). Batman İntiharları. *Turkiye Klinikleri Journal of
Psychiatry*, 5(2), 74-100.
- Okanlı A (2006). Suicid riski olan hasta ile çalışma. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 113-114
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., ve Hjelmeland, H. (2012). Attitudes of Psychologists and Nurses
Toward Suicide and Suicide Prevention in Ghana: A Qualitative Study. *International Journal
of Nursing Studies*, 49(6), 691-700.
- Ouzouni, C., ve Nakakis, K. (2012). Doctors' Attitudes Towards Attempted Suicide. *Health Science
Journal*, 6(4).
- Ouzouni, C., ve Nakakis, K. (2009). Attitudes Towards Attempted Suicide: The Development of A
Measurement Tool. *Health Science Journal*, 3(4).
- Owens, D., Horrocks, J., ve House, A. (2002). Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm: Systematic
Review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199.
- Öncü, B., Soykan, Ç., İhan, İ. Ö., Ve Sayıl, I. (2008). Attitudes of Medical Students, General
Practitioners, Teachers, and Police OfficersT oward Suicide in A Turkish
Sample. *Crisis*, 29(4), 173-179..
- Özgüven Halise, D., Soykan, Ç., & Haran, S. (2003). İntihar Girişimlerinde Sorun Alanları ve
Tetikleyiciler. *Kriz Dergisi*, 11(1).
- Özgüven D.H., Alıcı H.Y., (2016) İntiharı Önleme Suicide Prevention, Türkiye Klinikleri J Psychiatry
Special Topics. 2016;9(3):71-6

- Patterson, P., Whittington, R., ve Bogg, J. (2007). Measuring Nurse Attitudes Towards Deliberate Self-Harm: The Self-Harm Antipathy Scale (Shas). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(5), 438-445.
- Palmer, L., Strevens, P., ve Blackwell, H. (2006). Better Services for People Who Self-Harm. Data Summary–Wave 1 Baseline Data. *Royal College of Psychiatrists, 27*.
- Perboell, P. W., Hammer, N. M., Oestergaard, B., ve Konradsen, H. (2015). Danish Emergency Nurses' Attitudes Towards Self-Harm – A Cross- Sectional Study. *International Emergency Nursing, 23*(2), 144-149.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Kotzalidis, G. D., ve Tatarelli, R. (2005). Emergency Staff Reactions to Suicidal and Self-Harming Patients. *European Journal of Emergency Medicine, 12*(4), 169-178.
- Ramirez A., (1997). Common Mental Health Problems in Hospital. *British Medical Journal 1997;314:1679-87*
- Robinette Al., (1996). Pclns: Who are They? How Can They Help You? .*Ajn*1996;96:48-50.
- Robinson L (1991). Psychiatric Consultation Liaison Nursing. Handbook of Studies on General Hospital Psychiatry. Editör: Judd, Burrows, Lipsitt, Elsevier Science Publishers B.V., Oxford.
- 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.
- Ramberg, I. L., ve Wasserman, D. (2003). Theroles of Knowledge and supervision in Work with suicidal patients. *Nordicjournal of Psychiatry, 57*(5), 365-371.
- Rees, N., Rapport, F., Thomas, G., John, A., Snooks, H. (2014). Perceptions of Paramedic and Emergency Care Workers of Those Who Self Harm: A Systematic Review of The Quantitative Literature. *Journal of Psychosomatic Research, 77*(6), 449-456
- Saxena, S., ve Fleischmann, A. (2014). Who Launches The First World Suicide Report. *Lancet Psychiatry, 1*(4), 255-256.
- Sayıl, I., Berksun, O. E., Palabıykoğlu, R., Özgüven, H. D., Soykan, Ç., & Haran, S. (2000). İntihar Davranışı: Kriz ve Krize Müdahale Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları.S.165-198.,
- Sayıl, I. (2002). İntihar davranışı ve epidemiyolojisi. *Psikiyatrik Epidemiyoloji, Ege Psikiyatri Yayınları, İzmir*, (s 118).
- Skegg, K. (2005). Self-Harm. *TheLancet, 366*(9495), 1471-1483.

- Sayıl, I. (2008). İntihar Önlleme. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 1(3), 53-
- Scheckel, M. M., ve Nelson, K. A. (2014). An İnterpretive Study of Nursing Students' Experiences of Caring for Suicidal Persons. *Journal of Professional Nursing*, 30(5), 426-435.
- Sethi, S., ve Shipra, U. (2006). Attitudes of Clinicians in Emergency Room Towards Suicide. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(3), 182-185
- Shaw, D. G., ve Sandy, P. T. (2016). Mental Health Nurses' Attitudes Toward Self-Harm: Curricular İmplications. *HealthSaGesondheid*, 21(1), 406-414.
- Samuelsson, M., ve Åsberg, M. (2002). Training Program in Suicide Prevention for Psychiatric Nursing Personnel Enhance Attitudes to Attempted Suicide Patients. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 115-121.
- Sun, F. K., Long, A., ve Boore, J. (2007). The Attitudes of Casualty Nurses in Taiwan to Patients Who Have Attempted Suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 255-263.
- Sun, F. K., Long, A., Boore, J., ve Tsao, L. I. (2006). Patients and Nurses' Perceptions of Ward Environmental Factors and Support Systems in The Care of Suicidal Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 83-92.
- Stack, S., ve Kposowa, A. J. (2008). The Association of Suicide Rates with İndividual-Level Suicide Attitudes: A Cross-National Analysis. *Social Science Quarterly*, 89(1), 39-59.
- Stack, S., ve Kposowa, A. J. (2011). Religion and Suicide Acceptability: A Cross-National Analysis. *Journal for The Scientific Study of Religion*, 50(2), 289-306.
- Stanley, B. (2015). Emily Biggs, Cemile Ceren Sonmez, And. *Cognitive Behavioral Therapy for Preventing Suicide Attempts: A Guide to Brief Treatments Across Clinical Settings*, 129.
- Sharrock, J., ve Happell, B. (2001). An Overview of the Role and Functions of A Psychiatric Consultation Liaison Nurse: An Australian Perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(5), 411-417.
- Stuart Gw, SundeenSj (1987). *Liaison Nursing: A Model for Nursing Practice. Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, The Cv. Mosby Company, St. Louis.
- Sinclair, J. M., Gray, A., ve Hawton, K. (2006). Systematic Review of Resource Utilization in The Hospital Management of Deliberate Self-Harm. *Psychological Medicine*, 36(12), 1681-1693.

- Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I., ve Åsberg, M. (1997). Nurses' Attitudes to Attempted Suicide Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(4), 232-237.
- Sarıtemur, M., Gür, S. T. A., Bayramoğlu, A., Aköz, A., ve Emet, M. (2013). İntihar Girişimi Sonucu Bilinç Bulanıklığı Olan Hastalar: Takip Edildiği Klinikler ve Acil Servislerin Rolü. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 13(1).
- Suokas, J., Suominen, K., ve Lönnqvist, J. (2008). Psychological Distress and Attitudes of Emergency Personnel Towards Suicide Attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 144-146.
- Siyez D. M. (2005). Ergenlik döneminde intiharın önlenmesi: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 12(2):92-100.
- Şahingöz, M. (2014). Bir Üniversite Hastanesindeki Psikiyatrik Aciller. *Selcuk Medical Journal*, 30(4), 153-154.
- Şimsek, Z., Demir, C., Er, G., & Munir, K. M. (2013). Evaluation of attempted suicide in emergency departments in Sanliurfa province, southeastern Turkey. *Journal of Public Health*, 21(4), 325-331.
- Talseth, A. G ve Gilje, F., (2007). Mediating Consolation with Suicidal Patients. *Nursing Ethics*, 14(4), 546-557.
- Temel, M. (2009). İntiharların Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 78-83.
- The Psychiatric Clinic of North America Journal (2008). "Suicidal Behavior in young woman". The psychiatric clinic of North America journal, 2008(31): 317-331.
- Tunmore R. The Consultation Liaison Nurse. *Nursing* 1990;4
- 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.
- Timson, D., Priest, H., Ve Clark-Carter, D. (2012). Adolescents Who Self-Harm: Professional Staff Knowledge, Attitudes and Training Needs. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1307-1314.
- TÜİK (2015). Türkiye İstatistik Kurumu . <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21516>.
- TÜİK (2018). Türkiye İstatistik Kurumu, (2018) İntihar istatistikleri. Ankara, Türkiye. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060.

- Topbaş, F. (2007). İşsizlik ve İntihar İlişkisi: 1975-2005 Var Analizi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2007(2), 161-172.
- Ting, S. A., Sullivan, A. F., Miller, I., Espinola, J. A., Allen, M. H., Camargo Jr, C. A., Emergency Department Safety and Follow-up Evaluation (ED- SAFE) Investigators. (2012). Multicenter study of predictors of suicide screening in emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 19(2), 239-243.
- Uçan, Ö. (2006) Türkiye’de İntiharı Konu Alan Yayınlar Üzerine Bir Bibliyografya Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1-2. Erişim Tarihi (10.09.2012),
- World Health Organization. (2010). Toward Sevidence-Based Suicide Prevention Programmes.
- World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxembourg: Who Press.
- World Health Organization. (2015) . http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/.
- World Health Organization. (2016). Preventing Suicide: A Community Engagement Toolkit. Pilot Version 1.0. Geneva: WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2017). World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. France: WHOPress. pp. 61.
- Wand, T., ve Happell, B. (2001). The Mental Health Nurse: Contributing to Improved Outcomes for Patients in The Emergency Department. *Accident and Emergency Nursing*, 9(3), 166-176.
- Wynaden, D., Chapman, R., MCGowan, S., Mcdonough, S., Finn, M., ve Hood, S. (2003). Emergency Department Mental Health Triage Consultancy Service: A Qualitative Evaluation. *Accident and Emergency Nursing*, 11(3), 158-165.
- Wheatley, M., ve Austin-Payne, H. (2009). Nursing Staff Knowledge and Attitudes Towards Deliberate Self-Harm in Adults and Adolescents in an İnpatient Setting. *Behavioural and Cognitiv ePsychotherapy*, 37(3), 293-309.
- Wand, T., ve White, K. (2007). Examining Models of Mental Health Service Delivery in The Emergency Department. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(10), 784-791.
- Yakimo, R. (2006). Outcomes in Psychiatric Consultation-Liaison Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42(1), 59.
- Yılmaz, M. (2015). Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin İntihara Yönelik Tutumları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

Yip, P. S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means Restriction for Suicide Prevention. *The Lancet*, 379(9834), 2393-2399.

Yüksel, E. G., ve Taşkın, E. O. (2005). Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 113-121.



8. EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI: Yetişkin Acil Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu 'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI: Araştırma yetişkin acil birimlerinde çalışan hemşirelerin intihar girişimlerine karşı olan tutumlarını, bireysel ve mesleki özelliklerinin tutumlara etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Hemşirelerin dolduracağı bir sosyodemografik veri formu ve bir tane İntihar Girişiminde Bulunan Olgulara Yönelik Sağlık Personelinin Tutumları Ölçeği formu.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Ülkemizde hemşirelerin intihar girişimlerine karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmış az çalışma vardır. Bu hastaların bakımına dahil olan hemşirelerin tutumlarının anlaşılması, hastanın tedavisinde en iyi sonuçların elde edilmesinde, bakımın niteliğinin artırılmasında, yineleyen intihar olaylarının azalmasında önemli bir rol oynamaktadır. Literatürdeki boşlukları tanımlamak, politika ve uygulama bağlamında eğitimler oluşturmak, bilgiyi kullanmayı, mevcut anlayışı ve boşlukların nerede bulunduğunu belirlemek açısından bu konuyla ilgili çalışma yapılmasına karar verilmiştir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışmaya katılacak bireylerin kişisel bilgileri çalışma dışında başka bir yerde kullanılmayacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER: Zeynep Cansu Yıldırım

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

| | |
|--|---|
| Gönüllünün, Adı Soyadı: Adresi: Telefon/E-mail: Tarih ve İmza | Araştırmayı Yapan Araştırmacının, Adı Soyadı: Zeynep Cansu YILDIRIM Adresi: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Hastanesi Telefon/E-mail:05075451861 Tarih ve İmza |
|--|---|

EK 2. Hemşire Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen;“Yetişkin Acil Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi” başlıklı bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı, yetişkin acil bölümünde çalışan hemşirelerin intihar girişimlerine karşı olan tutumlarını belirlemektir.

Hemşirelerin İntihar girişimi ile acil servise gelen hastalara karşı tutumları hakkında İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ) uygulanarak bilgi toplanacaktır. Vereceğiniz yanıtlar bu araştırma için çok büyük değer ve önem taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada isim belirtilmesine gerek yoktur. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacınayönelik kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

İSİM SOYİSİM: _____

1. Yaş:.....

2. Cinsiyet:

() Kadın () Erkek

3. Medeni durumu:

() Evli () Bekar () Boşanmış, eşi vefat etmiş, hiç evlenmemiş, ayrı yaşıyor)

4. Eğitim durumunuz

() Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans () Lisansüstü

5.Eğitim düzeyiniz lisansüstü ise uzmanlık alanınız hangi branştır?

() Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

() Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği

() Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

() Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

() Halk Sağlığı Hemşireliği

- () Hemşirelikte Yönetim
() İç Hastalıkları Hemşireliği
() Hemşirelikte Esaslar

6. Hemşirelikte çalışma yılı.....

7. Haftalık ortalama çalışma süresi.....

- () 40 saat ve altı () 40 saat üzeri

8. Daha önce herhangi bir psikiyatri servisinde çalıştınız mı?

- () Evet () Hayır

9. İntihar davranışı ile ilgili mesleki bir eğitime katıldınız mı?

- () Evet () Hayır

10. Çalıştığınız acil serviste intihar girişiminde bulunan kişilerin bakımı ile ilgili yararlanabileceğiniz bir bakım rehberi var mı?

- () Evet () Hayır

11. Cevabınız evet ise ne sıklıkla bu rehberle başvurur ve bakım için bu yolları izlersiniz?

- () Her zaman () Çoğu zaman

- () Bazen () Nadiren/hiç

12. İntihar vakası ile karşılaşma sıklığınız nedir?

- () Nadiren () Sık sık () Çok sık

13. İntihar vakalarına bakım vermekte güçlük çekiyor musunuz?

- () Evet () Hayır

14. Cevabınız evet ise;

Ne gibi güçlükler çekiyorsunuz? (Açıklayınız)

15. İntihar vakalarına bakım vermek ister miydiniz?

- () Evet () Hayır

16. İntihara ilişkin konuda eğitim almak ister misiniz?

- () Evet () Hayır

İntihar Girişimine Yönelik Tutum Ölçeği (İGYTÖ)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Kesinlikle katılıyorum (5),.....,kesinlikle katılmıyorum(1)veya

Kesinlikle katılıyorum (1),.....,kesinlikle katılmıyorum (5)olacak şekilde maddelere puan veriniz.

| Maddeler | Kesinlikle Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum |
|---|------------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|
| 1.İntihar bir çözüm yolu değildir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2.İntihar girişiminde bulunan kişiyi topluma yeniden kazandırmak gerekir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3.İntihar girişiminde bulunan kişiye sağlık personelinin yanında aile ve yakın çevrede yardımcı olmalıdır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4.İntihar girişiminde bulunacağımı asla düşünemem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.İntihar girişiminin önlenmesipsikiyatrik tedavi ile mümkündür. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6.İntihar girişiminde bulunan kişiye karşı güçlü bir acıma duygusu hissedirim. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Sık sık intihar girişiminde bulunan kişinin, ileride intihar ederek ölme riskinin yüksek olması nedeniyle yardımve anlayışa ihtiyacı olduğunu düşünüyorum. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8.İntihar girişiminde bulunan hastalara yardım etmeyi seviyorum. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Çalıştığım birimde intihar girişiminde bulunan hastalar iyi bir tedavi hizmeti alırlar. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10.Çalıştığım birimde intihar girişiminde bulunan hastalara şefkatle yaklaşılr. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Çevresini intihar etmekle tehdit eden çoğu kişi, nadiren intihar girişiminde bulunur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 12. İnsanların kendi canına kıyma gibi bir hakkı yoktur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. İntihar girişiminde bulunan birçok insan yalnızdır ve depresyondadır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. İntihar girişiminde bulunan insanlar hastaneye kaldırdıkları andan itibaren psikiyatri bölümünde tedavi edilmelidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. İntihar girişiminde bulunan insanların iç dünyalarını anlamak için tedavi altına alınmaları gereklidir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. İntihar girişiminde bulunan insanların ruhsal bozuklukları vardır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. İntihar girişiminde bulunan hastalar genellikle çevrelerinden ilgi görmeye çalışır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Kişilik özellikleri intihar girişimini etkiler. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. İntihar girişiminde bulunanlar mutsuz insanlardır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. İntihar girişiminde bulunan kişi, onu hayata bağlayan hiçbir şey olmadığını düşünür. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. İntihar girişiminde bulunan kişiler, okula gidememe, zorla evlendirilme gibi sosyal sorunlara sahiptir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. İntihar eden kişiler özgüveni zayıf, içine kapanık kişilerdir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 23. İnsanlar çıkış yolu bulamadıkları için intihar girişiminde bulunurlar. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 24. Sadece psikiyatri eğitimi almış sağlık personelleri intihar girişiminde bulunmuş hastayla ilgilenmelidir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. İntihar girişiminde bulunan kişiye bu konuda özel eğitim almamış ve uzman olmayanlar yardım etmeye çalışmamalıdır. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. Hastanede, intihar girişiminde bulunan hastalar için ayrı odalar olmalıdır. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. İntihar girişiminde bulunan hastayı tedavi etmek için daha fazla psikiyatri eğitimine ihtiyacım var. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. İntihar girişiminde bulunan kişiye sağlık çalışanları yardım edebilir. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Etik Kurul İzni



Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI


SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/1018

24/12/2018

Sayın Prof.Dr.Selma DOĞAN
(Zeynep Cansu YILDIRIM)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 24/12/2018 tarihinde yapılan 13 No.lu toplantısında “Yetişkin Acil Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr.Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
29/03/2019 09:39 - 16867222 - 604.01.01 - E.1353



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Zeynep Cansu YILDIRIM'ın
Tez Çalışması

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi : a) 18/02/2019 tarihli ve 71211201-606 sayılı yazısı.
b) 22/02/2019 tarihli ve 54132726-771-71 sayılı yazı.
c) 25/02/2019 tarihli ve 54230385-604.02-48 sayılı yazı.
d) 26/02/2019 tarihli ve 23898784-604.01.01-60 sayılı yazı.
e) 27/02/2019 tarihli ve 43766128-604.01.01-4087 sayılı yazı.
f) 27/02/2019 tarihli ve 17073117-773.99-102 sayılı yazı.
g) 01/03/2019 tarihli ve 62977267-772.99-70 sayılı yazı.
h) 26/03/2019 tarihli ve 89513307-774.99-7500 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Zeynep Cansu YILDIRIM'ın "Yetişkin Acil Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İntihar Girişiminde Bulunan Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu çalışma, ilgi sayılı yazınızda yer alan uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta: selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt. Adresi:
selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a2f7b5b-aeb5-4092-b0cd-660634bf44d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selmin NAZLIGÜL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0 212 638 33 99

Dağıtım:

T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4a2f7b5b-aeb5-4092-b0cd-660634bf044d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0 212 638 33 99